

618.2

К 530

А.А. КОДИРОВА
В.Э. АШУРОВА
М.Х. КАТТАХУЖАЕВА
Д.А. АБДУЛЛАЕВА

АКУШЕРЛИКДАГИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ



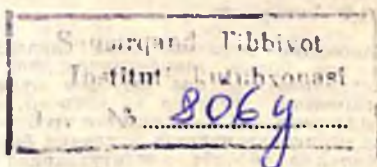
618.2
K530

ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
УЎҚУВ АДАБИЁТИ

А. А. КОДИРОВА,
В. Э. АШУРОВА,
М. Х. КАТТАХУЖАЕВА,
Д. А. АБДУЛЛАЕВА

АКУШЕРЛИҚДАГИ ЖАРРОҲЛИҚ АМАЛИЁТИ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта
махсус таълим вазирлиги тиббиёт ин-
ститутлари талабалари учун ўқув қўл-
ланмаси сифатида тасдиқлаган



ТОШКЕНТ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
ТИББИЁТ НАШРИЁТИ
1999

Муаллифлар: *Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган фан арбоби, тиббиёт фанлари доктори, профессор Асолат Азизовна Қодирова, тиббиёт фанлари номзоди Венера Эргашевна Ашурова, тиббиёт фанлари доктори Маҳмуда Ҳамдамовна Каттахўжаева, тиббиёт фанлари номзоди Дилбар Абдуллаевна Абдуллаева.*

Тақризчилар: тиббиёт фанлари доктори, профессор, врачлар малакасини ошириш институти акушерлик-гинекология кафедраси mudiri Д. Ф. Каримова, тиббиёт фанлари доктори, профессор, I Тошкент Давлат тиббиёт институти акушерлик-гинекология кафедраси mudiri М. О. Маҳмудов.

Қодирова А. А. ва бошқ.

Қ 53 Акушерликдаги жарроҳлик амалиёти: Тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув қўлланма А. А. Қодирова, В. Э. Ашурова, М. Ҳ. Каттахўжаева, Д. А. Абдуллаева. — Т.: Ўбу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашр., — 327б.

Сарл. олдда: Тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув адабиёти.

1. 1,2 Автордош.

Жарроҳлик мураккаб соҳа саналади. Акушерликдаги жарроҳлик эса бошқа жарроҳликлардан бирмунча фарқ қилади. Ўқув қўлланмасида ана шу фан бўйича турли хил мавзулар акс эттирилган: асептика ва антисептика қоидалари, акушерлик операцияларида қўлланиладиган асбоб-ускуналар таърифи, шунингдек оғриқсиялантириш усуллари батафсил ёритилган.

Қўлланма тиббиёт институтларида таҳсил олаётган талабаларни ўқитиш дастурига мувофиқ тузилган.

ББК 57:16л73

4108160000

ISBN 5-638-01249-4

© А. А. Қодирова, В. Э. Ашурова, М. Ҳ. Каттахўжаева, Д. Абдуллаева, 1999.

СУЗ БОШИ

Жарроҳлик мураккаб соҳа ҳисобланади. Акушерликдаги жарроҳлик эса бошқа жарроҳликлардан бирмунча фарқ қилади.

Жинсий аъзоларнинг кичик чаноқ ичидаги топографик ҳолати мураккаблиги ва улар кўп миқдордаги қон билан таъминланганлиги сабабли жарроҳлик жараёнида анча қийинчилик туғдиради. Шу сабабли акушерликда жарроҳликнинг тури қандай бўлишидан қатъи назар, операция қилиш учун маълум шароит бўлиши, асептика ва антисептика қондаларига риоя қилиш лозим бўлади. Бунда ҳатто оғриқсизлантириш усулини танлаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Маълумки, ҳар бир операция ўзига хос шароитни талаб қилади.

Ҳомиладорликни вақтидан илгари тухтатишда жинсий аъзоларнинг ҳолати, қиндаги муҳит, яллиғлашлар бўлмаслиги талаб қилиниши билан бирга, акушернинг чуқур билимга эга бўлиши, моҳирлиги катта ўрни тутади. Акушерлик қисқичларидан фойдаланишда туғруқ йўллари, чаноқ суяги ва ҳомиланинг ҳолати ҳисобга олинади. Кесарча кесиш операциясида эса аёлнинг ва ҳомиланинг ҳолати, маълум кўрсаткичлар ва муайян шароит бўлиши аҳамиятлидир.

Ҳар бир акушерлик операциясининг муваффақиятли ўтишида учта омил катта аҳамиятга эга.

1. Патологик ҳолат ҳақида ва жарроҳлик усулини қўллаш учун қатъий кўрсатма бўлиши.

2. Жарроҳлик усулини қўллаш учун зарур шароит мавжуд бўлиши.

3. Врач жарроҳлик техникасини мукамал эгаллаган бўлиши талаб қилинади.

Цангмистер шундай дейди: «Доялик касбини яхши эгалламаган врач ўз билимсизлигини кесарча кесиш усулини кўп қўллаш билан ошкор қилади».

Жарроҳнинг операция вақтида шошма-шошарлик қилиши унинг катта хатосидир, дейди В. К. Ясевич.

Дарҳақиқат, операция қилаётган вақтда аъзоларнинг топографик ҳолати яхши аниқланса, шошмасдан ва барча қонун-қондаларга риоя қилган ҳолда операция қилинса, аёлга туғри, уринли ёрдам кўрсатилган бўлади.

Бундан ташқари, жарроҳлик асептик шароитда ўтиши учун кафолат берадиган жиҳозлар, асбоб-ускуналар тахт туриши зарур. Чунки, акушерликдаги жарроҳлик кўп ҳолатларда тез амалга оширишни талаб қилади.

Операцияни бошлашдан олдин жарроҳлик кўрсаткичларини ҳамда лозим шароитни ўрганиш зарур.

Маълум жарроҳлик усулини қўллаш вақтини шу кўрсаткичларга асосланган ҳолда аниқлаш керак бўлади. Бачадон бўйнининг ҳолати қай даражада очиқлигини аниқлаш ҳам катта аҳамиятга эга. Масалан, туғруқ жараёнида ҳомила ҳаёти учун хавф туғилди. Унинг боши чаноқнинг кириш қисмида тикилиб турибди. Бачадон бўйни ҳали тула очилмаган. Демак, акушерлик қисқичи қўйиш учун шароит йўқ. Аммо она учун боланинг тирик ва соғлом туғилиши зарур. Бунда ҳомила аҳволини яхшилаш чоралари кўрилади. Агар бу ҳам ёрдам бермаса, онанинг ва яқинларининг розилигини олган ҳолда кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади. Мабодо бачадон бўйни тула очиқ бўлиб, ҳомила боши чаноқ ичида ёки унинг чиқиш қисмида бўлса ва аёлда туғруқ дардининг иккиламчи сустлиги вужудга келса, унда акушерлик қисқичидан фойдаланиш мумкин бўлади.

Баъзан тиббий кўрсаткичлар ва шароитни ҳисобга олмай турли жарроҳлик усуллари қўлланилади, натижада кўнгилсиз ҳодисалар рўй беради.

Ҳомилани она қорнида айлантириш ҳам маълум шароит ва кўрсаткичларни талаб қилади. Хусусан, ҳомиланинг қўзғалувчанлиги, чаноқнинг ҳомила учун мос ёки мос эмаслигини аниқлаш аёлга бериладиган ёрдамнинг самарали бўлишини таъминлайди.

Демак, доялик жарроҳлиги врачдан билим, маҳорат ва чаққонликни талаб қилади. Дарҳақиқат, шошма-шошарлик ёки ҳаддан ташқари сусткашлик ҳам жарроҳлик усули оғир ўтишига олиб келади.

Тиббиёт институтлари талабалари ва врачларга мўлжалланган ушбу қўлланмада акушерликда учраб турадиган операцияларни мумкин қадар ёритишга ҳаракат қилдик. Бундан ташқари, баъзи бир жарроҳлик усуллари устида ҳам тўхталиб ўтдик.

Ушбу қўлланмадан акушерлик амалиётида ҳамда тиббиёт институтлари талабалари ва врачлар қўлланма сифатида фойдаланишлари мумкин.

Қўлланмадаги расмлар, баъзи жадваллар М. С. Малиновский, И. Ф. Жарданио ва бошқа муаллифларнинг китобидан олинди. Ушбу қўлланма ўзбек тилида биринчи марта чоп этилаётгани учун камчиликлардан холи эмас албатта. Бу ҳақдаги фикр-мулоҳазаларни муаллифлар бажонидил қабул қиладилар.

АКУШЕРЛИҚДА АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Утган асрнинг ўрталарида Венгриялик машҳур олим И. Ф. Земмельвейс акушерликда антисептика илмига асос солди. У Венадаги акушерлик клиникасида ишлаган. Бу клиникада талабалар билим олиш билан бирга мурдалардаги патолого-анатомик ўзгаришларни ўрганишар эди. Бу клиника ёнида яна бир туғруқхона бўлиб, у ерда акушерлар врачларсиз туғруққа ёрдам берар, аммо у ерда студентлар таълим олмас эдилар.

И. Ф. Земмельвейс ишлайдиган клиникада мутахассис врачлар ишлашига қарамай, туғруқда аёллар ўлими акушерлар ишлайдиган клиникадагига қараганда кўп учрар, бунинг сабабини эса билишмас эди. Аёллар кўпинча чилла даврида касалликдан нобуд бўлар ва бу касалликни туғруқ иситмаси деб атар эдилар. Бу ҳолат И. Ф. Земмельвейсга тинчлик бермас эди. У доим изланар, касаллик сабабини аниқлашга интилар эди. Шу орада И. Ф. Земмельвейснинг синфдош дўсти врач Калечка ўлган аёлни патолого-анатомик жиҳатдан текширади ва мурдада чилла даврида иситмалаган аёлларга хос бўлган «туғруқ иситмаси» белгиларини аниқлайди. Ўзи ҳам тез орада касалланиб вафот этади. Бундай оғир жудоликка чидай олмаган И. Ф. Земмельвейс касаллик сабабини аниқлаш мақсадида дўстининг жасадини ёриб, унинг аъзоларидаги ўзгаришларни кўради ва бу ўзгаришлар «туғруқ иситмаси» билан оғриган аёллар жасадидаги ўзгаришларга ўхшашлигини аниқлайди. Шунда у касаллик қандайдир инфекция ёки захарланиш натижасида келиб чиққан, деган фикрга келади. Шунда у клиника хоналарини, қўлларни хлорли сув билан дезинфекция қилишни таклиф қилади. Натижада чилла давридаги касаллик камая бошлайди. Ана шундан бери тиббиётда хлорли сувдан фойдаланиб келинмоқда.

Ҳозир Венгриядаги илмий-текшириш институтига Н. Ф. Земмельвейс номи берилган. Шуниси ачинарлики, Н. Ф. Земмельвейснинг бу қимматли кашфиёти у ҳаёт вақтида эътиборга олинмаган. У камбағалликдан қийналиб Будапештдаги ақли заифлар уйида вафот этади. Орадан 20 йил ўтгандан кейин англиялик жарроҳ Листер бактериологик кашфиётларига асосланган ҳолда, жарроҳликда ишлатиладиган асбобларни, боғлов материалларини, кийим-кечакларни ва операцияга зарур бўлган бошқа нарсаларни зарарсизлантириш, микроблардан холи қилиш керак, деган фикрни таклиф қилади. Кейинчалик акушерлик ва жарроҳлик амалиётига асептика ва антисептикани биринчилардан бўлиб Н. И. Пирогов ва А. Н. Крассовскийлар тавсия этганлар.

Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврида касаллик пайдо қилувчи микробларнинг турлари жуда кўп. Улар стрептококк, стафилококк таёқчалари, салмонеллез, гонококк, пневмококк, газли инфекция ва бошқа микроблардир.

Бу микроблар соғлом одамларнинг терисида, оғиз бўшлиғида, нафас йўлларида, бузилган тишлар орасида доимо топилishi мумкин. Бу микроблар бошқа киши организмга тушса, айниқса туғруқдан кейин бачадон ва туғруқ йўлидаги жароҳатли юзаларга тушса, оғир юқумли касалликларни келтириб чиқариши мумкин. Хатто баъзан соғлом одамнинг оғиз бўшлиғи текширилганда ундан дифтерия (Леффлер) таёқчасини топиш мумкин. Бу микроблар бошқа киши организмга тушса, унда дифтерия касаллигини пайдо қилади.

Микроб одам аксирганда, йўталганда ёки гаплашганда хаво-томчи йўли билан соғлом одам организмга тушиб, касаллик чақиради.

Ҳомиладор ва туққан аёлнинг жинсий аъзоларидаги жароҳатли юзалар бу микробларнинг ривожланиши учун қулай шароит ҳисобланади.

Дёдерлейн таёқчаси қинни микроблардан тозалайди. Унинг ҳосиласи сут кислотаси бўлиб, қинда 0,4% ни ташкил қилади. Лекин қиннинг кимёвий ҳолати ўзгарса, у ишқорли шароитга айланади, натижада Дёдерлейн таёқчалари йўқолиб, қинда касаллик пайдо қилувчи микроблар кўпаяди. Микроблар аёллар ор-

ганизмига кўпинча врач ва акушернинг қўли, турли асбоблар, боғлов материаллари, кийим-кечак ва бошқалар орқали тушади. Шу сабабли туғруқхона ходимлари юқумли ва йирингли касалликлардан ўзларини эҳтиёт қилишлари ва касаллик аломатларини сезган заҳоти даволаниш чораларини кўришлари лозим.

Туғруқ бўлимида ёки операция хонасида ишловчи врач, акушерка, ҳамшира ва кичик ходим туғруқдан кейинги септик касаллик билан оғриган аёл ётган хонада ишламаслиги керак. Агар уларда йирингли яра бўлса, туғруқхонада ишлашига асло йўл қўйилмайди.

Туғруқ бўлими ва операция хонасида ишлайдиган ходим ишга келганида ўзига ажратилган махсус душга тушиб, ип газламадан тикилган халат ёки ювиб, дазмолланган махсус кўйлак кийиб олиши керак. Қўлларини тез-тез ювиб, дезинфекция қилиб туриши лозим. Бошга ўраладиган дуррача ёки қалпоқ сочини бутунлай беркитиб туришига аҳамият бериш керак.

Ҳаво-томчи йўли билан юқадиган инфекциянинг олдини олиш учун туғруқ бўлими ва операция хонасида ишлайдиган ҳамма ходимлар 2—3 қаватли доканиқоб тақиб ишлашлари лозим. Бундай ниқоб ҳар куни алмаштириб турилади. Бундан ташқари, туғруқхона ва операция хоналарига кирганда бахила (матодан тикилган этикча) кийилади.

Туғруқ хонасидан ҳамда операция қилувчи врач, ёрдамчи врачлар, акушерка, кичик ходим ва студентларнинг қўли, оғзи, бурни ва томоғидан бир ойда 2 марта суртма олиб текшириб туриш зарур.

Антисептика ва асептика қондаларига риоя қилиш омилларидан бири туғруқхона биносининг намунали даражада тоза бўлиши ва уни ҳар йили бир неча марта (хоналар ҳавоси, асбоб-ускуналар, ходимлардан экма олиб инфекция касалликлар бор-йўқлигига текшириш) 10—15 кунга беркитилиб, санитария тозалигидан ўтказишдир.

Туққан ёки операциядан чиққан аёл кенг ва ёруғ палаталарга ётқизилади. Эски усулда қурилган туғруқхоналарда айниқса тозалikka риоя қилиш зарур. Чунки уларда палаталар катта ва ҳожатхона умумий бўлади. Бунда ҳамма палаталар ва ҳожатхоналар хлорли

сувга ҳўлланган латта билан аргиб турлиши ва кунига 2 марта шамоллатилиши керак.

Оналар ётадиган палаталар вақти-вақти билан «дам» олдирилади. Бунинг учун бир кунда туққан аёллар битта палатага ётқизилади. Баъзиларига уйига жавоб берилади. Шунда палата бушайди, хона бошдан оёқ тозаланиб, ўрин-кўрпа жилдлари автоклавдан ўтказилади ва кейинги келадиган аёлларга тайёрлаб қўйилади. Операциядан кейинги хоналар ва чақалоқлар хонаси ҳам шу усулда тозаланади.

Чақалоқлар ётадиган хона ниҳоятда тоза ва ёруғ бўлиши, хонасининг ҳарорати 25—26°дан ошмаслиги керак. Туғруқ бўлими, операция хоналари, чақалоқлар бўлимининг ҳар ойда бир марта бактериологик текширувдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Палаталарнинг ҳаммаси симобли кварц лампаси ёрдамда нурланилади. Бу туққан, туғаётган, операция қилинаётган аёл, чақалоқ учун ишлатиладиган буюмларни микробдан тозалаб, уларни касалликлардан сақлайди. Кир кийимлар ва чойшаблар бошқа хонада махсус идишларда сақланади ва ҳар кун кирхонага юбориб турилади.

Чақалоқ ва операция учун ишлатиладиган чойшаб ва тагликлар алоҳида қайнатиб ювилиб, дазмолланади. Чақалоқнинг кийим-кечаклари ва тагликларни, операция учун ишлатиладиган материаллар махсус барабанларда сақланади. Туққан аёлнинг тагига солинадиган таглик кунига камида 4—5 марта алмаштирилади. Ҳар бир аёл дезинфекция қилинган махсус тувак (судно) дан фойдаланади. Тувакларни 10—15 дақиқага хлорамин, хлор эритмасига солингандан кейингина бошқа аёлга тутиш мумкин.

Туққан аёлнинг жинсий аъзолари туғруқдан кейинги даврда кунига 2 марта (эрталаб ва кечқурун) ювилади. Агар чот тикилган бўлса, ҳар гал сийганидан кейин қуритилиб, спирт билан тозаланади ёки унга йод суртилади.

Чилла даври касаллиги тарқалмаслиги учун иситмалаган аёл бошқа бўлимга ўтказилади. Туғруқхона ва операция хонасига аёлнинг қариндошлари, танишбилишлари киришига руҳсат берилмайди. Туққан ёки операция қилинган аёл билан гигиена қондалари ҳа-

қида суҳбат ўтказиш, уйига кетганида ўзини қандай тутиши кераклигини тушунтириш, уларга антисептика ва асептика қоидаларини ўргатиш ҳар бир врачнинг вазифасидир.

АКУШЕРЛИК ЖАРРОҲЛИГИДА ИШЛАТИЛАДИГАН АСБОБ-УСКУНАЛАР

Акушерлик жарроҳлигида ишлатиладиган асбоб-ускуналар доим тайёр туриши керак. Чунки улар кўпинча тез ёрдам кўрсатишга зарур бўлиб қолади. Булар қуйидагилар:

1. Тос ўлчагич (тазомер).
2. Сантиметрли лента.
3. Эркаклар ва аёллар катетери.
4. Уқсимон қисқич.
5. Қаттиқ ушлаб турадиган қисқич.
6. Узун корнцанг.
7. Қайчилар.
8. Пинцетлар.
9. Пичоқлар.
10. Катта ва кенг, тор қин ойналари.
11. Феномен қайчиси.
12. Браун илмоғи.
13. Декапитацион илмоқ (ҳомила бошини кранео-клазияда олиб чиқиш учун).
14. Перфораторлар (яхшииси Феноменов порфоратори).
15. Акушерлик қисқичи.
16. Бачадон зонди.
17. 2 та эластик катетер (12 ва 20-катетерлар).
18. Трахея учун катетер.
19. Тикиш учун ишлатиладиган асбоблар: 2 та нинатутқич, 6 та нина (турли ўлчовдаги), шпак ва кетгут.
20. Стетоскоп.
21. Термометр.
22. 2 ва 10 мл ли «Рекорд» шприцлари инналари билан (агар бир мартаба ишлатиладиган шприц бўлмаса).
23. Наркоз бериш учун ишлатиладиган асбоблар (оғиз кенгайтиргич, тилтутқич).
24. Қон босимини ўлчайдиган асбоб.

25. Эритмаларни қўйиш учун асбоб инналари билан.
26. Бачадонни томпонлаш учун бир қутн бинт (стерилланган).
27. Эсмарх кружкаси (қинни чайиш ва хуқна қилиш учун).
28. Қинга ишлатиладиган учлик.
29. Қўз томизғичи.
30. Ойна воронка.
31. Қўлни тозалаш учун (чўтка, қайчи ва совун).
32. Жгут, резина қўлқоп.
33. Устара.
34. Асбоблар учун стерилизатор.
35. Муз халта.
36. Боғлаш учун материаллар.
37. Дорилар (эфир, сомбревин, спирт, камфора, кофеин, новоканн, кордиамин, промедол, атропин, адреналин, метилэргометрин, окситоцин, питуитрин, полиглюкин, реополиглюкин, викасол, қон ўрнини босувчи эритмалар, аскорбинат кислота, янги тайёрланган қон, альбумин эритмаси, фибриноген, протамин сульфат, этиламинокапронат кислота ва қон қуюлишини тезлаштирадиган препаратлар).
38. Кийим-бошлар (халат, клеёнка ёки полиэтилен фартук, чойшаб, бахила).
39. Кислород ёстиғи (кислород тўлатилган).
40. Бачадонни қириш учун асбоблар, қин ойнаси, қин кўтарғич, Гегар кенгайтирғичи, бачадон зонди, қирғичлар (турли ўлчамдаги), пинцет, аборцанг, ўқсимон қисқич ва бошқалар.
41. Сирланган тоғора ва буйраксимон тарелка.

И Б О Б

АЁЛНИ АҚУШЕРЛИК ОПЕРАЦИЯСИГА ТАЙЁРЛАШ

Маълумки, ҳомиладор аёл аёллар маслаҳатхонасида ҳар томонлама назоратдан ўтказилади. У камда 2—3 марта ички касалликлар врачига учраши зарур. Тиш врачн ҳар бир ҳомиладор аёлни кўздан кечириши, касалланган тишлари бўлса, уни доволатиши керак. Чунки зарарланган тиш инфекция манбаи бўлади.

Жинсий аъзолардаги яллиғлашиш (эрозия, эндометрит, эндоцервицит, кольпит) бўлса, уни ҳам даволаш зарур.

Аёл спид, сўзак бор-йўқлигига ҳам текширилади. Аёлнинг қон гуруҳи ва резус-омили (Rh) одатда унинг паспорти орқасига ёзиб қўйилади. Маслаҳатхонада аёл ҳомилани кўтара оладими ёки бирорта патологик ҳолат аёлнинг ҳомиладор бўлишига хавф туғдирадими, шунни аниқлаш керак (юрак, буйрак, жигар касалликлари). Агар касаллик аниқланса, унда лозим бўлган чоралар (ҳомилани вақтидан илгари тўхтатиш ёки уни туғдириб олиш ва бошқалар) қўлланади. Бу ҳақда аёлнинг яқинлари билан суҳбат ўтказилади.

Жинсий аъзолардаги туклар инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Шу сабабли операция катта-кичиклигидан қатъи назар, ташқи жинсий аъзолар туклардан тозаланади, сўнгра сув билан совунилаб ювилади. Орқа чиқарув тешиги алоҳида ювилади.

Агар жарроҳлик усули қинда ўтказиладиган бўлса, унда шу соҳалар спирт ва 5% ли йод билан артилади. Сўнгра оёқларга баҳила кийдирилади ва чойшаб ёнилади.

Бунда орқа чиқарув тешиги чегаралаб қўйилади. Агар қорин девори орқали операция ўтказиладиган бўлса, унда шу жой операцияга тайёрланади.

ВРАЧНИНГ АКУШЕРЛИК ОПЕРАЦИЯСИГА ТАЙЁРЛАНИШ УСУЛИ

Акушерлик операцияси маълум тайёргарлик куришни талаб қилади (бажариладиган операция турига қараб). Бунда асептика ва антисептика қондаларига риоя қилиш асосий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади.

Операция печоғли моҳирлик билан қилинамасин, операция ўтказиладиган вақтда организмга ёки жинсий аъзоларга инфекция тушиши оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли операция қилаётган врачнинг қўли қанчалик тоза бўлмасин, операцияга тайёрлашдан олдин уни механик равишда тозалаш, тирноқларни олиб, асептика қондаларига риоя қилган ҳолда дезинфекция қилиш керак. Маълумки, ҳар бир операция вақтида врачнинг қўл териси қайта-қайта

дезинфекция қилиниши натижасида у анча қуруқлашади. Шу сабабли қўлга стерилланган глицерин эритмаси суртиб, сунгра қўлқоп кийилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Қўл механик равишда тозалангандан кейин бир неча хил усулда дезинфекция қилинади. Илгарги жарроҳ қўлини 3 та чўткада ювиб, кейин нашатир спиртида 5 дақиқа чайар, кейин эса унга спирт ва йод суртар эди. Биринчи чўтка билан тирсаккача, иккинчиси билан билак бугимигача, учинчиси билан эса панжалар ювилар эди. Лекин бу усулда жарроҳнинг қўли анча зарарланар эди. Шуларни назарга олган ҳолда қўлларни дезинфекция қилишнинг бир неча усуллари ишлаб чиқилди. Булардан бири Спасокукоцкий-Кочергин усули бўлиб, бу усулда қўл 5 дақиқа давомида механик равишда тозаланadi, кейин 0,5%ли нашатир спиртида ювилади. Бу усул қўлланилганда қўлларни совушлаб ювиш кифоя.

Баъзи муаллифлар нашатир спирти ўрнига 1:5000 диоцид эритмасини ишлатишни тавсия этадилар. Баъзи врачлар операция шошилиш равишда бажарилиши лозим бўлса (қон кетганда) фақат йод суртиш мумкинлигини айтади. Операция вақтида резина қўлқоп кийилса, инфекция тушишининг олди олинади.

Қўлқопларни салфеткага алоҳида-алоҳида қилиб ўраган ҳолда автоклавда дезинфекция қилиш мақсадга мувофиқдир.

АКУШЕРЛИК ОПЕРАЦИЯЛАРИ ВАҚТИДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛЛАРИ

Акушерликда оғриқсизлантириш усуллари айрим хусусиятларга эга. Оғриқсизлантиришнинг у ёки бу усули қўлланилганда аввало ҳомиладор аёлнинг организмига ва ҳомилага таъсири ҳамда оғриқсизлантириш учун ишлатиладиган препаратларнинг плацентар тўсиқдан ўтиш хусусияти, бачадоннинг қисқариш фаолиятига таъсири ҳисобга олиниши керак. Аслида туғруқ жараёни оғриқ билан кечади. Бу физиологик хусусият ҳисобланиб, оғриқнинг қай даражада бўлиши аёлнинг асаб системаси хусусиятига боғлиқ.

Туғруқни оғриқсизлантириш мушкул муаммо ҳисобланади, чунки у аёл организмига, ҳомилага сал-

бий таъсир кўрсатмаслиги ва туғруқ фаолиятини су-
сайтирмаслиги лозим.

Туғруқни оғриқсизлантириш баъзи бир экстраге-
нитал, айниқса юрак касаллиги бор аёлларда ва кечки
гестозларда муҳим аҳамиятга эга.

Туғруқни азот оксид ёрдамида оғриқсизлантириш
кеңг қўлланилган. Бунда азот оксидининг кислородли
аралашмасидан қуйидаги 1:1, 2:1, 3:1 нисбада фойда-
ланилади.

Наркоз НАПП-2 апарати орқали бери-
лади. Азот оксид билан оғриқсизлантириш бўлиб-бў-
либ, яъни аёл тулғоқ вақтида аралашмадан нафас
олади, шунингдек, ҳар бир тулғоқ орасида эса соф
кислороддан нафас олади. Бу усулнинг натижаси яхши
бўлиб, аёл организмга салбий таъсир кўрсатмайди.

Трилен (трихлорэтилен) билан оғриқсизланти-
риш аутоанальгезия тарзида анестезиолог назорати
остида олиб борилади. Бунинг учун НАПП-2, «Автонар-
коз С» аппаратларидан фойдаланилади. Анестетикнинг
концентрацияси 0,3—0,6 мг ҳажмда бўлиши керак.

Фторотан кучли кумулятив хусусиятга эга бў-
либ, наркоз бериш вақти 35—40 дақиқадан ошмаслиги
керак. Уни 15 дақиқа дам олиб яна шунча вақт давом
эттириш мумкин. Туғруқ фаолиятини сусайтириши ва
ҳомиллага депрессив таъсири ҳисобга олинадиган бўл-
са, туғруқнинг II даври бошланишига 35—40 дақиқа
қолганда наркоз беришни тўхтатиш лозим.

Анальгетиклар ва томирга юбори-
ладиган бошқа оғриқсизлантирувчи
препаратлардан фойдаланиш алоҳида асбоблар
талаб қилмаслиги ва қулайлиги туфайли туғруқни
оғриқсизлантиришда ундан кеңг фойдаланилади.

Промедол билан оғриқсизлантириш туғруқнинг
фақат 1-даврида қўлланилади. Чунки бу препарат
ҳомиллага депрессив таъсир кўрсатади. Промедолнинг
1% ёки 2% ли эритмаси мушак орасига юборилади.
Унинг таъсири 5—10 дақиқадан кейин бошланиб,
1—2 соат давом этади.

Фентанил билан оғриқсизлантириш учун 0,05—
0,1 мг препарат тери остига ёки мушак орасига юбо-
рилади, унинг таъсири 20—25 дақиқа давом этади.
Кўпинча дроперидол билан бирга қўлланилади.

Виадрил билан оғриқсизлантириш айниқса ба-

чадон мускуллари гипертонусида, пастки сегмент спазмасида, бачадон бўйни тиришиб қолганда ҳамда юрак нуқсонлари, бронхиал астма, оғир гестозларда қўл келади. Виадрилиннинг 2,5% ли эритмаси 10—12 мг/кг ҳисобида юборилади, таъсир вақти 1,5—2 соат.

ОРҚА МИЯ ОРҚАЛИ (СУБАРАХНОИДАЛ) ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Оғриқсизлантиришнинг бу усулида эритма субарахноидал ва орқа мия қобиғи ёнига юборилади. Бу ҳилдаги оғриқсизлантиришда эритма юбориш учун энг қулай жой II ва III (III—IV умуртқалар) бел умуртқалари оралиғи ҳисобланади. Бунда аёл ўтирган ҳолда танасини мумкин қадар олдинга эгади. Укол қилинадиган сатҳ бензин билан тозаланиб (бу теридаги мойни яхши кетказади), унга спирт суртилади. Агар бензин бўлмаса, олдин эфир билан артиб, кейин спирт суртилади. Под эритмасидан фойдаланиш мумкин эмас, чунки орқа умуртқа бўшлиғига озгина йод тушса, беморда кучли бош оғриши кузатилиши мумкин. Орқа мия орқали оғриқсизлантириш учун мандренли махсус узун нинна ва 5 граммли шприц зарур бўлади.

Оғриқсизлантирадиган моддалардан диканн, новокаин ишлатилади. Нинна санчиш керак бўлган жой чап қўл бармоғи учи билан энг босилади (орқа умуртқа ўсимтаси оралиғига), нинна эса умуртқа ўсиғига тик ҳолда санчилади. Агар нинна суякка тақалса, унда ниннани бутунлай ёки қисман чиқариб, тўғри йўналишда қайта санчилади.

Дастлаб йўналтирилаётган нинна энгил қаршиликка учрайди, бу нинна умуртқааро бойлам (liq. interspinalis) дан ўтганини билдиради. Иккинчи сезиларли қаршилик сариқ бойлам (liq. flavum) миянинг қаттиқ пардаси (dura mater) ва турли қобиқ (arachnoidea)ларда бўлади. Шундан сўнг ниннани йўналтириш тўхтатилиб, мандрен олиб ташланади. Бунда бир оз орқа мия суюқлиғи чиқади. Бу орқа мия бўшлиғига тушилангидан далолат беради. 1—2 мл суюқлик чиққандан сўнг, 3 мл 5% ли новокаин эритмали шприц ниннага бириктирилади. Озгина суюқликни шприцга тортиб, новокаинга аралаштирилади ва аста-секин эритма субарахноидал бўшлиққа киритилади. Эритма юборил-

гандан сўнг бемор 2—3 дақиқа энгашган ҳолатда ўтириши керак. Сўнгра аёл аста горизонтал ҳолатда ёғқизилади. Бир неча дақиқа ўтгандан сўнг аёл оёқларида иссиқлик ҳамда чаноқ қисми ва оёқлари жонсизланганлигини сезади.

Операциядан олдин 1 мл 10% ли кофени тери остига юборилади, 30 дақиқа ўтгач муолажа қайтарилади. Одатда оғриқсизлантириш эритма юборилгандан 5—10 дақиқа ўтгач бошланади.

Баъзан аёлда операция вақтида булбар белгилар: қусиш, кўнгил айниши, ранг оқариши, кўкариш, терлаш кузатилади. Аммо бу ҳолат тезда тўхтайдди. Операциядан кейин бир неча кун давомида бош оғриши кузатилиши мумкин. Баъзи мутахассислар бош оғригини тўхтатиш учун тери остига 10% ли кофени эритмасидан 1 мл дан 4—5 кун давомида укол қилишни ва венага 10% ли уротропин, физиологик эритма, глюкоза юборишни тавсия этади.

Орқа мия орқали оғриқсизлантиришга монельликлар:

1. Марказий нерв системаси касалликлари.
2. Умуртқа деформацияси.
3. Гипертония.
4. Сепсис.
5. Руҳий касалликлар.
6. Томирлар склерози.
7. Беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиши.
8. Қахексия.

ПЕРИДУРАЛ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Оғриқсизлантиришнинг бу усули 1925 йилда таклиф этилган. Бунда оғриқсизлантирувчи модда мия қобиги атрофидаги тўқимага (перидурал) юборилиб, орқа мия нерв шохчалари оғриқсизлантирилади. Бу усулда ҳам субарахноидал оғриқсизлантиришда ишлатиладиган нинадан фойдаланилади. Айрим мутахассислар дикаинни афзал кўрадилар. Купинча 1% ли новокаиндан 10 мл ишлатилади. Дикаин (пантокаин)нинг 0,3 г си 100 мл физиологик эритмада эритилиб, унга 15 томчи адреналин аралаштирилади. Бу эритма операция қилиш олдидан тайёрланади.

Оғриқсизлантириш учун бемор тавасини олдинга

мумкин қадар эгиб ўтиради. Терн эфир ва спирт билан тозаланиб, нина терига ва терн ости клетчаткасига киритилади (I—II умуртқа ўсимталари оралиғи бўйлаб). Нина биринчи қаршиликдан ўтгандан сўнг (liq. interspinalis) шприцдаги (10 грамми) 3—5 мл физиологик эритма солинган нина белгиланган ерга киритилади. Сўнгра шприц поршенини аста-секин босиш билан нина сурилади. Нина қаттиқ тўқимага тақалганда шприц поршени босим туфайли айланади. У сариқ бойламдан ўтиши (liq. flavum) билан юмшоқ перидурал бўшлиқ тўқимасига тушади. Нинани суриш тўхтатилиб, текшириш учун шприц нинадан ечиб олинади ва кузатилади. Агар нинадан суюқлик чиқмаса, бу нина тўғри турганини кўрсатади. Мабодо нинадан орқа мия суюқлиги чиқа бошласа, бу орқа мианинг қаттиқ ва тўр қобиғи тешилганидан далолат беради.

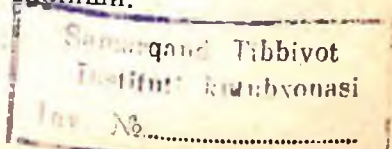
Нина тўғри қўйилганига қаноат ҳосил қилингандан кейин дикани ёки новокаи эритмасидан 3—5 мл юборилиб, орқа мия суюқлиги оқмаётганлиги қайта текширилади. Бунга биологик текшириш дейилади. Суюқлик оқмаётганига ишонч ҳосил қилингандан кейингина қолган 5—7 мл эритма юборилади.

Ҳаммаси бўлиб 10 мл эритма юборилгандан кейин бемор 10 дақиқа давомида шу ҳолатда ўтиради. Кейин перидурал соҳага яна қўшимча 10 мл эритма юборилади. Шундан сўнг нина чиқариб олинади. Нина ўрнига йод суртилади. Бемор горизонтал ҳолатда ётқизилади.

Оғриқсизлантиришдан 30 дақиқа ўтгач операция қилишга бошланади. Перидурал тўқимага киритилган модда шу тўқиманинг ўзида тарқалиб, орқа мияга тушиш хавфи кам бўлганлиги сабабли операцияда оғриқсизлантиришнинг шу туридан фойдаланиш анча хавотирсиз усул деб ҳисобланади.

Оғриқсизлантириш 5—6 соат давом этиб, аёллар деярли ҳеч нарса сезмайдилар. Перидурал анестезияга монёликлар:

1. Умуртқанинг турли деформациялари.
2. Руҳий касалликлар.
3. Беморнинг асаб системаси бузилиши.
4. Операция тезкорликни талаб қилиши.
5. Кахексия.



ЭПИДУРАЛ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Бу хилдаги оғриқсизлантиришда оғриқсизлантирувчи модда думғаза канали (*spatium epidurale*)га думғаза тешиги орқали (*hiatus sacralis*) юборилади. Бунда юборилган эритма сакрал нерв тугунчалари бўлакларига тегади ва уни оғриқсизлантиради. Операция қуйидагича амалга оширилади. Ҳомиладорларда бу усул деярли қўлланилмайди, аёлга олдиндан оғриқсизлантирадиган моддалар (морфин, пантапон ва бошқалар) дан укол қилинади. Кейин бемор умумий аҳволига қараб тирсак ва тизза бўғимларини буккан ҳолда ётқизилади. Ёки у қорин-тизза бўғимларини буккан ҳолда ёки чап биқинга ётиб, сонини қорин деворига яқинлаштирган ҳолда ётқизилади.

IV думғаза умуртқаси соҳасига (*Cisternae terminalis*) нинани туртки шаклида ҳаракатлантириб, думғаза каналига киритилади (*hiatus sacralis*). Бунда нина ўрта чизикдан тери сатҳига 20° қийшайган ҳолда йўналтирилади. Кейин нинанинг йўналиши ўзгартирилади, у думғаза канали йўналишида бўлиши керак. Нина аста-секин 5 см чуқурликка юборилади. Агар нинани йўналтиришда бирор қаршиликка йўлиқилса, унда нина қайтадан санчилади. Оғриқсизлантирувчи модда сифатида новокаиннинг 2% ли эритмасига 0,25 г 1:1000 адреналин эритмасидан олиб аралаштирилади ва аста-секин $1-1\frac{1}{2}$ дақиқа давомида юборилади.

Агар эпидурал оғриқсизлантириш юқори даражада бўлиши талаб этилса, 50—60 мл эритма юборилади. Аёлнинг чаноқ қисми кутариб қўйилади. Бундай ҳолатда дорининг таъсири VIII кўкрак сегментигача тарқалади (акушерликда бу усул қўлланилмайди). Эпидурал оғриқсизлантиришга моненьликлар:

1. Орқа умуртқа деформацияси.
2. Орқа умуртқанинг чегараланган патологик ҳолати.
3. Асаб системасининг бузилганлиги.
4. Аёл бўйининг жуда паст бўлиши.
5. Ҳомиладорлик.

КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Кесарча кесиш операцияси вақтида наркоз берганда унинг она ва ҳомилага таъсирини алоҳида эътиборга олиш керак.

Кесарча кесиш операциясини ўтказиш учун наркознинг жарроҳлик босқичи (III) га эришиш лозим. Лекин бунда ҳомиланинг наркотик депрессия ҳолида туғилиш хавфи ортади. У бачадон мушакларнинг қисқариш фаолиятини сусайтириб, гипотоник қон кетишига олиб келиши мумкин.

Ҳозирги кунда кесарча кесиш операциясида эндотрахеал анестезия мушак релаксацияси ва сунъий усулдаги ўпка вентиляцияси билан биргаликда кенг қўлланилмоқда. Бунда:

а) азот оксиднинг кислородли аралашмаси, миорелаксантлар (мушакларни бўшаштирувчи) ва анальгетиклардан фойдаланиб наркознинг керакли босқичига эришилади. Бунда кучли таъсир қилувчи наркотиклар (эфир, фторотан, метоксифуран, циклопропан) қўллашга ҳожат қолмайди;

б) азот оксид, нейролептик ва анальгетиклар қўлланиладиган эндотрахеал наркоз.

Наркоздан 20—25 дақиқа олдин премедикация сифатида 0,5—1 мл 0,1% ли атропин тери остига ёки мушак орасига юборилади. Ҳомила олинганидан кейин кучли оғриқсизлантирувчи воситалар қўлланади.

Бундан ташқари, маҳаллий оғриқсизлантирувчи усуллар ҳам мавжудки, улар асосан умумий наркоз бериш мумкин бўлмаган аёлларга қўлланади.

III Б О В

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ АНАТОМИЯСИ

Аёлларнинг жинсий аъзолари ташқи ва ички жинсий аъзоларга тафовут қилинади.

Ташқи жинсий аъзолар (genitalia externa)

Ташқи жинсий аъзоларга: қов, катта ва кичик жинсий лаблар, клитор, қин даҳлизи, бартолин безлари кирди. Ташқи жинсий аъзо билан ички жинсий аъзони қизлик пардаси (hymen) ажратиб туради.

Қов — (*morbus veneris*) қорин деворининг пастки қисми бўлиб, унда тери остидаги ёғ қатлами яхши тараққий этган бўлади. Бу қатлам аёл организмдаги гормонал жараён билан чамбарчас боғлиқдир. Ёғ қатлами аёлнинг ёшига боғлиқ бўлади, кексайганда унинг ривожланиши камайди, лекин бутунлай йўқолиб кетмайди.

Қовнинг икки ёнида қов бурмалари жойлашган. Қовнинг пастки чегараси катта жинсий лабга туташади. Аёлларда қовнинг устки сатҳи горизонтал жойлашган жун билан қопланган, эркакларда эса жун вертикал равишда киндикка қараб ўсади.

Баъзи аёлларда қов жуллари эркакларники каби юқорига қараб ўсади. Бу патологик ҳолатдан, гормонлар мувозанати бузилганидан далолат беради.

Катта жинсий лаблар (*labia majora pendendi*) қовдан бирмунча пастда ва орқароқда жойлашган бўлиб, узунасига жойлашган катта тери бурмасидан иборат. Улар бир-бирдан жинсий ёриқ билан ажралиб туради. Катта жинсий лабларнинг юқори қисми қов терисига туташади. Орқа томонда эса улар торая бориб, ўзаро қўшилади ва юпқа тери бурмасини ҳосил қилади (*commisura labiorum posterior*)

Катта жинсий лабларнинг ташқи юзалари жун билан, ички юзалари эса оч пушти рангли, нозик, шиллиқ пардага ўхшаш тери билан қопланган. Катта жинсий лаблар қинга кириш йўлини бекитиб туради. Қиз бола балоғатга етган сари жинсий лаблардаги ёғ қатлами кўпая боради.

Катта жинсий лабларда тер ва ёғ безлари жойлашган бўлиб, улар вена қон томирларига бойдир.

Катта жинсий лабларнинг $\frac{1}{3}$ қисмида бартолин безлари (*glandulae Bartholini*) жойлашган. Бу безларнинг катталиги ловнядек бўлиб, юмалоқ шаклда ва бир неча булакдан иборат бўлади. Улар альвеоляр, яъни найсимон эпителий билан қопланган. Безларнинг секрет ишлаб чиқариш йўллари 1—2 см чуқурликда бўлади. Улар катта лабларнинг ички юзасига кичик лабларнинг тубида, қизлик пардаси ораллигида очилади.

Бартолин беzi ишлаб чиқарадиган суюқлик (секрет) оқимтир рангли, ишқор реакцияли, мойсимон, узига хос ҳидга эга. У жинсий кўзғалиш вақтида аж-

ралиб чиқади ва қин даҳлизига қуйилади, натижада қинни намлайди.

Кичик жинсий лаблар (*labia minora pendenti*) катта жинсий лабларнинг ичкарасида жойлашган бўлиб, бир жуфт бўйлама нозик тери бурмаларидан иборатдир. Улар орқа (пастки) томонда катта жинсий лабларга қўшилиб кетади. Кичик жинсий лабларнинг ҳар бири (юқори қисми) 2 тадан бурмага ажралиб, улар ташқи ва ички оёқчалар деб аталади. Ҳар икки лабнинг ташқи (юқори) оёқчалари ўзаро қўшилиб клиторнинг четки кертмагини (*praeputium clitoridis*) ҳосил қилади. Орқа томондан эса кичик лаб оёқчалари клитор юганчаси—қундаланг бурмача (*frenulum clitoridis*) ёрдамида бир-бири билан қўшилади. Кичик жинсий лаблар кун миқдордаги қон томирлар ва нерв шохчалари билан таъминланган.

Клитор (*clitoridis*) жинсий ёриқнинг юқори бурчагида кичик жинсий лабларнинг ташқи ва ички оёқчаларидаги қўшимча оралиқда жойлашган бўлиб, конус шаклидаги 2 та ғовак танадан ташқил топган. У дўмбоққа ўхшаб кўринади. Клиторнинг боши, танаси ва оёқчалари бўлгани учун у аниқ ажралиб туради. Клитор оёқчалари қов ва қуймиш суякларини устига ёпишган бўлади. Жинсий қўзғалиш вақтида клиторнинг ғовак танасидаги бушлиқларга қон қуйилади ва у катталашиб таранглашади. Клиторда жуда кўп майда нерв шохчалари бор. Бу шохчалар туфайли у жинсий сезиш аъзоси деб аталади.

Қин даҳлизи (*vestibulum vaginae*) олд томондан клитор, орқа томондан жинсий лабларнинг ташқи бирлашмаси ва икки ёнида кичик жинсий лабларнинг ички юзаси томондаги оралиқдан иборат.

Қин даҳлизини қиндан қизлик пардаси ажратиб туради. Қин даҳлизи шиллиқ пардага мойил нозик тери билан қопланган, у нерв шохчаларига, лимфа томирларига бойдир. Қин даҳлизида жуда кўп майда шилсимон безлар ва чуқурчалар бор. Қин даҳлизининг юқори қисмида сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги, канал ёнидаги йўллар (парауретрал) ва бартолин безининг чиқариш йўллари очилади. Қин даҳлизи марказида қинга кириш тешиги жойлашган.

СИЙДИК ЧИҚАРИШ КАНАЛИ (urethra)

Аёлларда калта (3—4 см) ва деярли тўғри бўлиб, қиннинг олдинги девори юзасига жойланган, юқори қисми қовуқ билан бириккан бўлади. Унинг ички юзасида тўғри кетган бурмалар бўлиб, юқори қисмининг шиллиқ қавати цилиндрик эпителий билан, пастки қисми эса ясси эпителий билан қопланган. Сийдик чиқариш йўлининг мускул қавати тўғри ва айланма кетган мускул толаларидан иборат. Каналининг қовуққа яқин қисмида мускул қаватининг айланма толалари зичланиб, каналининг ички сиқувчи (sphincter interna) мускулни ҳосил қилади. Сийдик йўли ва жинсий аъзо диафрагмасининг сийдик чиқариш канали ўтган ерида, каналининг ташқи тешиги соҳасида кўндаланг-тарғил мускуллардан ташкил топган ташқи сиқувчи (sphincter externa) мускул бўлади. Сийдик вақтида ички сиқувчи мускул бўшашади. Чиқарув каналининг ташқи тешиги клитордан 1,5—2 см пастда туради. Бу тешик думалоқ, баъзан ёриқсимон ёки юлдузсимон бўлади. Сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги ёнида суюқлик (секрет) чиқарадиган безлар (скени бези) жойлашган.

Қизлик пардаси (hymen) қўшимча тўқимали пардадан иборат бўлиб, қизларда қинга кириш тешигини бекитиб туради. У турли шаклда (ҳалқасимон, панжарасимон, яримойсимон, парраксимон ва ҳоказо) бўлиб, тешигининг шакли ҳам шу парда шаклига боғлиқдир.

Баъзан ёшликда бўлиб ўтган яллиғланиш жараёни натижасида ёки туғма равишда қизлик пардаси тешик бўлмаслиги мумкин. Қизлик пардасининг юзаси кўп қаватли эпителий билан қопланган бўлиб, улар ўртасида мускул толалари, эластик иллар, қон томирлар ва нерв толалари жойлашган.

Биринчи жинсий алоқада қизлик пардаси бир ёки икки жойдан радиал ҳолда йиртилади. Бу йиртилиш бир оз қон кетиши билан ўтади. Бундан кейин қизлик пардаси ўрнида қизлик парда сўрғичлари (carunculae hymenales) қолади. Биринчи туғишдан кейин эса қизлик пардаси ўрнида нотўғри шаклли сўрғичлар, баъ-

зан этсимон кўтармалар (дўмбоқчалар) (*carunculae multiformes*) қолади.

Қизлик пардаси эластик (чўзилувчан) бўлиши мумкин, шу сабабли баъзан биринчи жинсий алоқада, ҳатто биринчи туғишда ҳам у бутунлигича қолади (айниқса ҳалқасимон пардада). Орқа тешик билан жинсий аъзо ўртасидаги соҳа чот деб аталади. Бу оралиқ икки ён томондан қуйимч дўмбоғи билан чегараланган. Чот юмшоқ тери билан қопланган бўлиб, мускул фасцияси ва ёғ қатламларидан ташқил топган. Чот чанок бўшлиғида жойлашган ҳамма аъзоларга таянчиқ бўлиб, эластик хусусияти бор. Шунинг учун ҳам у кучаниқ вақтидаги таъсирларга бардош беради. Бу хусусиятининг айнақса туғиш вақтида аҳамияти катта. Агар чот йиртилса, қиннинг кириш қисми очик қолади. Натижада унинг деворлари ва ҳатто бачадон пастга тушадиган бўлиб қолади.

Орқа тешик билан дум суяги оралиғи орқа чот деб аталади.

ИЧКИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР

Ички жинсий аъзоларга қин, бачадон, бачадон пайчалари, тухумдон кирди.

Қин (*vaqina s. colpos*) текис мускул тўқимадан шаклланган эластик найча бўлиб, узунлиги 9—10 см, кенлиги 2—3 см га тенг. У олдиндан орқага қараб бирмунча ялпоқлашган. Қиннинг икки девори бор деб ҳисоблайдилар. Бу деворнинг олдингиси калтароқ ва кўп бурмали, орқа девори эса узун ва қалин бўлади. Қиннинг ўрта қисмида қин деворлари бир-бирга тегиб туради. Юқоридаги қисми эса кенгая боради. У 4 та, яъни олдинги, орқа ва иккита ён гумбазларни ҳосил қилади. Бу гумбазлар юқоридаги қин бўшлиғига кириб турган бачадон бўйинини ўрайди. Шунга кўра бу гумбазлар олдинги, орқа ва икки ён томондаги қин гумбазлари деб аталади. Булардан орқа гумбаз чуқурроқ бўлиб, унда чуқурча (*receptaculum seminis*) бор. Жинсий алоқа вақтида эркак уруғи шу ерга қуйилади ва у ердан сперматозонд (шаҳват) жинсий қўзғолишда бўйин каналидан чиқиб, чуқурча томонга осилиб турган шиллиққа шимилади. Жинсий қўзғолиш тугагандан кейин бачадон бўйини қисқаради ва шил-

лиқ қайтадан шимилиб, осилган сперматозондлар билан бирга унинг каналига киради. Кейин бачадонга, ундан эса пайчага ўтиб, унинг воронкасимон қисмида қолади. Ниҳоят, шу ерда аёл тухуми билан қўшилади. Олд томондан қин деворининг пастки қисми сийдик чиқариш каналига, юқори қисми эса қоннинг юзасига тегиб туради. Қиннинг орқа девори туғри ичакка яқин туради ва ундан оралиқ тўқималар ёрдамида ажралади. Орқа деворининг юқори қисми қорин парда билан қопланган. Икки ён томондан қинни мускуллар ва клетчаткалар ажратиб туради.

Қин шиллиқ пардаси оч пушти рангда бўлиб, кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. У қиннинг орқа ва олдинги деворларида кўпгина кўндаланг чузилувчан бурмаларни ҳосил қилади. Шиллиқ парда остида шиллиқ ости қавати бўлмай, фақат икки қават мускул жойлашган. Бу мускулларнинг ички қавати айланма равишда, ташқи қавати эса бўйлама бўлади.

Қин деворининг ташқи қавати бириктирувчи тўқимадан тузилган парда билан қопланган, унинг тагида лимфа ва қон томир, нерв шохчалари жойлашган. Қин шиллиқ пардасининг кўндаланг бурмалари (columnae rugosae) балоғатга етган қизларда ва туғмаган аёлларда яққол кўриниб туради.

Балоғатга етмаган қизларда шиллиқ парда юпқа ва нозик бўлади, ёши ўтган аёлларда эса гормонал жараён сустлашиши сабабли бу бурмалар аста-секин текисланиб кетади. Қин шиллиқ қаватида шиллиқ ости қавати бўлмагани сабабли безлар бўлмайди. Шу сабабли секрет ҳам ажралмайди. Аммо унда қон ва лимфа томирларидан ва қисман бачадон бўйнидан ажраладиган суюқлик, унинг шиллиқ қаватидан ажралган ясси эпителий ва қинда доим яшайдиган граммусбат бациллалар Додерлейн таёқчалари (*bacillis vaginalis Dederleini*) доим топилади.

Соғлом аёл қинидан ажралган суюқлик қинда ҳосил бўладиган сут кислота ҳисобига нордон реакцияли бўлади (Додерлейн таёқчаси қин шиллиқ пардасидаги гликоген билан озиқланади, унинг ҳаёт маҳсулоти сут кислотадир. Сут кислота қуйидагича ҳосил бўлади. Кўчган қин эпителийлари бузилиб, парчаланиши натижасида диастаза ферменти ҳосил бўлади. Бу ўз навбатида мальтаза ферменти таъсирида глюкозага,

глюкоза эса Додерлейн таёқчаси туфайли сут кислотатага айланади.

Сут кислотанинг қиндаги ўртача миқдори 0,3% га тенг. Гликоген ва сут кислотанинг камайиши тухумдон фаолиятининг сусайишига боғлиқ. Қин ажралмасининг тозалиги 4 даражага бўлинади: 1) эпителий ҳужайралари (қин деворидан кўчган ясси эпителий) ва қин таёқчалари — Додерлейн таёқчалари бор, Phu 4,0—4,5, нордон реакцияли; 2) эпителий ҳужайралари, Додерлейн таёқчалари, онда-сонда лейкоцитлар, жуда кам миқдорда кокклар бўлади. Ph 5,0—5,5, нордон реакцияли; 3) Додерлейн таёқчалари, эпителий ҳужайралари кам (*Somma variabeli*), кокклар кўпроқ Phu 6,0—6,6, бўлса реакция нейтрал бўлади; 4) Додерлейн таёқчалари йўқ, лейкоцитлар, кокклар, гонкок ва трихомонадалар бўлиши мумкин. Бактериялар кўп, Phu 7,0—8,0 бўлса, реакция ишқорли бўлади. Биринчи ва иккинчи даражали қин тозалиги меъёр ҳисобланади, 3- ва 4-даражали қин тозалигида қин шиллиқ қаватидаги ҳужайраларда гликоген етарли бўлмагани туфайли микробларга қарши курашиш учун зарур бўлган сут кислота камайиб ёки йўқолиб кетади. Қиндаги реакция ишқорли ёки нейтрал реакцияга ўтиб, микроблар ривожланишига қулай шароит туғилади.

Акушерлик операцияларининг натижаси яхши бўлиши қиндаги шароитга ҳам боғлиқ бўлади.

БАЧАДОН (uterus)

Бачадон шиллиқ толали мускуллардан тузилган ғовак аъзо ҳисобланади. Ҳомиладор бўлмаган аёлларда бачадон орқадан олдинга томон эгилган, бирмунча япалоқ ва нок шаклида бўлади. Унинг узунлиги туғмаганларда 7—8 см, туққан аёлларда эса 8—9 см, тубининг кенглиги 4,5—5 см, деворининг қалинлиги 1—2 см, оғирлиги 50—100 г га тенг.

Бачадон 3 қисмдан иборат. Бачадоннинг бирмунча кенгайган қисми танасидир. Бачадон танаси билан бўйни орасида бўйин олди қисми (*isthmus*) бўлиб, бу 1 см ни ташкил қилади. Ҳомиладорликда бу қисм ҳам катталашиб, 8—10 см га кенгайди ва пастки сегмент ҳисобланиб, ҳомила ўрни қаторига ўтади. Бачадон

танаси билан бўйин олди чегарасида қисқариш (ретракцион, контракцион) ҳалқаси бўлиб, туғруқ жараёнида бачадон 2 қисмга бўлинади. Бирини фаол (бачадон танаси ва туби), иккинчиси (бачадоннинг пастки сегменти, бўйни) суст қисми. Булар оралиғида ретракцион қисм бўлиб, бачадон бўйни очилган сари у юқорига кўтарила боради. Бунга сабаб—бачадоннинг фаол қисми қисқариб, суст қисми кенгая боришидир.

Ретракцион қисм қов устидан юқорига кўтарилиб боради. Натижада бачадон бўйни тула очилса (10—11 см), бу ҳалқа қов суягидан 5 бармоқ юқориди бўлади. Шу ҳалқанинг ҳолатига қараб ҳам бачадон йиртилиши хавфини аниқлаш мумкин бўлади. Бунда у киндик соҳасида, ҳатто ундан юқориди қийшиқ жойлашади.

Бачадон чаноқ суягининг тўғри ўқи бўйича жойлашган, унинг туби кичик чаноқнинг кириш қисми чегарасида (*lunia innominata*) бўйиннинг ташқи тешиги қўймич қиррасининг бириктирувчи чизигида *spina ishiadica* туради. Бачадон танаси олдинга эгилиб очилган (*anteflexionteri*), тепа қисми (туби) симфиз томонга йўналган (*antevertio uteri*) ва унинг бўйни орқага бир оз қийшайган бўлиб, қиннинг орқа гумбаз чуқурчасига қараб туради. Бачадон танаси билан бачадон бўйни ўртасида тўмтоқ бурчак ҳосил бўлади. Қовуқ тўлганда бачадон орқага ва юқорига, тўғри ичак тўлганда қарама-қарши томонга сурилади. Бачадоннинг пастки тор қисми—бўйин қин бўшлиғига бирмунча кирган ва унинг деворлари билан айланма равишда қўшилган. У цилиндр шаклида, қин томонга бирмунча торайган бўлади. Бачадон бўйинининг қин бўшлиғига кириб турган қисми қин парчаси (*pars vaginalis*), қинга ёпишган жойдан юқориси эса бўйинининг юқори қисми (*pars supravaginalis*) деб аталади.

Бачадон бўйни каналининг икки учи тор, ўртаси кенг каналдан иборат. Унинг ички томонининг шиллиқ пардаси қийшиқ бурмали, қаллиғи 2 мм бўлади, узунчоқ цилиндр шаклидаги эпителий билан қопланган.

Шиллиқ қаватнинг қалин жойида безлар кўп, улар ишқор реакцияли суяқлик ажратади. Бачадоннинг бўйин канали бўйин олди канали билан қўшилган, унинг ички ва ташқи тешиклари бор. Ташқи тешиги

овал ёки юмалоқ шаклда, туққан аёлларда эса туғиш вақтида қисман йиртилганлиги сабабли кўндаланг ёриқ шаклида бўлади. Бачадон девори уч қаватдан, яъни шиллиқ қават (*endometrium*), мускул қават (*myometrium*) ва сероз (қорин парда) қават (*perimetrium*)дан иборат.

Бачадон бўшлиғининг шиллиқ пардаси текис юзали бўлиб, бир қаватли цилиндр, қисман киприкли эпителий қавати билан қопланган. Бу киприклар чайқалганда бачадон ичидаги суюқлик пастга, бачадон бўйини орқали унинг ташқи тешиги томон оқади. Бундач ташқари, улар бачадонга тушган сперматозонлар (шаҳват)нинг найчалар томонга йўналишини таъминлайди. Бачадон шиллиқ қавати ўз навбатида яна икки қаватдан, яъни бачадон бўшлиғига қараган, ҳайз циклига мувофиқ ўзгарувчи функционал юза қават ва бачадоннинг мускул қаватига ёпишган циклик ўзгаришда иштирок этадиган базал қаватдан иборат. Бу қаватда кўп миқдорда безлар жойлашган.

Бачадоннинг мускул қавати қалин бўлиб, чирмашган, бир-биридан қийинчилик билан ажраладиган бириктирувчи тўқима аралашган текис мускул толаларидан тузилган. Бачадон танасида мускул тўқима, бўйнида эса бириктирувчи тўқима кўпроқ бўлади.

Бачадон мускуллари уч қаватдан иборат бўлиб, улардан ташқи ва ички қаватлар толаси узунасига (бўйламасига), ўрта қават толалари эса айланма (кўндаланг) жойлашган бўлади. Узунасига жойлашган қават кўпроқ бачадон бўйнида, айланма (ўрта) қават эса бачадон танасида яхши ривожланган.

Бачадон мускулларининг ташқи қавати билан бачадон найчалари ва бойламларининг толалари ўзаро чамбарчас бириккан бўлади. Сероз парда қавати бачадоннинг мускул қаватини тўла қопламайди. У қориннинг олдинги деворидан аввал қовуқ тепасига ўтиб, қовуқ билан бачадон орасида бўшлиқ (чўнтак) (*excavatio vesico-uterina*)ни ҳосил қилади. Бачадон ва сероз парда орасида бурма ҳосил бўлади (*plica vesico-uterina*). Бундан кейин у бачадон тубининг олд ва орқа юзаларига, сўнгра тўғри ичакнинг олдинги юзасига ўтади, ундан қорин деворининг орқа қисмига ўтиб, бачадон билан тўғри ичак орасида яна ҳам чуқурроқ бўшлиқ (чўнтак) *excavatio recto-uterina*) ҳосил бўлади.

Бачадон ва бачадон бўйнининг қиндан юқоридаги қисми олд томондан қорин пардаси билан қопланган. Бачадоннинг ичи юқоридан пастга томон торайган уч-бурчак шаклидаги бушлиқдан иборат. Бушлиқнинг юқоридаги икки бурчагига бачадон найчаларининг тешиги очилади, пастки бурчаги эса бачадон бўйни каналининг ички тешигига тўғри келади. Юқоридан айтиб ўтганимиздек, бачадон шиллиқ қавати базал ва устки (функционал) қаватлардан иборат. Унинг базал қаватида кўп миқдорда безлар бор, бу безлар ҳайз циклига қараб ўзгаради ва бачадон бўйнидаги безлардан анча фарқ қилади (бачадон бўйнидаги безлар секрет ажратади ва ҳайз циклида бачадондаги безлар каби иштирок этмайди).

Бачадон шиллиқ қавати қалинлашган сари (пролиферация фазаси) безлар ўсиб, кенгайиб, найча шаклини олади, аммо ҳали секрет ажратмаганлиги сабабли без найчаларида суюқлик бўлмайди. Бу фаза тухумдондан ажралган фолликулани гормони таъсирида бўлиб, кейинги суюқлик чиқариш (секреция) фазаси эса сариқ тана ажратган прогестерон гормони таъсирида бўлади. Бунда безлар бурама шаклига ўтади ва безлар ичи суюқлик (секрет) билан тўлади.

Агар аёл ҳомиладор бўлмаса, ҳайз циклига қараб функционал қават кўчади (бу тухумдонда сариқ тананинг сўниш жараёнига тўғри келади), натижада аёл ҳайз кўради.

Ҳомиладорликда бу ҳолат кузатилмайди.

БАЧАДОН НАЙЧАЛАРИ (*Tubae uterinae, s. tubae Fallopii salpingens*)

Бачадон найчалари бачадон танасининг юқори бурчагидан бошланиб, чаноқнинг ён деворлари томон йўналади. Сўнгра пастга томон қайрилиб, унинг бүкилган томони тухумдонга қараган бўлади. Найчаларнинг ташқи тешиги воронқасимон кенгайиб, унинг қирғоқларида шокилалар (фимбрия) бўлади. Найчалар канали бачадон бушлиғига унинг мускуллари орасидан ўтиб (интерстициал), бачадонга қўшилади. Бу ерда найчалар бошқа қисмига нисбатан жуда тор — 0,5—2 мм бўлади. Бачадондан узоқлашган сари улар кенгай

бориб, 6—8 мм га етади, узунлиги 10—12 см га тенг.

Найчалар 3 қисмдан: энг қисқа—бачадон деворининг қалинлашган қисми (*pars interstinalis*) бўйин олдининг торайган қисми (*pars isthmica*) ва воронка қисмларидан иборатдир. Найчаларнинг ички юзаси (*pars ampullaris*) бир қаватли киприкли цилиндрик эпителий билан қопланган, унинг киприкчалари бачадон томонга қараб қимирлайди. Шиллиқ қават остида шиллиқ ости қавати бўлмайди. Шу сабабли безлар ҳам бўлмайди.

Шиллиқ парда остидаги мускул уч қаватдан иборат бўлади. Улардан ички ва ташқи қаватларнинг мускул толалари узунасига ва ўртадагиси эса айланасига жойлашган. Найчаларни уст ва ён томондан сероз парда ўрайди, пастки қисмидан эса қон ва лимфа томирлари ўтади. Буларнинг юзасини клетчатка ёпиб туради. Найчаларнинг ҳар икки томонга чувалчангга ўхшаб букилиб, қимирлаб туриши ҳамда найчаларнинг перистальтик қисқариши туфайли сперматозоид билан найчанинг воронка (ампуляр) қисмида қўшилган тухум (одатда ҳомиладорлик шу ердан бошланади) ҳужайра ўзининг бўлиниш жараёнида бачадон найчаларнинг кенгайган қисмидан бачадон томонга сурилади. Найчалардаги бачадон бўшлиғига томон ҳаракат қилувчи киприклар ҳам тухум ҳужайранинг бачадон томонга сурилишига ёрдам беради. Агар аёл тула етилмаган (инфантил) бўлса-да, унинг найчалари эгрибугри бўлса ёки яллиғланиш туфайли найчаларнинг бирор қисми, айниқса бачадонга яқин қисми тортишиб қолган бўлса, найчалардан ўтиш вақтида сперматозоид билан қўшилган тухум ҳужайра ўзининг бўлиниш даврида бирмунча катталаша боради. Шу сабабли ёки эгрибугри найчадан бачадонга ўта олмай қолиши натижасида бачадондан ташқарида ҳомиладорлик вужудга келиши мумкин.

ТУХУМДОН (Ovarium)

Тухумдон жуфт аъзо бўлиб, бачадоннинг иккала ёнида жойлашган, унинг ташқи томони бачадон кенг бойламининг орқа варағига тегиб туради. Ички юзаси эса кичик чаноқ бўшлиғига қараб туради. Тухумдон

ловия шаклида, узунлиги 2,5 см, кенлиги 1 см, оғирлиги 6—8 г га тенг. Тухумдон бачадон тубидаги махсус бойламга (*liq. ovari prorgium*) осилиб туради. У 4 қаватдан иборат. Устки эпителий қават, оқ парда (*tunica alba*), пўстлоқ ва мия қаватларидан иборатдир. Эпителий қавати остида жойлашган оқсил парда бириктирувчи тўқимадан тузилган. Пўстлоқ қават юқори қисми билан оқсил пардага тегиб туради. Тухумдоннинг энг ички қавати мия қавати бўлиб, бириктирувчи тўқима ва мускул толаларидан ташкил топган. Унда қон томирлар, нерв жойлашган. Тухумдоннинг мия қавати пўстлоқ қават билан унча чегараланмайди, аксинча, унинг давоми ҳисобланади.

Тухумдоннинг пўстлоқ қаватида фолликулалар жойлашган, улар балоғатга етган аёлларда тараққиёт даражасида бўлади. Янги туғилган қиз болаларда дастлабки фолликулалар 45000—50000 тагача бўлади (преморднал фолликулалар). Балоғатга етиш жараёнида фолликулаларнинг бир қисми атрофияга учрайди, баъзилари ривожланмай қолади.

Тухумдоннинг пўстлоқ қаватига жойлашган фолликулалар девори бир неча қават эпителий хужайралардан иборат бўлган ташқи парда билан қопланган. Фолликулалар ичида тухум хужайра ва гранулёз хужайралар бўлади. Вояга етган фолликула (Графф пуфакчаси) ёрилиб тухум чиққач, у пучаяди ва ичида қон, гранулёз хужайралар қолади, бу бора-бора сариқ танага айланади.

Бутун жинсий тараққиёт давомида тухум ой сари етилиб туради (агар аёл ҳомиладор бўлиб қолмаган бўлса).

Ҳар бир фолликула вояга етиб ёрилгандан 13—14 кун ўтгач бачадондан қон кетади (аёл ҳайз кўради). Бу тартибли равишда қайтарилиб туради.

Жинсий аъзо бойламлари чаноқ туби мускуллари кичик чаноқ ичидаги аъзоларнинг нормал ҳолатда туришини таъминлайди. Боғловчи аппаратлар бачадон ва унинг қўшимча аъзолари билан тухумдоннинг нормал ҳолатини сақлайди. Ички жинсий аъзоларнинг осилиб турувчи бойламларига қуйидагилар киради:

1. Ю малоқ бойламлар (*liq. rotundum s. testes*) бачадон бурчакларидан, найчалар олдидан бош-

ланиб, чов каналнинг (*canalis in quinalis*) ички тешиги томон йўналади (*annulus inquinalis abdominalis*). Юмалоқ бойламнинг узунлиги 10—12 см. У силлиқ мускуллар ва бириктирувчи тўқималардан ташкил топган. У чов каналдан ўтади, унинг ташқи тешиги (*anulus inquinalis subcutaneus*) дан чиқиб елпигичга ўхшаб ёйилиб, қов устидаги ва жинсий лаблардаги тўқималарда тугайди. Юмалоқ бойламлар бачадон тубини олдинга тортиб туришга хизмат қилади. Айниқса у туғруқ жараёнида от югани каби бачадонни ушлаб, ҳомила туғилишида иштирок этади.

2. Кенг бойламлар (*liq. latum uteri*) қорин пардасининг ички қаватидан ташкил топиб, бачадоннинг ҳар икки ёнида жойлашган ва чаноқнинг ён деворлари томон йўналган бўлади. Бачадон найчалари шу бойламнинг юқори қирғоғи орасига жойлашган. Унинг орқа юзасида эса тухумдон, ички сийдик чиқариш йўли, иккала варағи орасида клетчаткалар, қон томирлар ва нерв шохчалари жойлашади.

Кенг бойламларнинг ҳар иккала варағи бачадон найчаларининг ампуляр қисмида қўшилади. Чаноқ деворларига томон йўналган қисми эса воронка-чаноқ бойлами (*liq. infundibulo-pelvicum*) деб аталади.

3. Думғаза-бачадон бойламлари (*liq. sacro-uterina*). Бу бойламларнинг асосий вазифаси бачадоннинг бўйин қисмини орқага тортиб туриш бўлиб, туғруқ вақтида думалоқ бойламлар билан биргаликда бачадоннинг нормал ҳолатини таъминлайди.

Думғаза-бачадон бойламлари бачадоннинг орқа юзасидан (бачадоннинг тана ва бўйин чегарасидан) бошланади ва думғаза суягининг ички юзасига бориб ёпишади.

4. Бачадон атрофидаги бириктирувчи тўқималар бачадонни осилган ҳолда ушлаб туради. Бу вазифани бачадоннинг пастки қисмидан қовуқ, симфиз ва бачадон бойламлари бажаради.

ЧАНОҚ ВА УНГА ЧЕГАРАДОШ АЪЗОЛАР ТОПОГРАФИЯСИ

Ички жинсий аъзоларга юмшоқ толали ёки зич бириктирувчи тўқималар ёндошиб турганлиги сабабли улар кам ҳаракат қилади. Бу тўқималар чаноқ клетчаткалари деб аталади. Бундай тўқималар юқоридан

қорин пардаси, пастдан чаноқ тубининг фасцияси оралиғига жойлашган аъзолар ўртасидаги бушлиқни тўлатади. Чаноқ тўқимасидан жуда кўп лимфа ва қон томирлари ўтади. Тўқималар аъзоларга қўзғалувчанлик ва силжувчанлик хусусиятини беради. Унинг зич толалардан иборат қисми қорин пардасининг бурмалари билан бирга ички жинсий аъзолар учун таянч бўлиб хизмат қилади ва бу аъзоларнинг нормал топографиясини сақлаб туради.

Қорин пардаси тагидаги бушлиқни тўлдирувчи чаноқ тўқимаси 3 қисмга бўлинади.

1. Бачадон атрофидаги тўқима (parametrium) олд ва орқа томондан кенг бойламнинг олдинги ва орқа варағи билан чегараланади ҳамда бачадон ён бўлимидан то чаноқнинг ён деворигача бўлган бушлиқни эгаллайди.

2. Қовуқ атрофидаги тўқима қовуқнинг олд ва орқасидаги бушлиқларни эгаллайди.

3. Қин атрофидаги тўқима қиннинг ён деворидан то чаноқ деворигача бўлган бушлиқни эгаллайди.

4. Тўғри ичак атрофидаги тўқима эса тўғри ичакни ҳар томонлама ўраб туради. Қорин пардаси тагидаги чаноқ тўқималари билан тўлган бушлиқлар ўзаро туташган бўлади.

Шундай қилиб, юқорида айтилганидек, чаноқ тўқимаси аъзоларнинг силжувчанлигини оширишда катта аҳамиятга эга. У кичик чаноқ ичидаги бушлиқларни тўлдириб туришдан ташқари, шу ердаги жуда кўп қон ва лимфа томирлари, нерв шохчалари, жинсий аъзолар, қов ва сийдик чиқариш канали учун қулай жой вазифасини ўтайди.

ҚОРИН ПАРДАСИНING КИЧИК ЧАНОҚДАГИ АЪЗОЛАР УЧУН АҲАМИЯТИ

Қорин пардаси (perimetrium) қорин олд деворининг орқа юзасидан чаноққа кириш қисмида қовуққа ўтади ва унинг тубини ҳамда орқа деворини қоплайди. Қовуқнинг орқа юзасидан қорин пардаси юқорига қайрилади ва бачадон бўйни каналининг ички тешиги қаршисида бачадоннинг олдинги юзасига ўтади. Шундан қилиб, қовуқнинг орқа юзаси билан бачадоннинг олдинги юзаси ўртасида қорин парда бушлиғи пайдо бў-

лади. Бунга қовуқ ва бачадон оралиғи бўшлиғи (*excavatio vesicouterina*) дейилади. Қорин парда бачадон тубини қоплайди, унинг орқа юзасини олдинги юзага қараганда кўпроқ ёпади. Бунинг натижасида бачадоннинг ҳар икки ёнида бачадоннинг кенг бойламлари ҳосил бўлади.

Бачадон орқа юзасидан пастга тушгач, қорин пардаси қиннинг орқа гумбазини қисман ўрайди, кейин қайтадан юқорига кўтарилади ва тўғри ичакнинг олд ва ён томонларини ҳамда кичик чаноқнинг орқа ён деворларини қоплайди. Ниҳоят, юқорига, қорин бўшлиғининг орқа деворига ўтади. Қорин пардасининг бачадон орқа юзасини қоплаган қисми билан тўғри ичакнинг олдинги деворини қоплаган қисми ўртасида яна бир чуқур бўшлиқ (*excavatio recto-uterina*) ҳосил бўлади. Бунга тўғри ичак билан бачадон оралиғи бўшлиғи (чўнтаги) деб аталади. Бу чуқурча олдингисига нисбатан анча чуқур бўлади.

Бачадон ва унинг кенг бойламлари кичик чаноқ бўшлиғини 2 қисмга, яъни қовуқ билан бачадон (олдинги) ва бачадон билан тўғри ичак (орқадаги) оралиғига ажратиб туради.

АЕЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ҚОН ВА ЛИМФА БИЛАН ТАЪМИНЛАНИШИ

Ички жинсий аъзоларни қон билан асосан бачадон артерияси (*a. uterina*) ва тухумдон артерияси (*a. ovarica*), ташқи жинсий органларни эса уятли артериялар таъминлайди.

Бачадон артерияси асосан ички ёнбош артерияси (*a. iliaca interna*)дан ажралиб чиқади ва бачадон томонга йўналади (баъзан у киндик артериясидан ҳам чиқиши мумкин). У бачадон бўйини каналининг ички тешиги қаршисига етгач, бачадон найчалари томонга кўтарилади.

Бачадон артерияси бачадон бўйнидаги ички тешик соҳасидан тахминан 2 см нарироқда сийдик йўли билан кесинади.

Тухумдон артерияси (*a. ovarica*) бир жуфт, у аортанинг олд томонидан (чап артерия, баъзан буйрак артериясидан), буйрак артериясидан ва ундан бир оз пастроқдан чиқади ҳамда кичик чаноқ бўшлиғига

қараб йўналади. Ундан тухумдонни осилтириб ушлаб турувчи бойлам (liq. infundibulo-pelvicum liq. suspensorium ovarii) орасидан ўтиб, тухумдонга киради ва уни қон билан таъминлайди.

Тухумдон артериясининг охирги учи бачадон артериясининг учи билан қўшилиб, артериал равоқни ҳосил қилади.

Ички жинсий аъзоларнинг қон билан таъминланишида юқорида кўрсатилган 2 та асосий артериялардан ташқари, ташқи уруғ артерияси (a. spermatica ext. s. a. liq. testis) ёки юмалоқ бойлам артерияси ҳам иштирок этади.

Аёлларнинг ташқи жинсий аъзоси ташқи уятли артериялар (a. pudenda externa) орқали қон билан таъминланади. Ташқи уятли артерия сон артериясидан чиқади ва катта жинсий лабларга боради. Ички ёнбош артериядан бошланувчи ички уятли артерия (a. pudenda interna) чот соҳасида иккига ажралади. Булардан бири — art. clitoridis бирмунча йўғонроқ бўлиб, clitor-ни қон билан таъминлайди. Ички уятли артерия ўз навбатида бошқа аъзоларга, шу жумладан катта жинсий лабларга ҳам тармоқланади.

Ички жинсий аъзоларга борувчи ҳар бир артерия ёнида шу артерия номи билан жуфт веналар ҳам бўлади. Булар бачадон бўйни атрофидаги клетчаткада (parametrium) чигаллар ҳосил қилади.

Аёллар жинсий аъзосида лимфа тугунлари ва лимфа томирлари жуда кўп. Тананинг пастки қисмидан ва ички жинсий аъзолардан лимфа суюқлигини олиб кетувчи лимфа томирлари пастки ковак вена атрофидаги лимфа тугунлари томон йўналади.

Қиннинг юқориги учдан икки қисми бачадон бўйни ва бачадоннинг пастки қисмидан қорни ва ёнбош қон томирлари олдидаги лимфа тугунларига боради. Қиннинг пастки учдан бир қисми ҳамда ташқи жинсий аъзолардаги лимфа томирлари четдаги лимфа тугунларига боради. Бачадон танасининг лимфа томирлари юмалоқ бойламлар билан бирга чуқурда ётган чот лимфа тугунларига туташади.

АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ НЕРВ СИСТЕМАСИ

Аёллар жинсий аъзоларини идора қилувчи нервлар организмнинг бошқа соҳаларидагига нисбатан кўпроқ бўлиб, бунда симпатик ва парасимпатик ҳамда орқа миядан чиқувчи соматик нервлар иштирок этади. Орқа миёя нерв толалари билан қўшиладиган симпатик нервлар бачадонни идора қилишда асосий рол ўйнайди.

ТУҒРУҚНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Туғруқ физиологик жараён бўлишига қарамай, баъзан шундай патологик ҳолатлар учрайдики, бунда турли операция усулларидан фойдаланиш лозим бўлиб қолади.

Биз қуйида туғруқнинг клиник кечиши ҳақида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Баъзи аёллар туғишдан бир ҳафта олдин бачадон қисқаришини сезадилар. Аммо бу туғруқнинг «хабар берувчи» белгилари бўлиши мумкин.

Бачадон бундай қисқарганда унинг бўшлиғидаги босим ошмайди, сув парда таранглашмайди ва бачадон бўйнининг очилишига таъсир кўрсатмайди.

Туғруқ дарди одатда қорин пастиди ва бел соҳасида тутиб-тутиб турувчи, оғриқ билан бошланади. Бу аста-секин зўрайиб, анча тезлашади ва узоқроқ давом эта боради.

Туғруқ дарди 15—20 дақиқада тезлашиб, 10—8 дақиқа давом этса, бу туғруқ бошланаётганидан далолат беради. Тулғоқ бошланган аёл қоринининг ташқи кўринишини кузатган врач туғруқ дарди бошланганлигини аниқ айтиб бериши мумкин.

Туғруқ жараёни асосан 3 даврдан иборат.

Туғруқнинг биринчи даври (бачадон бўйнининг очилиш даври). Бу жараён биринчи ва қайта туғувчиларда турлича бўлади. Туғруқ бошланишида бачадон бўйни жуда юмшаб, ўз ҳолатини ўзгартиради. Одатда бачадон бўйнининг ташқи тешиги ҳали туғруққа тайёр бўлмаса, у қиннинг орқа гумбазига қараган бўлади. Туғиш жараёнига тайёрланиш даврида у аста-секин чаноқ ўқига туғри келиб қолади. У юмшаб ташқи тешигига битта бармоқни киргизиш мумкин бўлиб қолади. Шу белгиларга асосланиб, биз бачадон туғруққа тайёр деб ҳисоблаймиз.

Биринчи туғувчиларда бачадон буйинининг очилиши буйин каналининг ички тешигидан бошланади.

Бачадон буйини аста очилиб, бачадонининг ҳомила жойига қушилади. Натижада у калталашиб, ниҳоят ўз шаклини бутунлай йўқотади. Бу бачадон буйинининг текислашиш жараёни деб аталади.

Катта лиқилдоқ иккита пешона суяги ва иккита тепа суяк билан чегараланади, кичик лиқилдоқ эса ўқ ёйсмон ва энса чоклари бирлашган бурчакка жойлашган. Етилган ҳомилада кичик лиқилдоқ учбурчак шаклида бўлади. Катта лиқилдоққа келадиған тўртта чокнинг ҳар бири лиқилдоқнинг шу чок томонидаги бурчагининг давоми бўлади. Етилган ҳомила боши қуйидаги тўғри, кўндаланг ва айланма ўлчамлар билан ўлчанади.

1. Пешона суягидаги икки қош оралиғидан (*qlabella*) энса суяк дўмбоғигача бўлган масофа тўғри масофа (*diameter frontooccipitalis*) дейилади. У 12 см га тенг.

Шу икки ўлчам буйинча ўлчанганда бош айланаси 34 см га тенг келади.

2. Энгакдан энса суягининг энг узок нуқтасигача бўлган оралиқ катта қийшиқ масофа (*diameter mento-occipitalis*) дейилиб, 13—13,5 см га тенг. Шу нуқталар буйинча ўлчанган бош айланаси 39—42 см келади.

3. Энса чуқурчасидан (энса дўмбоғидан пастда) катта лиқилдоқ ўртасигача бўлган оралиқ кичик қийшиқ масофа (*diameter suboccipitobregmaticus*) дейилади. Унинг узунлиги 9,5 см бўлиб, шу ўлчам нуқталари буйинча бош айланаси 32 см келади.

4. Тепа суяклар дўмбоғининг энг узок оралиғи катта кўндаланг масофа (*diameter biparietalis*) дейилади, у 8,5 см га тенг.

5. Чакка суякларининг энг узок нуқталари ораси кичик кўндаланг масофа (*diameter bitemporalis*) бўлиб, 8 см га тенг.

6. Тил ости соҳасидан катта лиқилдоққача бўлган тик оралиқ эса (*diameter verticalis*) 9,5 см га тенг. Бу ўлчам нуқталари буйинча бош айланаси 32 см.

Етилган ҳомила танаси қуйидагича ўлчанади:

1. Икки елканин г кўндаланг оралиғи (*diameter*

biacromialis) 12 см га тенг бўлиб, елканинг шу ўлчам бўйича айланаси 35 см келади.

Думбаларнинг кундаланг оралиғи (diameter biliacalis) 9-9,5 см га тенг. Шу ўлчам бўйича думбаларнинг айланаси 27—28 см келади.

Симпатик нерв системасининг аортадаги чигалидан (plexus hypoqastricus) симпатик нерв толалари чиқиб, қуёш чигали толалари билан қўшилади ва V бел умуртқаси юзасида қорин усти чигали (plexus hypoqastricus superiор)ни ҳосил қилади. Бу чигал пастга ва ён томонга давом этиб, чап ва ўнг пастки қорин чигаллари (plexus hypoqasticus sinister et dexter)ни ҳосил қилади. Сўнгра у бачадон бўйи каналининг ички тешиғи қаршисидаги клетчатка ичидаги бачадонқин чигали (plexus utero-vaqinalis) нинг толалари билан қўшилади. Пастки қорин чигали (n. pelvicus) нервлари бачадондан ташқари тўғри ичак, қов, сийдик чиқариш йўли ва қинни идора қилади.

Чаноқдаги парасимпатик нервларнинг шоҳлари бачадонқин чигали (plexus utero-vaqinalis)га қўшилиб, бу икки системанинг толалари қин, бачадон, қов ва бачадон найчаларининг ички (меднал) ярмини идора қилади. Тухумдон чигалидан (plexus ovaricus) чиқувчи нервлар тухумдонни ва бачадон найчаларининг ташқи (латерал) ярмини идора қилади ва бачадонқин чигалига боради.

Ташқи жинсий аъзоларни ва чаноқ тубини уятли нерв шоҳлари идора қилади. Бачадонда, бачадон найчалари деворида ва тухумдоннинг мия қаватида жойлашган нерв толалари интерорецепторлар, ташқи аъзолардан қабул қилиб олувчи нерв учлари эса, экстрорецепторлар деб аталади.

Жинсий қўзғалиш (қитиқланиш) ташқи муҳитдан ички жинсий аъзо рецепторлари орқали қабул қилинади ва бу сезгилар марказий нерв системасига нерв толалари орқали боради.

Жинсий аъзоларга марказдан нерв толалари орқали қайтиб келган импульслар мускулларнинг қисқаришини, безларда суюқлик ишланиб чиқишини вужудга келтиради.

Бачадон рецепторлари қўзғалган вақтдаги реакция организмдаги бошқа интерорецептор каби умумий қонунларга бўйсунди. Акушерликда ҳомиланинг ривож-

ланиши билан боғлиқ бўлган она организмнинг реф-
лектор реакцияларини яхши билиш катта аҳамиятга
эгадир.

КИЧИК ЧАНОҚНИНГ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ (ЧАНОҚ ТУБИ)

Чаноқ тубидаги мускулларнинг кичик чаноқ ичида-
ги аъзоларнинг нормал жойлашишида аҳамияти кат-
та. У чузилиб, туғиш йўли каналига қўшилади ва ҳо-
миланинг туғилишини осонлаштиради. Чаноқнинг бу
қисми мускул фасцияларидан ташкил топган бўлиб,
энига томон чузилган. Мускуллар бир-бирига черепи-
часимон ҳолда жойлашиб, кичик чаноқнинг чиқиш йў-
лини бекитиб туради. Юмшоқ тўқималар уч қаватдан
иборат. Агар ташқи жинсий аъзо ва чот оралиғидан
тери ҳамда тери ости мойлари олиб ташланган деб
фараз қилсак, у ҳолда биз чаноқ тубининг пастки би-
ринчи қават мускулларини кўрамиз. Бу мускуллар
тўрт томондан ўртага (марказга) томон йўналади ва
бойламлар билан ўзаро бирлашади. Бу жой бойлам
маркази (*setrum tendinum*) деб аталади. Чаноқ туби
қуйидаги уч қават мускулдан иборат:

а) пастки қават учта мускулдан, яъни *m. bulbo-
cavernosus*, *m. ischio-cavernosus* ва бир жуфт *m. transver-
sus perinei superficialis* дан иборат. Бу учала мускул-
нинг жойлашиши «саккиз» (8) рақамини эслатади. Бун-
дай жойлашиш чаноқ тубига мустаҳкамлик беради.

Чаноқ тубининг пастки қаватида юқорида айтиб
ўтилган мускуллардан ташқари, жуфт *m. ischio cavern-
osus* ҳам киради. Бу мускул қўймич дўмбоғидан кли-
торнинг ғовак танаси томон йўналган бўлади;

б) чаноқ тубининг ўрта қавати учбурчак фасциал
мускул пластинкасидан иборат бўлиб, гўё қов равоғига
ўрнатиб қўйилганга ўхшайди.

Бу мускул пластинкасининг сийдик-таносил диа-
фрагмаси (*diaphragma urogenitale*) деб аталади. Сий-
дик-таносил диафрагмаси иккита мускулдан, яъни чот
оралиғидаги чуқур кўндаланг мускул (*m. transversus
perinei profundus*) ва сийдик чиқариш канали билан
қинни қисувчи (*m. sphincter urethro-vaginalis*) мускул-
лар тўпламидан иборат. Булар бир томондан сийдик
йўлини ва иккинчи томондан қинга кириш тешигини
ўраб туради;

в) чаноқ тубининг устки (чаноққа нисбатан ички) қаватини орқа тешикни кўтарувчи мускул (*musculus levator ani*) ёки чаноқ тўсиғи (*diaphragma pelvis*) деб аталган мускул ташкил қилади. Бу мускул ўзининг икки оёғи билан қинни ва сийдик чиқариш йўлини икки томондан ҳамда тўғри ичакни орқа томондан ушлаб туради. Бу мускулнинг 3 та шохи бўлиб, булар *pubococcygea*, *ilio coccygea*, *ischio coccygea* деб юритилади. Шохлар дум суягига ёпишган. Бу мускул-чаноқ тубининг энг асосий мускули ҳисобланади. Тўғруқда мускулнинг йиртилиши иккинчи даражали йиртилиш ҳисобланади. Бунда уни албатта тикиш керак бўлади, акс ҳолда жинсий аъзолар топографиясига путур етади.

IV БОБ

АЁЛЛАР ЧАНОҒИ

Чаноқ тана ҳолатини нормал сақлабгина қолмай, тўғруқ вақтида ҳомила ўтадиган йўл сифатида ҳам унинг аҳамияти каттадир.

Аёллар чаноғи тўртта суякдан, яъни иккита номсиз, битта думғаза ва битта дум суягидан иборат бўлиб, улар ўзаро тоғайлар ва бойламлар ёрдамида бирикади.

Номсиз суяк ёки чаноқ суяғи (*os innominata seu*) соҳсен учта суякдан, яъни ёнбош, қўймич ва қов суягининг бирикшидани ҳосил бўлади. Бу учта суяк қўшилган жойнинг ташқи томонида катта дўнг бўлиб, у қўймич дўмбоғи (*acetabulum*) деб аталади.

Ёнбош суяк билан қов суяғи таналари қўшилган жойда кўтарма жой бўлиб, у эгилиб ёнбош суякни қундалангига кесиб ўтади. У *linia arcuata* деб аталади. Бу чизик катта ва кичик чаноқ бўшлиқларини чегараловчи умумий чизик (*lin. innominata s. terminalis*)ни ҳосил қилишда иштирок этади.

Ёнбош суяк қанотининг устки чети қалинлашган бўлиб, у ёнбош суяк қирраси (*crista iliaca*) деб аталади. Бу қирра ички ва ташқи қисмдан ва учта чизикдан иборат. У мускул бойламини ёпиш учун хизмат қилади.

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

Олдинги ва орқадаги бу устки ўсиқлар остида шу номдаги остки ўсиқлар бор (*spina iliaca anterior inferior, spina iliaca posterior inferior*).

Орқадаги пастки ўсиқ тагидан катта қўймич кемтиги (*incisura ishiadica major*) бошланиб, у қўймич ўсиғи (*spina ishiadica*) билан тугайди. Бу ўсиқ остида эса кичик қўймич кемтиги (*incisura ishiadica minor*) бор. Бу кемтик қўймич дўмбоғи (*tuber ishiadicum*) билан тугайди.

Ёнбош суяк қанотининг ички томондаги катта чуқурли орқасида қулоқ супраси шаклидаги бўғим юзаси бўлиб, бу юза ёрдамда ёнбош суяк думғаза суяғи билан бирикади.

Қўймич дўнгининг олдинги томони ингичкалаша бориб, қўймич суягининг шоҳи (*ramus ossis ishiii*)га айланади ва қов суягининг пастки шоҳи (*ramus inferior ossis pubis*) билан қўшилади. Қўймич суяғи билан қов суягининг пастки ва устки шохлари ўртасида катта ёнувчи тешик (*foramen abtura torium*) ҳосил бўлади. Унг ва чап қов суяклари ўрта чизикда бири бири билан қўшилиб, қов бирлашмаси (*symphysis*)ни ҳосил қилади.

Думғаза суяғи (*os sacrum*) ўзаро битишиб кетган бешта умуртқадан иборат бўлиб, улар турли катталикда бўлади. Умуртқалар пастга томон кичрайиб ва энсизланиб боради. Шунинг учун думғаза суяғи пастга томон торайиб, узунчоқ учбурчак шаклида бўлади. Биринчи думғаза умуртқасининг усти (думғазанинг асоси) кенг текисликдан иборат бўлиб, бу текислик ёрдамида думғаза бешинчи бел умуртқаси билан қўшилади. Бу иккита умуртқа туташган жойда чанноқ ичига қараган дўнг (*promontorium*) пайдо бўлади. Думғаза суягининг энсиз жойи (чўққиси) пастга қараган бўлади ва дум суяғи билан қўшилади. Думғаза суягининг олдинги юзаси чуқурлашган, орқа юзаси эса узунасига ва кўндалангига дўппайган, эгри-бугри бўлади. Унинг орқа юзасида умуртқаларнинг орқа кўндаланг ва бўғим ўсимталарининг қўшилиши туфайли бешта бир-бирига параллел турган бўйлама қирралар ҳосил бўлади. Думғаза суягининг икки ён томонида

қулоқ суыраен шаклидаги бұғим юзаси бор. Бу юзалар ёрдамида думғаза суяги чаноқ суяги билан бұғим ҳосил қилади. Думғаза суягининг олд ва орқа томонида жуфт тешиклар (*foramina sacrali*) бўлиб, бу тешик думғаза каналли билан туташган.

Дум суяги (*cos coccygeum*) бешта кичик умуртқадан иборат. Унинг биринчи умуртқаси бошқаларига нисбатан бирмунча ривожланган бўлади. Дум суяги учидаги охириги умуртқа унча ривожланмаган.

Чаноқ суяқлари турли бұғимлар орқали бир-бири билан бирикеди.

1. Қовуқ бирикмаси (*Symphysis ossis pubica*) иккита қов суягининг бұғим юзаси ёрдамида ҳосил бўлади. Бу юзалар орасида тоғай пластинка бўлиб, унинг ичида торгина бўшлиқ бор. Шунинг учун бу бирикма ярим бұғим деб аталади. Унинг ҳаракати жуда чегараланган бўлади. Тор чаноқда ҳомила бошининг чаноққа кириши қийинлашса, Валхер кўрсатмаси бўйича туғаётган аёлнинг оёқларини столдан пастга осилтириб қўйиш зарур. Шунда қовуқ бирикмаси 0,5 см очилди, ҳомила бошининг чаноққа кириши осонлашди. Аммо бу усулдан деярли фойдаланилмайди.

2. Думғаза ва ёнбош суяк бұғими (*articulatio sacroiliaca*) апомартроз думғаза суяги ва ёнбош суякдаги қулоқсимон юзаларнинг қўшилишидан ҳосил бўлади. Унда ҳаракат деярли бўлмайди.

3. Думғаза ва дум бирикмаси (*synchondrosus sacrococcygea*) қимирламайдиган бирикмалар жумласига кирса-да, икки суякни қўшиб турувчи фиброз тоғайнинг чўзилувчанлиги ҳисобига ҳомила боши туғилиш жараёнида орқага 1½ см силжийди. Бундай силжиш туғиш вақтида жуда муҳимдир.

ЧАНОҚ СУЯГИ ҲАМДА АЪЛАМЛАРИ

Аёллар чаногини икки қисмдан: катта ва кичик чаноқдан иборат.

Буларнинг ҳар иккаласини номсиз ёки чегара чизиги (*lin. innominata seu terminalis*) ажратиб туради, деб айтиб ўтган эдик.

Катта чаноқ акушерлик нуқтан назаридан кичик чаноққа нисбатан аҳамиятсизроқдир.

Баъзи акушерлар катта чаноқни кичик чаноқнинг

«ойнаси» деб ҳисоблайдилар. Чунки катта чаноқнинг баъзи ўлчамларига қараб кичик чаноқ ўлчамларини тахминан айтса бўлади. Катта чаноқ (*pelvis major*) орқадан охириги бел умуртқаси, ёндан суяклар билан чегараланиб, олд томонида суяклар бўлмайди. У қорин девори билан қопланган. Шунга кўра ҳомиладорликда бачадон ва қорин девори ҳеч қандай тўсиқсиз чўзилаверади. Кичик чаноқ (*pelvis minor*) шакли қирқилган учбурчакка ўхшайди. Кичик чаноқнинг олдинги девори қов суяги ва симфиз, орқаси думгаза ва дум суяги, ёндан қуймич суяклари билан чегараланган.

Кичик чаноқнинг олдинги девори орқа деворидан 3 баробар калта (олдинги девори 4—4,5 см, орқа девори 12,5—13 см). Кичик чаноқнинг ён томонлари қорин парда ва иккита бойлам (*liq. sacrospinosa*, *liq. sacrotuberosa*) билан қопланган. Чегараланган тешик қуймич ўймаси (*incisurae ischiadicae*)ни ҳосил қилади. Шундай қилиб, кичик чаноқ ҳамма томондан суякдан ташкил топган. Туғруқда чаноқ ўлчамларини аниқлаш катта аҳамиятга эгадир.

КАТТА ЧАНОҚ ЎЛЧАМЛАРИ

Нормал чаноқнинг ташқи ўлчамини аниқлаш билан кичик чаноқ ўлчамларини ҳам тасаввур қилиш мумкин бўлади. Чаноқнинг ташқи ўлчами одатда ётган ҳолда ўлчанади. Бунинг учун тос ўлчагичдан фойдаланилади. Аёл кушетка ёки кравотга чалқанча ётади, акушер эса аёлни унинг томонида унинг юзи томонга қараган ҳолда ўтиради. Чаноқ ўлчагичнинг икки оёғини иккала қўлига олади, кўрсаткич ва катта бармоқлар билан унинг учигаги тугмалардан ушлайди ва ўлчашга киришади.

1. Икки ёнбош суякнинг олдинги устки ўсиқлари ораси (*distantio spinarum*) 25—26 см, устки қиррасининг энг узоқ нуқталари ораси (*distantio cristarum*)—28—29 см, сон суягининг катта трохантерлари (катта кўстлари) орасидаги масофа (*distantio trochanterica*) 30—31 см га тенг бўлса, меъёр ҳисобланади. Терн осни ёғ қавати қалин бўлган аёлларнинг катта трохантерини (сон суягининг катта боши) пайпаслашда қийинчилик туғдиради. Бундай ҳайтда аёлдан аввал бир оёғини, кейин иккинчи оёғини суриши талаб қилинади ва

шу ҳаракат вақтида трохантер — кўстини бармоқ билан пайнаслаб топишга ҳаракат қилинади.

Ташқи конъюгата (*conjuncta externa*) ёки Боделок диаметрини ўлчаш учун аёл ёнбошига ётқизилади. Аёл настадаги оёғини чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букади, юқори оёғини узатган ҳолда тос ўлчагичнинг бир учи тугмаси симфизнинг юқори қисмига, иккинчиси эса думғаза ромби (Михайлес ромби)нинг юқори бурчагига қўйилади. Агар ромб унча билинмаса, кўрсаткич бармоқни бел умуртқаси бўйлаб сурилганда бармоқ чуқурчага тушади. Бу бел умуртқасининг думғаза билан бирлашган қисмидир. Бу ўлчов 20—21 см га тенг бўлиб, бунинг ёрдамида кичик чаноқнинг тўғри ўлчамини билиш мумкин. Бундан 9 см олиб ташланса (суяк ва юмшоқ тўқима қалинлиги), кичик чаноқ кичиришининг тўғри ўлчами чиқади.

КИЧИК ЧАНОҚ ЎЛЧАМЛАРИ

Кичик чаноқ акушерлик нуқтаи назаридан туғиш йўли ҳисобланади. Кичик чаноқ юзаси қов суяги ва симфиз четлари билан, орқадан думғаза дўнги (*promontorium*), ёнидан номсиз чизик билан катта чаноқдан чегараланади.

Кичик чаноқнинг кириш юзаси геометрик тузилган. Кичик чаноқ бўшлиғида 4 та сатҳ мавжуд:

1. Чаноққа кириш қисми.
2. Чаноқнинг кенг қисми.
3. Чаноқнинг тор қисми.
4. Чаноқдан чиқиш қисми.

Чаноққа кириш қисми тўғри, кўндаланг, жуфт қийшиқ ўлчамлардан иборат. Чаноққа кириш қисмининг тўғри ўлчови — чин конъюгата (*conjuncta vera*). чаноқнинг чиқиб турган четлари олдиндан симфиз ва думғаза дўмбоғи (*promontorium*) оралиғи билан ўлчанади. Бу ўлчов 11 см га тенг. Чаноқнинг анатомик тўғри ўлчови (*conjuncta anatomica*) чин конъюгатадан 0, 5 см камдир.

Кичик чаноқнинг тўғри ўлчами 2 усулда аниқланади:

1. Ташқи конъюгата (*conjuncta externa*) дан юқорида айтиб ўтганимиздек 9 см олиб ташланса, тўғри ўлчов чиқади.

2. Диагонал коньюгата (*conjugata diagonalis*). Бунинг учун ўнг қўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоғини асептик шароитда қинга киритиб, думғаза дўмбоғи (*promontorium*) томон йўналтирилади. Одатда бармоқлар думғаза дўмбоғига етмайди. Мабодо етса, унда қўлнинг бош бармоғи билан кўрсаткич бармоқ ораллиғи қов суяғи остига тақалади. Шу тақалган ерни чап қўл билан белгилаб олиб, кейин ўнг қўл қиндан чиқарилади. Кейин ёрдамчи тос ўлчагич ёки сантиметр лентаси билан бармоқ учи ёрдамида белгиланган жойгача ўлчанади. Агар у 13 см га тенг бўлса (бу ўлчамдан кам бўлса, анатомик тор чаноқ бўлади), ундан 2 см олиб ташланса, чин коньюгата (*conjugata vera*) чиқади.

Кичик чаноқ кириш қисмининг қийшиқ ўлчовлари — бу ўлчов орқадан думғаза ва ёнбош қўшилган бўғимлар билан ёнбош ва қов суякларини бириккан дўмбоқ (*imminentio ilio pubica*) ораллиғидир. Бунинг 2 та ўлчови бор, биринчиси ўнг қийшиқ ўлчов — бу ўнг томондаги думғаза ва ёнбош бўғимидан қов дўмбоғи орасигача, чап қийшиқ ўлчов чап томондаги думғаза ва ёнбош бўғимидан ўнг томондаги ёнбош ва қов дўмбоғи орасигача. Ҳар бир қийшиқ ўлчов 12 см га тенг.

Кичик чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчами 13—13,5 см га тенг. Бу чин коньюгатага перпендикуляр равишда кесиб ўтади. Кичик чаноқнинг кенг сатҳи олдиндан симфизнинг ўрта қисми билан, орқадан II ва III думғаза ораллиғи тўғри ўлчами билан 12,5 см га тенг. Кўндаланг ўлчами — қуймич юзаси ораллиғи ҳам 12,5 см га тенг.

Чаноқнинг кенг қисми думалоқ шаклда бўлади. Чаноқ бўшлиғининг тор сатҳи олдиндан симфизнинг пастки чети, орқадан думғаза суягининг пастки ораллиғи ҳисобланади. Бунинг тўғри ўлчами — симфиз ва думғаза суякларининг (*art. sacro-coccygea*) соҳаси пастки қисми ораллиғи 11,5 см бўлади. Кўндаланг қирраси ораллиғи 10,5 см га тенг. Тор сатҳи овал шаклда — тўғри ўлчам кўндаланг ўлчамдан кўп бўлади.

Чаноқ чиқиш қисмининг (тубининг) юзаси симфизнинг пастки чети билан қуймич дўмбоғи ва дум суяғи учини ораллиғи ҳисобланади. Чаноқнинг чиқиш қисмида ҳам 2 та — тўғри ва кўндаланг ўлчамлар бор. Бу юза-

да қийшиқ ұлчам йуқ, туғри ұлчам симфизининг пастки четидан дум суягининг учигача бұлган оралық ҳисобланади. У 9—9,5 см дир.

Тугруқ жараёнида ҳомила боши ва елкаси туғилишида думгаза ва дум суягини бириктиривчи бугим қисман кузгалувчан бұлгани сабабли дум суяги орқага сурилиб, бу ұлчам 11—12 см га етади.

Чаноқ чиқиш қисмининг кундаланг улчами қуймиш суягининг ички юзаси оралығи бўлиб, у 11 см га тенг. Кичик чаноқнинг ҳамма улчамлари билан чатишган ерда чаноқ уқи ҳосил бўлади. Бу уқ думгаза букилма-сига мослашган бұлгани сабабли букилган ҳолда бўлади.

ЕТИЛГАН ҲОМИЛАНИНГ БОШ УЛЧАМЛАРИ

Чақалоқнинг бош улчамини аниқлаш тугруқни туғри бошқаришида катта аҳамиятга эга. Чунки ҳомила боши тугруқ объекти ҳисобланиб, кўп ҳолларда ҳал қилувчи ўрни тутати.

Чақалоқнинг боши икки қисмга, яъни унча катта бўлмаган юз қисми ва катта ҳажмли мия қисмига бўлинади. Бошнинг мия қисми 7 та суякдан: 2 та пешона, 2 та бош тепаси, 2 та чакка ва битта энса суягидан иборат. Чақалоқ бошнинг мия қисмидаги суяк қирғоқлари (четлари) бир-бирига тегиб турса-да, уларнинг четидаги чоклари ҳали яхши тараққий этмаган ва бир-бирининг орасига мустаҳкам кирмаган бўлади. Чокларнинг бундай мустаҳкамланмаганлиги туғиш вақтида суякларнинг бир-бири устига мингашиб (бошнинг конфигурацияси — шаклини ўзгартириши) бошнинг бир-мунча кичрайишига ва туғишни осонлаштиришга имкон беради. Аммо бош мияга таъсир кўрсатмайди.

Мия қисми суяклари чақалоқ туғилишига қадар тула суякланиб етмаганлиги сабабли бир-бири билан қушилувчи суякларнинг бурчакларида (бир неча лиқилдоқлар) оралықлар қолади. Бу (*fontaculum*) лиқилдоқ деб аталади. Бу лиқилдоқлар ҳам туғиш вақтида чақалоқ бошнинг кичрайишига ва туғиш йўлидан осон ўтишига имкон беради.

Акушерлик амалиётида қуйидаги чоклар амалий аҳамиятга эга:

1. Пешона суягининг қушувчи иккита пешона чоки (*sutura frontalis*).

2. Иккита бош тепа суягини қўшиб, олдиндан катта лиқилдоққача, орқадан кичкина лиқилдоққача етадиган уқ-ёйсимон чок (*sutura saqitalis*).

3. Бошнинг икки томонида пешона ва тепа суякларини қўшувчи чок (*sutura coronalis*).

4. Энса ва тепа суякларининг энса чоки (*sutura lumboides*).

5. Бошнинг ҳар икки томонида чакка ва тепа суякларини бирлаштирувчи чок, чакка чоки (*sutura temporalis*).

Акушерлик тажрибасида катта ва кичик лиқилдоқлар муҳим аҳамиятга эга.

Катта лиқилдоқ (*ionisculus magnus*) пешона чоки билан уқ-ёйсимон чокнинг бирлашган жойида ҳосил бўлади. Бу лиқилдоқлар фақат фиброз пардадан иборатдир.

Катта лиқилдоқ ўткир бурчаги билан пешонага, тўмтоқ бурчаги билан энсага қараган ромб шаклида бўлади.

Бачадон бўйни текислангандан кейин унинг ташқи тешигига одатда 1—1,5 бармоқни киритиш мумкин бўлиб қолади. Бўйин четлари буида юққалашиб, қўзилувчан бўлиб қолади. Қайта туғувчиларда бачадон бўйнининг ҳар икки тешиги бир пайтда очилади, очилган даврида у катталаша боради. Очилган бачадон бўйни орқали қоғоноқ аниқланади, у дард тутганда тараंगлашади. Бачадон бўйнининг очилиш даражаси сантиметр билан белгиланади. Агар бачадон бўйни 10 см бўлса, бу унинг тўла очилганидан далолат беради (1-жадвал).

Бачадон бўйни очила бошлаши билан қоғоноқ осон аниқланади. Ҳар бир тўлғоқда бачадон ичидаги босим оша боради, шунга кўра ҳомила пуфаги ҳам шу бачадон бўшлиғи шаклини олади. Ҳомила тухумининг ўз шаклини бундай ўзгартиришига қоғоноқ суви сабаб бўлади. Дард тутганда бачадон ичидаги босим ошади ва қоғоноқ бачадоннинг ички бўйни қисмига сурилади. Одатда шу пастки қисмда ҳомиланинг бирор йирикроқ қисми жойлашган бўлади (ҳомила кўндаланг келганда бу ҳолат кузатилмайди, чунки олдинда келувчи қисми бўлмайди). Ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида кенгая бошлаган бачадоннинг пастки қисми ҳар дард тутишида янада кўпроқ кенгаяди.

Бачадон ичидаги босим оша борган сари пастки қисм янада кенгая боради (туғруқ дарди бўлмаганда

Тугруқ жараёни бошланишидан олдин жинетий аъзоларда рўй берадиган ўзгаришлар (М. С. Малиновский бўйича)

Жинсий аъзолар	Биринчи туғувчиларда	Кўп туққанларда
Vulva Humer Vagina portio vaginalis colli uteri Canalis cervicalis colli uteri	Кам йиртилган ёки йиртилмаган Coagulae huminalis Тор ва ғадир-будир Юмшоқ, юмшаган, думбайган	Йиртилган, кўпинча чандиқлар бўлади. Coagulae multiformes Кенг ва текис Юмшоқ, аниқ орқа ва олдинги булакларга бўлинган
47 Orificium externum	Тик ҳолатда, шу ҳолатда бачадон бўйни очилгунча қолади Одатда ҳомиладорликнинг X ойигача берк бўлиб, баъзан тугруқ олдидан бир бармоқ учи кирадиган даражада очиқ бўлиши мумкин	Воровкасимои шаклда, кенг қисми қиёга, тор қисми бачадон бўшлиғига қараган Ҳомиладорликнинг III ойдан бошлаб бир оз очиқ, VII ойида бармоқни киритиш мумкин. IX ойида бармоқ бутун канал бўйича кира олади. X ойида канал бўйинининг ички тешигига ҳам бармоқ киради ва ҳомила бошининг чоки ва лиқилдоғини пайпаслаб бўлади.
Orificium interna Ҳомила боши	Бачадон бўйни очилгунча берк бўлади, чаноқ киришига қаттиқ суқилган	Чаноқнинг кириш қисмидан юқорида қи-мирлаб туради. <i>(юқорига қаралин)</i>

ҳомила олди суви ичидаги босим 7,8—10 мм симоб устунига тенг бўлади. Дард тутган пайтда эса 50—90 мм симоб устунига тенг бўлиб қолади). Шу сабабли қоғоноқ бачадон бўйни томонга сурилади. Одатда шу пастки қисмда ҳомиланинг бирор йирикроқ қисми жойлашган бўлади.

Бачадон ичидаги босим ошган сари бачадон бўйни каналининг юқори қисми ҳам воронкага ўхшаб аста-секин кенгайди. Бачадон ичидаги босим туфайли қоғоноқ шу воронкага ўхшаб кенгайган қисмга суқилади ва бачадон бўйни канали девори ичига жойлашган нерв толаларини қитқлаб, тўлғоқнинг янада зўрайишига сабаб бўлади. Тўлғоқ кучая бориши натижасида таранглашган ҳомила пуфаги бачадон бўйни каналига суқилиб киради ва унинг очилишини тезлаштиради.

Унинг кетидан ҳомила боши борган сари пастга сурилиб, маълум вақтга етганда у бачадон бўйни ва чаноқнинг кириш қисмига шундай суқилиб қоладикки, навбатдаги тўлғоқ тутинида ҳомиланинг орқасидаги сув олдинидаги сувга аралаша олмайди. Ҳомиладан олдинида турувчи сувга қоғоноқ сувининг олдини қисми, ҳомиладан юқорида турувчи сувга эса ҳомила орқа суви дейилади. Олдинидаги сув бирмунча кўпроқ бўлади.

Агар ҳомиланинг олдинида келувчи қисми чаноқдан юқорида турган бўлса, бундай ҳолда ҳомила олди суви, юқорида айтилганидек, икки қисмга бўлинмайди. Бундай ҳолда қоғоноқ бачадон ичидаги босимга бардош бера олмай ёрилганида олдини ва орқадаги сув бутунлай кетиб қолади.

Баъзан дард бошланмасдан туриб ҳомила пуфаги ёрилиши мумкин. Бунга қоғоноқ сувининг вақтидан илгари кетиши дейилади. Айрим вақтларда қоғоноқ пардаси бачадон бўйни тўла очилмай туриб, ёрилиши мумкин. Кўпинча қоғоноқ пардаси бачадон бўйни 4—5 бармоқ кенглигида очилгандан кейин ёрилади. Баъзан қоғоноқ парда бачадон бўйни тўла очилгандан кейин ҳам ёрилмаслиги мумкин. Бунга қоғоноқ пардасининг кечикиб ёрилиши дейилади. Бу ҳол қоғоноқ пуфаги қалинлигини кўрсатади.

Агар қоғоноқ парда ўз вақтида ёрилмаса, ҳомилادا асфикция (кислород танглиги туфайли бўғилиб қолиш) рўй бериши мумкин. Шунинг учун парданинг ёрилишини кутиб ўтирмай, агар бачадон бўйни тўла

очилган бўлса, қоғоноқ парда луфагини қўл ёки асбоб билан ёриш керак бўлади.

Биринчи ва қайта туғувчи аёлларнинг бачадон бўйни турлича очилади. Шунга кура уларнинг туғиш жараёни ҳам турлича давом этади. Биринчи марта туғувчиларда аввало бачадон бўйнининг ички тешиги, сўнгра каналнинг ҳаммаси текисланиб, сўнгра ташқи тешиги очилади деб айтиб ўтган эдик.

Ички тешик билан бўйни канали очилиши натижасида бачадон бўйни борган сари калталашади. Бачадон бўйни қисқариши натижасида унинг қиёга кириб турувчи қисми аста-секин кичраиб, йўқола боради. Бу ҳолат бачадон бўйнининг текисланиши деб аталади.

Бармоқлар ёрдамида қин орқали текширганда бачадон бўйни ўрнида қўлга баъзан юпқа айланма пластинка илинади.

Такрор туғувчи аёлларнинг бачадон бўйни бошқача бўлади ва бошқача очилади. Бачадон бўйнининг ташқи ва ички тешиги бир вақтда очилади деб айтиб ўтган эдик. Бунда бачадон бўйни бир вақтнинг ўзиде калталаниб боради ва текисланади. Такрор туғувчиларда бачадон бўйни биринчи туғувчилардагига қараганда тезроқ очилади.

ТУҒРУҚ ДАВРЛАРИ

Туғруқнинг биринчи даври биринчи туғувчиларда 12—17 соат, қайта туғувчиларда 6—9 соат давом этади.

Ҳомила бошининг чаноқ кириш қисмига суқилиб кириш даражаси ташқи томондан ва қин орқали текшириш йўли билан аниқланади. Бунда ҳомила бошининг қанча қисми кичик чаноқ кириш қисмидан пастда экани чаноқ ичига суқилганлик даражасига қараб аниқланади.

Агар ҳомила боши чаноқ кириш қисмидан юқориде турса, бу ҳомила боши ҳали яхши жойлашмаганидан дарак беради. Бунда бош билан қов суягининг қўндаланг шохи орасига ҳар иккита бармоқни осонликча киритиш мумкин.

Агар ҳомиланинг боши кичик чаноқ кириш қисмига суқилиб кирган бўлса, уни пайпаслаб кўрганда қимирлатиб бўлмайди.

Ҳомила бошининг сегменти нима? Ҳомила боши

овал шаклга эга. Агар бошни энг катта диаметри буйнча кесилса, бунда овалнинг урта сатҳи энг катта ўлчов бўлади. Энг катта сатҳ бошнинг урта сатҳидир.

Ҳомила бошнинг урта сатҳи—унинг айланаси шартли равишда катта сегмент деб юритилади. Катта сегментдан юқорида бўлган юза кичкина сегмент деб аталади. Ҳомила боши ёзилиб келганда унинг катта сегменти турлича ҳолатда бўлади.

Ҳомила бошнинг қайси қисми кичик чаноқ кириш қисмига суқилиб киришига қараб унинг туғруқ канали буйнча сурилаётганини аниқлаш мумкин.

Бунинг учун қорин девори орқали, лозим бўлганда қин орқали текширилади. Қин орқали текширилганда ҳомила бошнинг пастда турган қисмини қуймич суяклар ўсимтасига нисбатан мувозанати аниқланади (кичик чаноқнинг тор қисми). Ҳомила бошнинг кичик чаноқ кириш қисмига суқилиб кириш босқичлари қуйидагича бўлади: ҳомила бошнинг пастки юзасини қинга суқилган бармоқлар билан пайпаслаб кўриш мумкин. Агар бармоқ унлари билан ҳомила бошини юқорига итарсак, у осон кўтарилади. Ташқаридан қараганда ҳомила боши букилиб-очириб келганида ҳам текширувчи кафт юзаси билан унинг чаноқ ичига суқилиб турганини, букилиб келганда эҳса соҳаси чаноқнинг номсиз чизигидан (*lin. innominata*) $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ бармоқ, юз томонидан эса 4—5 бармоқ юқори турганини аниқлайди.

Қин орқали текширилганда чаноқ суягининг чаноқ ичига қараган дунгига (*promontorium*) бармоқларни букилган ҳолатда яқинлаштириш мумкин бўлади. Бунда бошнинг олдинда келувчи қисми қуймич дўмбоғидан 1—2 бармоқ юқорида бўлиб, қинга киритилган бармоқлар орқали уни қийинчилик билан юқорига итариш мумкин бўлади.

Ташқаридан текширилганда иккала кафт юзасини бошга тақаб ушлаганда бир-бири билан учрашади. Гуё катта чаноқ ташқарида ўзининг улушлари билан ўт-кир бурчак ҳосил қилади.

Эҳса суяги чаноққа кириш қисмидан қисман (1—2 бармоқ), юз қисми $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ бармоқ юқори туради. Қин орқали текширилганда думғаза чуқурчасининг юқори қисмида ҳомила боши жойлашгани билинади. Бошнинг пастки юзаси қуймич юқорисидан 1— $1\frac{1}{2}$ бармоқ пастда бўлади. Ҳомила бошнинг чаноққа кириш қисмига ва

бачадон бўйнига ҳамма томондан тегиб турган жойида тақалиш камари ҳосил бўлади. Бу камар қов суягининг юқори ярмида ва биринчи думгаза суяги оралигида вужудга келади.

Ташқаридан текширганда бошнинг энса қисми аниқлашмайди, юз қисми 1—2 бармоқ юқорида кўрилади. Ҳомила боши кичик чаноқ ичида қин орқали текширилганда унинг кўп қисми думгаза чуқурчасига жойланган бўлади. Бошнинг пастки қисми думгазанинг дум суяги билан қўшилган ерида ёки ундан бирмунча пастда, унинг тақалиш камари чаноқнинг тор қисмида бўлади.

Ташқаридан бошни пайпаслаб бўлмайди, думгаза чуқурчаси бошни эгаллаб унинг пастки қисми думгаза ва қов суяги бўғимининг пастки қисми соҳасида бўлади.

Туғруқнинг иккинчи даври. Туғруқнинг иккинчи даври бачадон бўйнининг тула очилиши билан бошланади. Туғаётган аёл туғри ичагига босим тушаётганини сезади ва унда кучаниш хоҳиши туғилади. Туғруқнинг бу даврида бачадон мускуллари қорин, тана ва оёқ-қўл мускулларининг қисқариши сабабли бачадон бўшлиғидаги босим янада ошади ва аёл кучаниқини маълум даражагача бошқара олиши мумкин.

Кучаниқ бачадон бўйни тула очилгандан кейингина бошланиши зарур, бундан олдинги кучаниқ сохта кучаниқ деб ҳисобланади. Агар аёл бачадон бўйни тула очилмасдан кучанадиган бўлса, кучини бекорга сарфлайди. Бундай пайтда аёлни ёнбошига ётқизиб, оғриқсизлантирувчи дорилар бериш керак бўлади.

Туғруқнинг иккинчи даврида врач аёلнинг умумий аҳволи (тана ҳароратини, пульси, қон босими)ни, кучаниқнинг кучи ва тезлиги давомийлигини, ҳомиланинг юрак уришини ва туғруқ йўлининг ҳолатини кузатиб туради. Кучаниқ ҳар 3—5 дақиқада такрорланади ва бир дақиқача давом этиши мумкин. Кучаниқ қорин деворининг қисқариши билан биргаликда кечини керак. Бунда тана мускуллари ҳам иштирок этади.

Ҳар гал кучанганда аёл чуқур нафас олиб, нафасини тутиб турган ҳолда бошини ва танасини юқорига кўтарса ва энгагини кўкрак қафасига тегизиб қўллари билан каравот четини тортиб кучанса, кучаниқ кучли бўлади ва ҳомила жинсий йирик томон сурила боради. Бу пайтда бачадон ҳам ўз шаклини ўзгартиради. У

бирмунча япалоқланиб, узунлашади, ҳомила боши эса чаноқ тагига тушади. Натижада туғри ичакнинг сфинктер мускули ёзилиб (ҳомила боши босиши сабабли) бўшашади ва жинсий ёриқ очилиб, ҳомила бошининг пастки қисми кўринади. Кучаниқ тўхтагач, ҳомила боши кўринмай қолади, туғри ичак тешиги асли ҳолига қайтади. Кучаниқ такрорланганда жинсий ёриқ тобора очилиб, ҳомила бошининг сегменти борган сари кўпроқ кўрина боради. Ҳомила боши пастга тушиб, катта сегментини ташқи жинсий аъзолар ураб олмагунча ҳар кучаниқда у яна жинсий ёриқдан ичкарига тортилади. Бу ҳомила бошининг туғила бошлаши билан ифодаланади.

Кейинги кучаниқларда ҳомила боши жинсий ёриқда жойлашиб, кучаниқ орасида ичкарига кириб кетмайди. Бу ҳолат ҳомила бошининг ёриб чиқishi деб аталиб, ҳомиланинг туғилиши билан якунланади. Ҳомила туғилиши даврида унинг ҳолатидан хабардор бўлиб туриш зарур, деб айтиб ўтган эдик. Ҳар бир кучаниқдан кейин ҳомиланинг юрак уришига аҳамият бериш зарур. Кучаниқ тўхташи билан ҳомиланинг юрак уриши (қисқа муддатга) камайиб, дақиқасига 35—45 мартадан ошмайди. Бу физиологик брадикардиянинг сабаби ҳозиргача аниқланмаган.

Кўпчилик мутахассислар бу ҳолатга чаноқ тагига тушган ҳомила боши вагусни босиши, шунингдек йўлдош томирлар ва унинг тўқимасидан ажралиб чиққан ацетилхолин ва серотониннинг ошиши ҳам сабаб бўлиши мумкин экан, деган фикр юритадилар.

Ҳайвонларда ўтказилган тажрибалар шунни кўрсатадики, серотонин олдин вагусга, кейин симпатик нерв системасига таъсир қилади. Агар кучаниқ орасида ҳомиланинг юрак уриши 110 мартадан камайиб кетса, бу патологик ҳолат ҳисобланади. Бу қон томирларни қўзғатувчи марказ фаолияти таъсирида вужудга келган гипоксия натижасидир.

Ҳомиланинг юрак уриши пасайса ёки бузилса уни тезда туғдириш чораларини кўриш лозим, акс ҳолда ҳомила нобуд бўлиши мумкин.

Туғруқни бошқаришда ҳомила бошини туғдириш ва хотини йиртилишдан сақлаш жуда муҳимдир. Бош туғилиши жараёнида ташқи жинсий аъзо, чот чўзилади ва баъзан йиртилади. Жинсий йўлларнинг жароҳатла-

нишига йўл қўймаслик учун ҳомила бошининг кичкина ўлчам билан туғилишини таъминлашда бошининг етарли даражада букилиши ва энса қисми билан туғилишига ҳаракат қилиш керак.

Бунда ҳомиланинг энса чуқурчаси қов суяги остига келиб тақалгандан кейин (тақалиш нуқтаси) унинг юз қисми аста-секин чот остидан туғила бошлайди. Мана шу вақтда чотни йиртилишдан сақлаш зарур. Ҳомила боши туғилиши жараёнида унинг елкаси чапоқ ичиди айланади, натижада ҳомила боши энсаси билан вазият (позиция) томонга айланади (биринчи ҳолатда чапга, иккинчи ҳолатда ўнгга айланади), бунда елка чапоқ чиқин қисмининг туғри ўлчамида бўлиб қолади. Елкаларни туғдириш учун акушерка ҳомила бошини қўл билан ҳар икки қулоғи устидан ушлаб (бунда мия қон томирини босмаслик керак) уни пастга ва орқага тортади. Натижада қов суяги остидан олдинги елка туғилади. Бунда олдинги елканинг $\frac{2}{3}$ қисми қов суяги остидан туғилгандан кейин у симфиз бўғими остига тақалади. Ҳомила боши олдинга ва юқорига кўтарилганда орқа елка чот остидан туғилади. Ҳар икки елка туғилиб бўлгач, елкани қўл билан бармоқларни ёйиб ушлаб, чапоқ ўқи бўйича унинг танаси туғдирилади. Бунда қолган ҳомила олди суви оқиб тушади.

Киндик томирлари уриб туриши тўхтагандан кейин чақалоқни онадан ажратиш учун киндик икки жойидан боғланади: биринчи тасма онанинг қинига яқин қисмига, иккинчи тасма киндикнинг ҳомилага бириккан жойидан 6—7 см юқорига боғланади. Кейин қисқичлар оралиғидан кесилади. Киндикнинг болада қолган учига йод суртилади ва устига стерилланган дока кўйилиб, киндик ҳалқасидан 2 см беридан боғланади. Киндик тизмасини узун қолдиришга сабаб баъзи ҳолларда агар туғилган ҳомилада дисплазия манфий бўлса, шу киндик тизимча орқали даво чораларини қўллаш мумкин бўлади.

Шундай қилиб, туғруқнинг иккинчи даври ҳомиланинг туғилиши билан якунланади. Шундан кейин туғруқнинг учинчи даври—йўлдош даври бошланади.

Туғруқнинг учинчи даври. Ҳомила туғилгандан 15—30 дақиқа ўтгач йўлдош туғилади. Бунча вақт ўтишига сабаб бачадон мускуллари ҳомила ту-

рилгандан кейин ҳали чўзилган ҳолатда бўлади. Кейин ўз қисқариш кучини тиклаб олади ва яна қисқара бошлайди. Натижада плацента бачадон деворидан четга билан ёки ўртасидан ажрала бошлайди. Нега плацентада туғруқнинг иккинчи ёки биринчи даврида бачадон деворидан ажралмайди, деган савол туғилади. Кўпчилик муаллифларнинг фикрича, плацента прогестерон ишлаб чиқаришда иштирок этади. Шунга кўра унинг бачадон деворига бириккан сатҳида прогестерон кўп бўлади ва бу плацент сатҳининг камроқ қисқаришини таъминлайди. Бундан ташқари, плацента булутсимон бўлгани сабабли у кўчмасдан бир оз қисқариб кичиклашади. Бундан ташқари, бачадон қисқаришини таъминлайдиган серотонин ва ацетилхоллинлар ҳам бу жараёнда иштирок этадилар. Плацента бачадон деворидан ажралаётган пайтда бачадон деворидаги хорион тукчалар оралиғидаги бушлиқдан қон кела бошлайди.

Плацента бачадон деворидан икки усулда ажралади.

Агар плацента бачадон деворидан маркази билан ажралса, ворсинкалар оралиғидаги ажралган қон плацентанинг она сатҳида ва бачадон девори билан плацента оралиғида тўпланади. Қон ташқарига ажралиб чиқмайди. Плацента ва бачадон девори оралиғига ёйилган қон ҳомила пардасига ўралган ҳолда ҳомила томонидаги юзаси билан туғилади. Бу Шульцтн усули деб аталади.

Плацентанинг бачадон деворига ёпишган четидан ажралишига Дунканн усулида ажралиш дейилади. Бунда жинсий йўлдан қон келади. Бу ҳолатни ҳақиқий қон кетишдан (бачадон атофияси, плацентанинг бачадон деворига нотўғри бирикканлиги — placenta praevia ва бошқалар), нотўғри кўчганлиги ва туғруқ йўлларидаги жароҳатлардан ажрата билиш керак.

Плацентанинг бачадон деворидан ажралиш жараёнини клиник жиҳатдан аниқлашда анча қийинчилик туғилади. Аммо плацента бутунлай ажралиб, бачадоннинг ластки сегментига тушганини билиш осон. Бунинг учун бир қатор белгилар мавжуд.

Шредер белгиси — бачадоннинг шакли ва унинг қандай баландликда туриши аниқланади. Ҳомила туғилиши билан бачадон шакли думалоқ бўлиб, туби киндик соҳасида туради. Плацента ажралгандан кейин бачадон япалоқлашади ва торайиб ажралган плацен-

та пастки сегментга тушганига кўра унинг фаол қисми юқорига ва ўнгга кўтарилади.

Альфельд белгиси — киндик тизимчаси ташқи қисмининг узунлашishi. Бачадон деворидан ажралган плацента бачадоннинг пастки сегментига ва ундан қинга тушади. Бу вақтда қинда ташқаридаги киндик тизимчаси боғланган ҳолда пастга сурилади. Бундан ташқари, қов суюғи устида дўмбоқ ҳам пайдо бўлади. Бунда ажралган плацента бачадоннинг пастки сегментига тушиб плацента тушган сегмент юпқа бўлгани сабабли қов суюғи устида дўппайиб қолади. Плацента қинга тушгач, бу белги йўқолади.

Чукалов—Кюстнер белгиси. Бунда қўлнинг кафт қирраси билан қов суюғи устидан босилади. Агар плацента бачадоннинг юқори қисмидан пастки сегментга тушмаган бўлса, унда киндик тизимчаси юқорига тортилади. Агар плацента ажралиб пастки сегментга тушган бўлса, киндик тизимчаси ичкарига тортилмай, аксинча, пастга сурилади. Ажралган йўлдошнинг туғилиши учун қорин бўшлиғида етарли босим бўлиши керак. Плацента ажралиб қинга тушганига қаноат ҳосил қилингандан кейин аёл ўзи кучаниши керак. Агар бу патижа бермаса (қорин девори бўшашганлиги сабабли қорин бўшлиғида босим ошмайди), унда қорин олди деворини икки қўл билан ушлаб (бурма қилиб) ундаги босим оширилади. Бунда аёл бир оз кучанса, йўлдошнинг туғилиши осонлашади (бу усулни Абуладзе таклиф қилган).

Агар бачадон деворидан ажралган плацента мустақил равишда туғилмаётган (бачадон гипотонияси, бачадоннинг пастки сегменти кенгайиб кетган ва бошқа сабаблар) бўлса, унда гентер усулидан фойдаланилади. Бу қўйидагича бажарилади (агар плацента ўридан кўчган бўлса):

Қовуқ сийдикдан бўшатиладигандан кейин ўнг томонга олган бачадонни ўртага суриб, акушер қўлларини муштум қилган ҳолда пастки сатҳи билан бачадон тубига қўяди ва аста-секин бачадонни пастга томон босади. Бунда йўлдош аста-секин жинсий тешикдан чиқади. Бу усулни қўллаганда аёл кучаниши керак эмас.

Бу усулдан ташқари, яна Лазаревич — Кредс усули ҳам мавжуд. Бу 5 омилдан иборат:

1) дастлаб қовуқ сийдикдан бўшатилади;

- 2) бачадон ўрта чизиққа сурилади;
- 3) унинг туби уқаланади;
- 4) тўртта бармоқ бачадоннинг орқа деворига, бош бармоқ эса олдинги деворига жойлаштирилади;
- 5) бачадонни сиқини билан бирга пастга босилади, натнжада йўлдош туғилади.

Бу усул дастлаб наркозсиз, агар у ёрдам бермаса, энгил наркоз остида бажарилади.

Йўлдош қиндан туғилаётганда акушерка ҳар икки кўли билан уни ушлаб, пардалари йиртилмаслиги учун гўё арқонга ўхшаб бир томонга соат мили каби аста айлантириб қабул қилиб олади.

Туғилган йўлдош текис тарелкага солиниб ёки кўл кафтига кийдирилиб бутунлиги текширилади.

Агар плацентанинг бирор бўлаги (кичик бўлса ҳам) ажралмай қолган бўлса, бунни аниқлаш унча қийин бўлмайди.

Агар плацентанинг она сатҳи юпқа оқ парда билан (децидуал парда) бир текисда қопланган бўлса, бу унинг бутунлигидан далолат беради.

Агар плацентанинг бирор бўлаги ажралмай қолган бўлса, унда тўқ қизил соҳани кўриш мумкин (бу сатҳда децидуал парда бўлмайди). Бундан ташқари, плацентадаги қон томирлар йўналишини ҳам кўздан кечириш зарур. Одатда унинг қон томирлари киндик тишимчаси томонга йўналган бўлади. Агар қон томирлар ҳомила пардаси томонга ҳам (бирор шоҳи) йўналган бўлса, бу плацентанинг қўшимча бўлаги борлигини, у бачадон деворидан ажралиб қолганини билдиради. Бунда албатта наркоз остида қолган плацента бўлаклари бачадон деворидан қўл билан кўчириб олинади.

Агар бачадон ичида ҳомила пардасининг $\frac{2}{3}$ қисми қолган бўлса, бунда ҳам уни қўл билан чиқариб олиш лозим. Йўлдош туғилиб бўлгандан кейин бачадон бўйинининг бутунлиги кўздан кечирилади. Бунинг учун қин ойналари ёрдамида қинни очиб, бачадон бўйини 2 та қисқич ёрдамида текширилади. Бўйин тешиги четини кесиб олиб (қисқичлар соат мили йўналишида) бачадон бўйини бутунлиги кўрилади. Агар бачадон бўйини йиртилган бўлса, уни тикиш керак бўлади. Бунинг учун бўйинининг йиртилган четларини қисқич билан ушлаб, аввал юқорисидан йиртилмаган четига чок қўйилади.

Шунда йиртиқнинг юқори чегараси аниқ бўлади (баъзан бачадон бўйинининг йиртилиши бачадон таъсисига ҳам ўтган бўлиши мумкин). Кейин йиртиқ пастига тикилади.

Агар бачадон бўйини илгариги туғруқда йиртилган ва чандикланган бўлса, унда четларидаги чандиклар қирқиб олиб ташланиб, кейин тикилиши ҳам мумкин. Қин деворларини ҳам кўздан кечириш лозим. Агар унинг ёрилган, йиртилган жойлари бўлса, албатта тикиши керак, аке ҳолда бу инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Чот йиртилиши бир неча даражали бўлади, шунга кўра тикилиши ҳам турлича бўлади. Аёл туққандан кейин бачадон қисқаргани ва қон кетмаётганига қаноат ҳосил қилинса, 2 соатдан кейин уни туққандан кейинги палатага ўтказилади. Чақалоқни эса таъсисни мойдан тозалаб, қиз бола бўлса кўзига ва жинсий аъзоларига, ўғил бола бўлса кўзига 30% ли альбуцит томизилади ва болалар хонасига ёки онаси ётган хонага ўтказилади.

У Б О Б

ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ) ВА УНИНГ ТУРЛАРИ

Ҳомила бошининг эъсаси олдинги кўринишда келиши туғишининг нормал механизми ҳисобланади. Бундан ташқари, туғиш жараёнининг патологик кечишига сабаб бўладиган бир қатор механизмлар мавжуд. Булар қуйидагилардан иборат:

1. Ҳомила бошининг орқа кўринишда эъса қисми билан келиши.
2. Бошининг таъсиси билан келиши.
3. Бошининг пешона билан келиши.
4. Бошининг юз билан келиши.
5. Бошининг ўқ ёни чоки билан кичик чаноқ кириш қисмида туғри ўлчовда туриши.
6. Ҳомила бошининг пастда (кичик чаноқ чиқиш қисмида), кўндаланг ўлчамда келиши.
7. Ҳомиланинг думбаси билан келиши:
 - а) фақат думбаси билан келиши;
 - б) думбаси ва оёқлари билан биргаликда келиши;
 - в) оёқлари билан тўла олдин келиши;
 - г) оёқлари билан чала олдин келиши.

НОРМАЛ ТУҒИШ БИОМЕХАНИЗМИ

Туғишнинг биринчи даврида ҳомила бошининг букилиб келиши Абгар қонун буйича белгиланади. Бачадон туби мускуллари қисқариши натижасида пайдо бўлган босим ҳомила орқа умуртқаси бўйлаб бориб, бошни кичик чаноқ томон йўналтиради. Орқа умуртқа бошининг ўртасига жойлашмаганилиги сабабли Абгарнинг бандлари ҳар хил узунликда бўлади. Абгар елкасининг қисқа томони энса, узун томони пешона, юз қисми бўлиб қолади. Бачадон мускуллари қисқариб ҳомила боши букилади, қисқа елкаси частга тортгани учун бошнинг энса қисми пастга тушади.

Ҳомила боши эгилиши сабабларини баъзи муаллифлар бошқача тушунирадилар. Ҳомила боши букилиши натижасида бош овал (эллипссимон) шаклдан думалоқ шаклга ўтиб қолади, яъни у чаноқ ичининг думалоқ шаклига мослашади. Ҳомила бошининг ўлчамлари қанчалик катта, чаноқ ўлчамлари қанчалик кичик бўлса, ҳомила боши шунча кўпроқ букилади (масалан, ҳамма ўлчамлари баробар тор бўлган чанокда).

Туғишнинг иккинчи даври механизми ҳомила бошининг кичик чаноқ ичида айланishiни ифодалашда жуда аҳамиятлидир. «Мосланиш» назарияси бу назарияларнинг энг оддийсидир.

Ҳомила боши кичик чаноқ ичида чаноқ ўлчамларига мослашади (масалан, чаноққа кириш қисми кўндаланг, ичида қийшиқ, чиқиш қисмида туғри ўлчовга мослашади).

Ҳомила каттароқ қисмининг туғилиши қийинроқ бўлади. Бу ҳомила бошидир. У туғиш йўлидан маълум омиллар ёрдамида сурилади. Бу ҳолат туғиш биомеханизми деб юритилади.

Агар ҳомиладорлик нормал кечаётган, ҳомила яхши ривожланаётган бўлса, туғиш олдидан қўл, оёқлари ҳам нормал жойлашади. Ҳомила тик ҳолатда, боши билан чаноқнинг кириш қисмида энсаси билан жойлашади.

Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда ҳомиланинг боши туғишдан 2—3 ҳафта олдин чаноқнинг кириш қисмига суқилган бўлади. Илгари туққан аёлларда эса ҳомила боши фақат туғиш жараёнида (туғруқнинг биринчи даврида) кичик чаноқ кириш қисмига

суқила бошлайди. Шунинг айтиб ўтиш керакки, ҳомила бошининг чаноққа кириш қисмида эгилиши қайта туғувчиларда биринчи марта туғувчи аёлларга нисбатан камроқ бўлади.

Ҳар иккала ҳолатда ҳам ҳомила бошининг овал шакли кичик чаноқ кириш қисмининг шаклига мослашган бўлади.

Кичик чаноқнинг кириш ўлчамлари: туғри ўлчами — 11 см, кўндаланг ўлчами 13 см, қийшиқ ўлчамлари эса 12 см бўлади, деб айтиб ўтган эдик.

ҲОМИЛА БОШИ ЭНСАСИ БИЛАН КИЧИК ЧАНОҚ КИРИШ ҚИСМИДА ОЛДИН КЕЛГАНДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ

Ҳомила боши энсаси билан олдин келганда унинг ўқ-ёйсимон чоки кичик чаноқ кириш қисмида кўндаланг ёки қийшиқ ўлчамга жойлашган бўлади, Кўпинча ҳомила боши кичик чаноқ кириш қисмида дастлаб букилмайди, ўқ-ёйсимон чок бир ўрнида *promontorium* билан симфиз ораллиғида чаноқ ўқиغا мослашган ҳолда бўлади.

Ҳомила боши туғруқ бўйлаб сурила борар экан, туғиш механизми 4 даврга бўлинад.

Биринчи ҳолат. Ҳомила боши ўзининг кўндаланг ўқида айланади. Бу ҳолат Абгар қонунига (юқорида айтиб ўтилган) асосланган ҳолда эгилади ва ҳомила энгаги кўкрак қафасига яқинлашади, натижада бошнинг кичик диққодоғи пастга — чаноқ ўқи йўналишига жойлашади.

Шунга кўра бунга «йўналтирувчи нуқта» деб ном берилган. Ҳомила бошининг букилиб жойлашиши унинг туғруқ йўлидан осон ўтишига имкон беради. Ҳомила боши нормал ҳолда ўзининг энг кичкина ўлчами билан чаноқнинг катта ўлчамига жойлашади. Дарҳақиқат, бошнинг туғри ўлчами (*diameter fronto-occipitalis*) ўрига бунинг айланаси (34 см) ҳомила боши букилиб келганига кўра кичик қийшиқ ўлчами (*diameter suboccipito-bregmaticus*) айланаси (32 см) билан кичик чаноқ кириш қисмига жойлашади.

Иккинчи ҳолат. Ҳомила боши кичик чаноқ ичига айланади (*rotatio capitis interna*). Бунда ҳомила боши чаноқ ичига тушиши билан бирга ўзининг тик ўқи атрофида айланади. Бунда бошнинг ўқ-ёйсимон чоки кўндаланг ўлчамда бўлса, энди чаноқ ичининг қийшиқ

ўлчамда бўлиб қолади. Агар чаноқ кириш қисмида қийшиқ ўлчамда бўлса, чаноқ ичида қийшиқ ўлчовдан тўғри ўлчовга яқинлаша боради, ниҳоят чаноқ тубида унинг чиқиш қисмининг тўғри ўлчовига тўғри келади. Бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда соат милага қарши, иккинчи ҳолатда эса соат миля бўйича айланади.

Ҳомила боши чаноқ тагига тушганда унинг кичик хиқилдоғи олдинда, қов суяги остида жойлашган, катта лиқилдоқ эса орқада, думғаза чуқурчасига қараган бўлади. Биринчи ҳолат олдинги кўринишда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқ ичида ўнг қийшиқ ўлчамда бўлади, иккинчи ҳолатда олдинги кўринишда чап қийшиқ ўлчамда бўлади.

Биринчи ҳолат орқа кўринишда бўлса, ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамда бўлиб, кўп ҳолатларда ундан кўндаланг ўлчамга, кейин ўнг қийшиқ ўлчамга ўтади. Иккинчи ҳолат орқа кўринишида бўлса, ҳомила бошининг айланиши бунинг тескарисин бўлади, яъни ўнг қийшиқдан кўндаланг ўлчамга ва кейин чап қийшиқ ўлчамга ўтади.

Ҳомила бошининг чаноқ ичида айланиши. Агар ҳомила олдинги кўринишда бўлса, 45° га айланади, орқа кўринишда бўлса, 135° га айланади.

Учинчи ҳолат. Ҳомила бошининг чаноқ ичида айланиши тугагач букилган бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг чиқиш қисми тўғри ўлчамда эҳса қисми билан қов суяги томонга айланади. Ҳомила бошининг қов суяги остидан биринчи бўлиб кўринишига чаноқ суягининг олдинги девори—қов суяги калталиги, орқа девори эса думғаза суяги ҳисобига калталиги сабабли бўлади (олдинги деворининг узунлиги 4—5,5 см, орқа деворининг узунлиги эса 13—14 см).

Бошининг эҳса қисми туғилгандан кейин унинг эҳса чуқурчаси қов суягига тақалади (тақалиш нуқтаси) ва кейин ҳомила боши шу тақалиш нуқтасида айланади. Шунга кўра, унга айланиш нуқтаси—гипомохлион (*hypomochlion*) ёки тақалиш нуқтаси (*punctum fixum*) деб аталади. Ҳомила боши шу тақалиш нуқтасида айланиб, очилиш даражаси $120\text{—}130^{\circ}$ бўлади. Чот остидан ҳомиланинг пешонаси, юзи ва энгак қисми туғилади. Ҳомила бошининг бундай очилишида вульвар ҳалқа таранглашиб кенгайди, чот устидаги катта лиқилдоқ кўринади ва ниҳоят ҳомила боши туғилади.

Туртинчи ҳолат. Ҳомила боши ташқарида, елкалари ичкарида айланади, Ҳомила бошининг ташқарида айлангани елка қисмининг ичкарида айланганига боғлиқдир. Ҳомила боши туғруқ йўли бўйича сурилганда елка қисми чаноқ кириш қисмида кундаланг ўлчамда, чаноқ ичида эса қийшиқ ўлчамда туради (биринчи ҳолатда), чет қийшиқ ўлчамга, иккинчи ҳолатда унги қийшиқ ўлчамга туғри келади.

Чаноқ тубида Ҳомила елкаси ичкарида айланиб, чиқини қисмининг туғри ўлчамида бўлиб қолади. Олдинги елка қов ости соҳасида, орқадаги елка дум суяги соҳасида бўлади.

Елканинг айланиши бошининг ташқарида айланишига имкон беради. Ҳомила бошининг ўқ-ёйсмон чоки чаноқ чиқини қисмининг туғри ўлчамида турганда елканинг кундаланг ўлчами чаноқнинг туғри ўлчамида жойлашади. Ҳомила боши ташқарида айланганда юзи билан ўз ҳолатининг қарама-қарши томонига айланади (биринчи ҳолатда Ҳомила боши юзи билан онанинг унги сони томонига, иккинчи ҳолатда чап сони томонига айланади). Ҳомила олдинги елканинг $\frac{2}{3}$ қисми туғрилиб, қов тагига тақалгандан кейин орқадаги елка-чов тагидан туғрилади. Ниҳоят, Ҳомиланинг танаси туғрилади. Ҳомила танасининг туғрилиши деярли осон бўлади.

Туғини даврлари турли муддат давом этади. Нормал шароитда биринчи давр қисқароқ бўлади (Ҳомила боши қисқа вақтда эгилади). Иккинчи давр узоқроқ давом этади.

ҲОМИЛА БОШИНING КИЧИК ЧАНОҚ КИРИШИДА ЭНСА ҚИСМИ БИЛАН ОРҚА КҮРИНИШДА КЕЛИШИ

Кўпинча Ҳомила боши кичик чаноқ ичида энса соҳаси билан 135° га айланиб, олдинги кўришига ўтади. Аммо баъзи ҳолларда энса соҳаси билан думгаза томонга 95° айланади.

Чаноқнинг шакли, унинг ўлчамлари ва юмшоқ тўқиманинг қайишқоқлиги ҳам катта аҳамиятга эга.

Туғруқ бошланиши билан Ҳомила боши кичик чаноқ кириш қисмида кучли букилади. Бунда кичик лиқилдоқ йўналтирувчи нуқта бўлади. Қов бўғими остига катта лиқилдоқ келиб тақалади, катта ва кичик лиқилдоқлар оралиги йўналтирувчи нуқта бўлиб қолади. Чаноқ тубида Ҳомила боши юқори даражада букилиши

Тугруқда ҳомпла боши энса қисми билан олдинги ва орқа кўринишда келганда ташқаридан ва қин орқали текшириш (М. С. Малиновский бўйича):

Ҳомпла ва унинг қисмлари	I кўринишда	II кўринишда
<i>Ташқаридан текширганда</i>		
Ҳомпланинг боши Чаноқ қисми Майда қисмлари	Симфиздан юқорида Бачадон тубида Ўнгда чаноқ қисми яқинида Чапда олдинда Чапда киндикдан пастда	Симфиздан юқорида Бачадон тубида Чапда чаноқ қисми яқинида Ўнгда олдинда Ўнгда киндикдан паст- да
Орқаси Юрак уриши		
<i>Қин орқали текширилганда</i>		
Олдинда келувчи нуқта Кичик лиқилдоқ Катта лиқилдоқ Ўқ-ёйсмон чок	Кичик лиқилдоқ Чапда Ўнгда Синклетик ҳолатда жойлашганда чаноқ- нинг кўндаланг ўлчами- да баъзан Регел бўйи- ча жойлашади. Ўнгда	Кичик лиқилдоқ Ўнгда Чапда Чаноқнинг кўндаланг ўлчамида
Чакка суягининг жойлашиши Чаноқ ичида ҳо- мида бошининг жойлашиши	Ўқ-ёйсмон чок чаноқ- нинг ўнг қийшиқ ўлча- мида қийшиқ жойлаш- ган.	Чапда Чаноқнинг чап қий- шиқ ўлчамида
Елкалари Ҳомпла бошининг ташқарида айла- ниши Туғруқ шиши	Чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида Юзи билан онасининг ўнг сон томонига ай- ланади. Ўнг чакка суягида ки- чик лиқилдоққа яқин	Чаноқнинг ўнг қий- шиқ ўлчамида Юзи билан онаси- нинг чап сон томо- нига айланади: Чап чакка суягида кичик лиқилдоққа яқин.

натijasида катта лиқилдоқ қов суяги бугимига тақалади (биринчи тақалиш нуқтаси). Бу вақтда чот остидан бошнинг энса қисми чуқурчасигача туғилиб, бу чуқурча дум суягига тақалади (иккинчи тақалиш нуқтаси).

Дум суяги билан думғаза суягини бирлаштирувчи бугим қўзгалувчан бўлгани сабабли у орқага қийшаяди ва бунда чаноқ чиқиш қисмининг туғри ўлчамига 1,5—2 см қўшилади, бу ўлчам катталашади, пешона ва юзнинг энгак қисмлари туғилади. Шундай қилиб, туғиш механизмнинг ушбу жараёнидаги асосий хусусиятлари қуйидагилардир:

3-жадвал

Туғруқ жараёнида ҳомила энсаси билан орқа кўринишда жойланганда унинг ташқаридаги ва ичкаридаги ҳолати
(М. С. Малиновский бўйича)

Ҳомила ва унинг қисмлари	1-ҳолат	2-ҳолат
--------------------------	---------	---------

Ташқаридан текширганда

Ҳомиланинг боши Чаноқ қиеми Орқаси Майда қисмлари	Симфиздан юқоридан Бачадон тубида Чапда орқада Онанинг қорин девори томонидан пайпаслана- ди	Симфиздан юқоридан Бачадон тубида Ўнгда орқада Онанинг қорин де- вор томонидан пай- пасланади.
Юрак уриши	Чапда киндикдан пастда (бўғиқ)	Ўнгда киндикдан пастда (бўғиқ)

Қин орқали текширилганда

Ҳомила бошининг кичик чаноқ кир- ришига муноса- бати	Чаноқнинг кундаланг ўлчамидан циклик ҳолат- да бўлиб, камдан-кам асинклитик ҳолатда жой- лашади (Негел ҳолати)	Чаноқнинг кундаланг ўлчамидан бу циклик ҳолат бўлиб, баъзан асинклитик жойлашади (Негел ҳолати)
Кичик лиқилдоқ Чаноқ ичида ўқ- ёйсимон чокнинг ҳолати Чакка суягининг жойлашиши Елкалари	Чапда орқада Чапда II қийшиқ ўлча- мида Ўнгда Чаноқнинг ўнг қийшиқ ўлчамидан сурилади.	Ўнгда I қийшиқ ўлчамда Чапда Чаноқнинг чап қий- шиқ ўлчамидан су- рилади Онанинг чап сониг- га Чап чакка суяги соҳасида катта лиқилдоққа яқин
Ташқарида айла- ниши Туғруқ шиши	Онанинг ўнг сонига Ўнг чакка суяги соҳа- сида катта лиқилдоққа яқин	Онанинг чап сониг- га Чап чакка суяги соҳасида катта лиқилдоққа яқин

- ҳомила боши нотўғри айланганда кичик лиқилдоқ орқада бўлади;
- биринчи тақалиш нуқта чот чегараси ёки катта лиқилдоқ соҳасида.
- энса чуқурчаси тақалиш нуқтаси бўлганда ҳомила боши очилади.

Ҳомила боши туғилишида айланаси унинг ўрта қийшиғи (diameter suboccipito frontalis ga) тўғри келади. Бу ўлчам 33 см га тенг. Ҳомила боши орқа кўришишда энса қисми билан келганда у жароҳатланиши мумкин. Ҳомила боши узунчоқ шаклда бўлиб қолади. Катта лиқилдоқ соҳасида босилган жойни кўриши мумкин. Туғруқ шиши кичик лиқилдоқ соҳасида ҳам бўлади. Ташхисни фақат туғиш жараёнида аниқлаш мумкин. Туғруқ жараёни анча узоқ чўзилади. Бундай ҳолатда чот йиртилиши ҳоллари кўпроқ учраб туради (2,3-жадвал).

ҲОМИЛА БОШИНING НОТЎҒРИ (ОРҚАГА ҚАЙРИЛИБ) КЕЛИШИ

Ҳомила бошининг орқага эгилиб (қайрилиб) келиши туғруқда оғир ҳолатлар юз беришига сабаб бўлади.

Ҳомила боши кичик чаноқ киришидан ўтаётганда орқага қайрилиб, энгаги кўкракдан узоқлашади, энса суюғининг олдинги йўналиши секкилашиб, у етакчи нуқта бўла олмайди. Бунда ҳомила ўзининг овал шаклини йўқотиб, майда қисмларининг ўзаро жойлашиши ҳам ўзгаради.

Ҳомила бошининг орқага қайрилиб олдин келиши уч хил бўлади:

- 1) бош тепаси билан олдин келиши;
- 2) пешона билан олдин келиши;
- 3) юз (бет) билан олдин келиши.

ҲОМИЛА БОШИНING ТЕПАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИ

Ҳомила боши тепаси билан олдин келганда бир оз очилган (орқага эгилган) ҳолатда бўлади. Баъзан бу ҳолат вақтинча бўлиб, туғиш жараёнида букилган ҳолатда ёки туғиш жараёнининг охиригача бош тепаси билан туғилиши мумкин.

Бошнинг тепаси билан туғилиши кўпроқ ясаи чаноқли аёлларда учрайди. Н. Ф. Жардано бачадон пастки сегментининг етарли ривожланмаганлиги, ҳомиланинг кичкина бўлиши, кенг чаноқ, чаноқ аномалияси ва чаноқ туби мускуллари етарли тараққий қилмаганлиги, ҳомила бошнинг энса қисми катта, бўйиннинг биринчи умуртқаси нотўғри ривожланганлиги бошнинг тепаси билан келишига сабаб бўлиши мумкин, деб ҳисоблайди.

Бундан ташқари, қорин деворининг очилган бўлиши, ҳомиланинг бачадонда қийшиқ жойлашиши, қоғоқ сувининг олдин кетиб қолиши, сувнинг куплиги, киндик тизимчасининг ҳомила бўйишга ўралиб келиши ҳам бошнинг тепаси билан олдин келишига қулай шароит яратади.

Туғруқнинг ўтиши. Кўп ҳолатларда бош тепаси билан келганда туғруқ орқа кўрнинишда, энса ва орқаси билан думғазага қараган ҳолда туғилади.

Қамдан-кам ҳолда ҳомила энса ва орқаси билан олдинга қараган ҳолда туғилади. Ҳомила боши чаноққа ўқ-ёйсимон чоки ва қисман пешона чоки билан кўндаланг, баъзан қийиш ўлчамга тўғри келади.

Чаноқ киришида катта лиқилдоқ кичик лиқилдоқдан бирмунча пастда ёки бир чизиққа жойлашган бўлади. Чаноқ ичида бош тепасининг олдинги қисми билан қов суяги томон айланади, бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамига, агар иккинчи ҳолатда бўлса, унг қийшиқ ўлчамга тўғри туради. Чаноқ тубига тушиб ҳомила боши туғилиши жараёнида симфиз остига бурун суяги (*qlabella*) тақалади. Бу биринчи тақалиш нуқтасидир. Бу нуқта атрофида ҳомила боши олдинга эгилади, чот остидан чакка ва бошнинг энса қисми чиқиб, энса думбоғи дум суягига тақалади. Бу иккинчи тақалиш нуқтаси дейилади. Шу тақалиш нуқтасида ҳомила боши орқага эгила бошлайди, бунда қов суяги тагидан юз ва энгак туғилади.

Олдин келувчи — йуналтирувчи нуқта катта лиқилдоқдир. Ҳомила боши жинсий ёриқдан тўғри ўлчам айланаси билан ўтади (*diameter fronto occipitalis*), унинг ўлчами 12 см, айланаси 34 см бўлиб, кичик қийшиқ ўлчамдан (32 см) 2 см каттадир. Бош тепаси билан келганда туғиш механизми қуйндаги хусусиятларга эга бўлади:

- 1) бош бир оз орқага эгилади;
- 2) бош энсаси билан орқага айланади;
- 3) биринчи тақалиш нуқтаси атрофида бошнинг олдинга эгилиши;
- 4) иккинчи тақалиш нуқтаси атрофида бошнинг орқага эгилиши;
- 5) олдинда келувчи — йуналтирувчи нуқта катта лиқилдоқдир.

Ҳомила боши конфигурацияси — бош шакли ўзгаради, яъни у юқорига чўзилиб, пешона энса ўлчамида босилган бўлади. Ҳомила бош суяги гўё минорага ўхшайди. Пешона ва энса суяги тепа суяги тагига суқилиб кириб, бошдаги шиш катта лиқилдоқ соҳасида жойлашади. Ҳомила боши тепаси билан келганлигини фақат ташқи текшириш йўли билан аниқлаб бўлмайди. Бундай ҳолларда ички текшириш (қин орқали) усулидан фойдаланилади. Қин орқали текширганда катта ва кичик лиқилдоқ бир текис ёки биринчиси иккинчисидан пастда турганлиги аниқланса, бунда ҳомила боши тепаси билан олдин келган деб ҳисоблаш мумкин.

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

Бош тепаси билан олдин келганда туғруқ консерватив усул билан олиб борилади. Ҳомила боши чаноқ бўшлиғида турганда аёлни ҳомилани энсаси қараган томонга ётқизилади. Агар табиий йўл билан туғдириш учун шароит бўлмаса, унда кўрсаткичларга қараб операция усулларидан фойдаланилади.

ҲОМИЛА БОШНИНГ ПЕШОНАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИ

Туғиш пайтида ҳомила бошининг орқага кўпроқ қайрилиши (эгилиши) натижасида пешона олдин келади. Бу ҳолат вақтинча бўлиши, яъни ҳомиланинг бош суяги сурилиши натижасида бош тепаси билан бўлиб қолиб пешонаси билан ёки юзи билан (бош орқага кўпроқ қайрилган бўлса) олдин келиши мумкин. Агар бундай ўзгаришлар бўлмаса, бош пешонаси билан чаноқ кириш қисмида тақалади, натижада пешона олдин келади.

Бошнинг пешона билан келиши ҳам учрайди ва

2—3 минг туғадиган аёлнинг биттасига тўғри келади. Бу ҳолат қин орқали текшириб аниқланади. Қин орқали текширилганда пешона, икки томондан қош усти ёйлари ҳамда катта лиқилдоқнинг олдинги бурчаги аниқланади.

Биринчи ҳолат. Ҳомила боши орқага қайрилиб, пешона чоки чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчамиде бўлиб қолади. Бундай ҳолатда ҳомила боши чаноқнинг кенг қисмида узоқ туриб қолади, натижада бошнинг шакли ўзгаради, пешона билан пастга чузилиб, чаноқнинг тор қисмига тушади. Бунда ҳомила пешонаси билан чаноқ канали бўйича сурилганда туғруқ ғурраси пайдо бўлади, ғурра пешона соҳасида бўлади, ҳомила бошининг шакли ўзгаради.

Иккинчи ҳолат. Бош чаноқнинг тор қисмига келганда бурилади ва пешона чоки билан чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамиде бўлади. Бунда юқори жағ қов (симфиз) бўғимининг пастки четига тақалиб, бош энсаси билан олдинга бурилса (бундай ҳол жуда кам учрайди) унда қулай шароит бўлмаганига кўра бош суяги сурилишдан тўхтайд.

Учинчи ҳолат — ҳомила боши туғруқ йўлидан ташқарига чиқаётганда туғруқ дарди кучли, чаноқ мос бўлса аввал пешона, кўз, бурун қов остидан чиқиб, юқори жағ симфизнинг пастки четига тақалади (бу биринчи тақалиш нуқтаси). Бунда ҳомила боши шу ҳолатда анча узоқ туриб қолади. Чунки катта жағ суяги ҳомила бошининг олдинга букилишига йўл қўймайди. Агар ҳомила боши олдинга букилса, унда энса бут остидан туғилади ва у думғаза ва дум ораллиғи бўғимига тақалади. Сўнгра орқага эгилади, қов остидан оғиз ва энгак чиқади.

Тўртинчи ҳолат — елкалар ичкарида, бош эса ташқарида одатдагича бурилади ва ҳомила туғилади.

Туғруқнинг ўтиши. Чаноқ ҳам, туғруқ дарди ҳам меъёрида бўлишига қарамай, етилган ҳомила пешонаси билан олдин келганда унинг боши чаноқдан ўта олмаслиғи мумкин. Агар пешона билан келиш кейинчалик бош тепаси ва юз билан келиш ҳолатига айланса ёки ҳомила унчалик катта бўлмай, туғиш дарди кучли бўлса, ҳомила боши туғруқ йўлларида ўтиши мумкин, лекин бунда туғруқ оғир кечади. Туғиш жараёни узоқ-

қа чузилади, ҳомила боши сурилмаёй қолади ва дард тутишининг иккинчи сустиги вужудга келади.

Ковуқ ва сийдик йули туғри ичак деворининг юшоқ туқимаси ҳомила бошини узоқ вақт сиқиб қолиши натижасида некроз (туқиманинг ўлиши) га учрайди. Эрта чилла даврида (4—5-кунлари) бу некрозланган туқима ажралиб тушади ва унинг ўрнида тешик (оқма) ҳосил бўлади. Шу тешик орқали эса сийдик ва ахлат мунтазам чиқиб туради. Бундан ташқари, бачадон бўйини, унинг пастки сегменти ҳамда чот йиртилиши мумкин. Ҳомилада эса асфиксия руй бериб, унинг аҳволи оғирлашади. Бош миёга қоп қуйилиши мумкин. Натижада ҳомила ўлади ёки тутилгандан кейин побуд бўлади. Шуларни назарга олган ҳолда ҳомила пешонаси билан келганда кесарча кесил операцияси ўриналидир.

Тугруқни бошқариш. Юқорида айтиб ўтилган оғир ҳолатлар онада ҳам, ҳомилада ҳам бўлиши мумкинлигини назарда тутиб, тугруқни фақат врач бошқариши керак. Ҳомила пешонаси билан келганда унинг оғизга бармоқни суқиб бош тепасига ёки юзига (Г. А. Соловьев усули) ёхуд энасига (С. С. Холмогоров усули) айлантириш одатда яхши натижа бермайди, чунки ҳомила боши тезда ўзининг асли ҳолатига қайтади.

Ҳомила боши чаноқ кириш қисмига суқилиб киришидан олдин ҳомила қимирловчан бўлса ҳамда бачадон бўйини деярли ёки бутунлай очилган, қоғоноқ пардаси ёрилмаган ёки эндигина ёрилган бўлса, ҳомилани оёғига айлантириб туғдириш мумкин (бунда албатта чаноқнинг ҳажми ва ҳомиланинг оғирлигини ҳисобга олиш шарт). Аммо бу усулдан фойдаланиш ҳомила учун анча хавфлидир. Бундай пайтда кесарча кесил усули тавсия этилади.

Агар ҳомила ўлик бўлса, кронеоклазия операциясини қўллаш йули билан ҳомила туғдирилади.

ҲОМИЛА БОШИНING ЮЗИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШИ

Бошнинг юз қисми билан олдин келиши тахминан 0,2—0,3% туғруқда учрайди. Бунда ҳомила боши юқори даражада орқага эгилади.

Юз билан олдин келиш сабаблари нимада? Ҳомила боши энса қисмининг букилишига халақит берадиган сабабларга чаноқнинг торлиги (яъни чаноқ), чаноқ ичидаги аъзоларда усмалар борлиги, бачадоннинг ёнга эгил-

ган бўлиши (чандиқлар туфайли), ҳомиладаги усмалар (буқоқ ва бошқалар) бунга сабаб бўлади. Юз билан бирламчи олдин келишда ҳомила боши ҳомиладорликдаёқ юзи билан олдинда жойлашган бўлади (ҳомиладаги туғма буқоқ). Юз билан иккиламчи олдин келиш фақат туғруқ жараёнида вужудга келади.

ЮЗ БИЛАН ОЛДИН КЕЛИШНИ АНИҚЛАШ

Ҳомиланинг юз билан олдин келишини ташқи текширишлар ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин. Ҳомила боши билан келганда унинг боши орқага кўпроқ қайрилган бўлганлиги учун боши билан орқаси оралиғида чуқурча пайдо бўлади. Ҳомиланинг орқаси ичкарига қайрилиб, бачадон деворидан узоқлашади, кўкрак қафаси эса аксинча, бачадоннинг қарама-қарши деворига жуда яқин келади.

Ҳомиланинг юз билан келганлигини ташқаридан текширганда унинг орқага қайрилган боши билан орқаси оралиғидаги чуқурликдан ва юрак уришидан билиш мумкин. Ҳомила орқа кўринишда бўлгани сабабли унинг кўкрак қафаси қорин деворига яқин туради, ҳомиланинг юрак уришини шу кўкрак қафасидан эшитилади.

Бундан ташқари, қин орқали текширишлар ёрдамида ҳам ҳомила бошининг қандай келганлиги аниқланади. Ҳомила юзи билан келганлигини унинг пешонаси, қош усти ёйлари, буриш ва оғзини қин орқали пайпаслаб кўриб (бачадон бўйи $2\frac{2}{1}$ —3 см очик бўлганда) аниқланади. Бунда кўз олмасини жароҳатлашдан сақланиш керак.

Ҳомила юзи билан олдин келганда туғруқ ғурраси, юқоридаги аниқлаш нуқталари (пешона, бурун ва бошқалар) баъзан яқин билинмайди. Натижада уни янгилишиб думбаси билан олдин келган деб ҳисоблаш ҳам мумкин. Бундай хатога йўл қўйиш туғруқни нотўғри бошқариш ва нотўғри ёрдам кўрсатишга олиб келади. Шунинг учун ҳомиланинг думбаси билан олдин келганини унинг жинсий қисми, думғазаси, чот оралиғини аниқлаш орқали билиш мумкин. Агар шу белгилар бўлмаса, ҳомиланинг юзи билан олдин келганлиги аниқ бўлади.

Бошнинг юз билан олдин келганини қин орқали текширганда ҳомиланинг кўзи ва оғзини шикастлашдан эҳтиёт бўлиш керак.

Шуниингдек, ҳомиланинг кўриниши ва қандай ҳолатда турганлигини ҳам аниқлаш керак. Агар ҳомиланинг энгаги чапга қараган бўлса, иккинчи ҳолат (бунда ҳомиланинг орқаси унга орқа қараган бўлади), аксинча, унинг энгаги ўнгга қараган бўлса — биринчи ҳолат ҳисобланади.

Энгак олдинга, энса орқага қараган бўлса, орқа кўриниш, энгак орқага қараган бўлса, олдинги кўриниш (орқасига нисбатан) бўлади. Ҳомила юзи билан олдин келганда туғиш жараёни ўзоқ давом этиши натижасида аёлнинг чот соҳаси кўпроқ шиқастланади, ҳомила эса бўғилиб қолади. Демак, ҳомиланинг юзи билан олдин келиши (айниқса орқаси билан олдинга қараганда) ўзи учун ҳам, она учун ҳам хавфлидир. Ҳомиланинг юзи билан қайси кўринишда келганини ультратовуш асбоби ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин.

ҲОМИЛА ЮЗИ БИЛАН ОЛД КЎРИНИШДА КЕЛГАНДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ

Туғиш жараёнининг биринчи даврида бачадон бўйинининг очилиши одатдагича бўлади. Туғиш механизми 4 ҳолатдан иборат.

Биринчи ҳолат. Туғруқ даври таъсирида ҳомила юз чизиғи чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ўлчамларида, камдан-кам қийшиқ ўлчамларида суқилиб туради.

Туғруқ даври таъсирида ҳомила боши чаноқ халқасидаги тўсиқлардан ўтаётганда орқага янада кўпроқ қайрилиб, энгак олдинда етакчи нуқта бўлиб қолади.

Иккинчи ҳолат. Бунда ҳомила боши орқага қайрилган ҳолатда чаноқ бўшлиғига сурилиб, унинг тубигача боради ҳамда у чаноқ ичига (тубига) яқинлашганда бурилади (айланади). Юз чизиғи чаноқдаги кўндаланг ўлчамдан қийшиқ ўлчамга, сўнгра чаноқ чиқиш қисмининг туғри ўлчамига ўтади. Одатда ҳомила олдинга энгаги билан айланади. Демак, бош чаноқ тубида бурилади (айланади).

Учинчи ҳолат. Ҳомила боши буралиб бўлгач, кучли кучаниқ таъсирида олдинга сурилайётган энгак жинсий тешикдан кўринади. Бунда қов суяги остига сурилиб келган ҳомиланинг тил ости суяги қов суягига тегиб, тақалиш нуқтаси бўлиб қолади.

Ҳомила боши шу тақалиш нуқтаси атрофида олдинга букилади. Натижада симфиз остидан оғиз, бурун, кўз, пешона, бош ва энса туғилади.

Тўртинчи ҳолат. Одатдагича ҳомиланинг елкаси ичкарида, боши эса ташқарида айланади.

Ҳомила боши нотўғри (орқага қайрилиб) келганда унинг бош шакли конфигурация туфайли ўзгаради. Хусусан, ҳомила боши тепаси билан келганда, юқорига чўзилган, пешонаси билан келганда боши гўё минорага ўхшаб чўзинчоқ, юз билан келганда эса юз шишган ҳолатда бўлади. Юз билан келганда шу шишлар туфайли чақалоқ биринчи кунни эма олмай қийналади. Бир неча кундан кейин шиш аста-секин йуқолади.

Ҳомиланинг юзи билан орқа (юзга нисбатан) кўрнишида келиши. Чаноқ нормал бўлиб, ҳомила унча катта бўлмаса ва туғруқ дарди яхши бўлса камдан-кам ҳолларда ҳомила мустақил равишда туғилади. Агар дард сует бўлиб, ҳомила катта ва чаноқ тор бўлса, туғруқ узоққа чўзилиши, ҳатто оғир натижаланиши мумкин. Туғруқ оғир ўтганда ҳомила асфиксияга учраши ва туғруқ йўлларидаги юмшоқ тўқималар сиқилиб қолиб некрозланиши каби ҳоллар рўй бериши мумкин. Аммо юзи билан олд кўрнишида (орқаси билан) келганда туғруқ деярли яхши бўлмайди. Чунки ҳомила энгаги промоториумда суқилиб, тиралиб қолади. Ҳомила сувининг вақтидан илгари кетиши ҳомила юзи билан орқа кўрнишида келганда содир бўладиган оғир ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бундан ташқари, киндик тизимчасининг тушиши, туғруқ дардиниинг сует бўлиши, туғруқ жараёни узоққа чўзилгани сабабли бачадон шиллиқ пардасининг яллиғланиши (эндометрит) кузатилиши мумкин.

Ҳомиланинг юзи билан орқа кўрнишида (ҳомиланинг орқаси онанинг қорин деворига қараган ҳолат) келиши айниқса оғир ҳолат ҳисобланади. Ҳомила бундай кўрнишида келганда у чаноқ ичида сурила олмайди, чунки боши промоториумга тақалиб, чаноқ ичига ўта олмайди. Бундай ҳолларда бачадон йиртилиши, қовуқ тешилиб оқма вужудга келиши ва шў каби ҳолларининг олдини олиш мақсадида ҳомила тирик бўлса кесарча кесиш, ўлик бўлса кранеоклазия операцияси билан кўллаш керак бўлади.

Туғруқни бошқариш. Бунда аввало ҳомила қайси кўрнишида эканлигини аниқлаш лозим. Агар ҳомила юзи билан олдинги кўрнишида келса, операция усулидан фойдаланилади.

Агар туғруқ жараёнида мураккабланишлар аниқланса, дарҳол туғруқни шароитга қараб тезлаштириш керак бўлади. Ҳомила тирик бўлса, кесарча кесиб, ўлик бўлса, кранеоклазия операцияси қўлланилади.

VI БОБ

ТУҒРУҚ МЕХАНИЗМИНИНГ ҚАМ УЧРАЙДИГАН ТУРЛАРИ, БОШНИНГ ЧОКИ КИЧИК ЧАНОҚНИНГ ТУҒРИ ЎЛЧАМИДА ТУРГАНДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ)

Туғруқ нормал кечганда, яъни ҳомила энсаси билан олдин келганда ҳомила боши ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқ кириш қисмининг кундаланг ёки қийиниқ ўлчамда туради, деб айтиб ўтган эдик.

Аммо бу патологик ҳолатда ҳомила боши ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқ киришининг энг кичик ўлчамда—туғри ўлчамда туриб қолади. Бошнинг бу ҳилда жойлашишига бошнинг юқорида, туғри ўлчамда туриши деб аталади.

Бошнинг юқорида—туғри ўлчамда туриши икки кўринишда бўлади: биринчи кўринишда энса олдинга, қов суягига, иккинчи кўринишда эса орқага, думғазага қараган бўлади. Бундай ҳолларда ҳомиланинг орқаси ёнига қарамай, энса қов суягига қараган бўлса, туғри олдинга, агар энсаси думғазага қараган бўлса, туғри орқага қараган дейилади. Агар ҳомиланинг энса ва орқаси олдинга қараган бўлса, буни ҳомила бошини юқорида туғри ўлчамда туришининг олдинги кўриниши, агар орқага қараган бўлса орқа кўриниши дейилади. Кўп ҳолларда бош олдинги кўринишда туради.

Бошнинг юқорида, чаноқ кириш қисмининг туғри ўлчамда турганлигини қин орқали текшириб аниқлаш ҳам мумкин. Қин орқали текширганда ҳомила боши ўқ-ёйсимон чокининг чаноқнинг кириш қисми туғри ўлчамда қай ҳолда турганлиги, энсанинг олдинга ёки орқага қараганлигига қараб ҳомила бошнинг қандай ҳолда турганлиги аниқланади. Ҳомила боши кичик чаноқ кириш қисмида бундай ҳолда турганда фақат 10—15% ҳолдагина аёл мустақил туғиши мумкин (ҳомила кичкина, чаноқ ҳомила бошига нисбатан катта бўлганда), қолган 85—90% ҳолда эса туғруқ операция усулида амалга оширилади.

Туғруқ дарди яхши бўлишига қарамай ҳомила бо-

ши олдинга сурилмаса ёки у тўғри ўлчамда турган ҳолда чаноққа суқилса ва бундай ҳолда акушерлик ёрдами ўз вақтида кўрсатилмаса, ҳомила ва она учун турли оғир ҳолатлар пайдо бўлади. Оқибатда ҳомила боши жароҳатланиши, опада бачадон йиртилиши ва бошқа оғир ҳолатлар рўй бериши мумкин. Булар ўз навбатида она ва ҳомила ҳаётини хавф остида қолдиради.

Ҳомила боши чаноқ кириш қисмининг тўғри ўлчамда турганда туғилиш муддати одатда жуда узоққа чўзилади. Кўпинча қоғоноқ сувининг вақтидан илгари кетиши ва бачадон пастки сегментининг ортиқча кенгайиб, чўзилиши натижасида туғиш дардининг бирламчи ва иккиламчи сустиги ва бачадон йиртилиши каби оғир ҳолатлар рўй бериши мумкин.

Туғиш механизми. Ҳомила боши чаноқ кириш қисми тўғри ўлчамда турганда олдинги ва орқа кўринишдаги туғиш механизми бир-биридан фарқ қилади. Олдинги кўринишда ҳомила боши чаноққа суқилиши учун у аввал олдинга кучли эгилиши керак. Бу туғиш механизмининг биринчи ҳолати ҳисобланади. Бунда ҳомила боши симфиз билан промоториум орасига қаттиқ суқилиб, ўз шаклини ўзгартиради (конфигурация), энсаси томонга чўзилади. Бу ҳолатда чаноқ ичининг аввал кенг, сунгра тор қисмига ўтиб, чаноқ чиқиб қисмига етгач энса чуқурчаси билан симфизининг пастки четига тақалади ва орқага эгилади. Бу туғиш механизмининг учинчи ҳолати ҳисобланади. Туғишнинг учинчи ҳолати ҳомила боши энса билан келгандаги каби ўтади. Бу ҳолатда бош ташқарида, елка ичкарида айланади.

Ҳомила боши юқорида тўғри ўлчамда орқа кўринишда турганида ҳам туғиш механизмининг биринчи кўриниши бошининг олдинга букилишидан иборат бўлади. Бундай олдинга букилиш аввалги кўринишдаги олдинга букилишдан, чаноқ ўлчами қандай бўлишидан қатъи назар кучлироқ бўлади. Бундан ташқари, ҳомила боши ўз шаклини кўпроқ ўзгартиради.

Ҳомила боши чаноқ ичининг кенг қисмидан тор қисмига ўтганда айланади. Бу туғиш механизмининг иккинчи кўриниши бўлиб, энса олдинга қараган ҳолатга ўтгунча давом этади. Ҳомила бошининг орқага эгилиши ва ташқарида айланиши энсаси билан олдинги кўринишда келгандаги каби бўлади.

Юқорида кўрсатиб ўтилганидек, ҳомила бошининг

чаноқ кириш қисмидаги тўғри ўлчамда турини туғруқ жараёнида ўзгаради. У чаноқнинг қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамига ўтиши натижасида туғруқ энса билан олдинги кўринишдаги каби ўтади. Бундан туғруқни кузатиш йўли билан олиб бориш мумкин бўлиб кўринса ҳам, бош тўғри ўлчамдан қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамга ўтмай чаноқ кириш қисмига суқилиб (фиксация) қолиши мумкин. Шунинг учун баъзи мутахассислар (А. И. Петченко ва бошқалар) ҳомила боши чаноққа суқилмаган ва қўзғалувчан бўлган вақтда уни қўл билан тўғрилаш керак дейишади. Бунинг учун умумий наркоз остида қўл бармоқлари қинга юборилади ва ҳомила бошини пуфак ушлагандек ушлаб ўқ-ёйсмон чок чаноқ қисмининг кўндаланг ёки бирор қийшиқ ўлчамига тўғри келгунга қадар тик ўқ атрофида айлантирилади. Иккинчи қўл билан ташқаридан қорин девори орқали ҳомила танасини ушлаб, бошининг айланishiга ёрдам берилади.

Ҳомила боши қийшиқ ўлчамлардан бирортасига тўғри келгач, қиндан қўлни олмаган ҳолда бошни панжалар орасига олиш ва бир неча тўлғоқдан кейин, бош чаноққа суқилгачгина қўлни қиндан чиқариш тавсия этилади. Ҳомила бошини бу хилда айлантириш бачадон бўйни тўла очиқ бўлганда ва ҳомила тирик бўлганда маълум натижа бериши мумкин. Умуман, агар ҳомила боши чаноқ ичига суқила олмаса, унда кесарча кесиш операциясида фойдаланиш мумкин.

Бу ҳолда тўғри ўлчамдан қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамга айлантириш (А. И. Петченко бўйича) деярли қўлланилмайди.

ҲОМИЛА БОШИ ПАСТДА (КИЧИК ЧАНОҚНИНГ КИЧИК ҚИСМИДА), КўНДАЛАНГ ўЛЧАМДА КЕЛГАНДА ТУғРИШ МЕХАНИЗМИ (БИОМЕХАНИЗМИ)

Бундай патологик ҳолатда ҳомила боши ўқ-ёйсмон чоки билан чаноқнинг кириш қисми кўндаланг ўлчамда турган бўлса, бош чаноқ ичида кейинги сурилишида айланмайди ва чаноқ ичининг тор ўлчамидан ўтади ҳамда чаноқнинг чиқиш сатҳигача ҳомиланинг боши кўндаланг ўлчамда қолади.

Бошининг пастда—кўндаланг ўлчамда туришига чаноқнинг тор, яси бўлиши, чаноқ таги мускулларининг бўшашуви, бошининг тепаси билан олдин келиши, ҳоми-

ланинг тўла етилмаганиги, кичкина бўлиши ва бошқалар сабаб бўлади. Ҳомила боши чаноқ чиқиш қисмининг кўндаланг ўлчамда туриб қолганда қуймич суягидан думбоқ унинг орқага айланиши ва туғруқ йўлидан чиқишига имкон бермайди. Ҳомила боши туғилиши учун ўқ-ёйсмон чокнинг чаноқ чиқиш қисмида кўндаланг ўлчамдан тўғри ўлчамга ўтиши, бунинг учун туғруқ дарди кучли бўлиши керак. Шундагина туғруқ мустақил ўтиши мумкин. Бу хилдаги айланишни ҳосил қилиш учун туғаётган аёлни ҳомиланинг энсаси турган томонга ётқизиш ҳам ёрдам беради.

Баъзи мутахассислар ҳомила боши ўқ-ёйсмон чокни кўндаланг ўлчамдан тўғри ўлчамга сунъий усулда айлантиришни таклиф этадилар. Аммо бу ҳамма вақт ҳам мумкин бўлавермайди.

Ҳомила боши пастда, кўндаланг ўлчамда турганда оғир ҳоллар рўй бериши, яъни туғиш йўлларининг юмшоқ тўқималари, қовуқ ва тўғри ичак деворлари зарарланиши, ҳомила эса кўпинча асфиксияга учраши ёки ҳалок бўлиши мумкин.

Бундай ҳолларнинг олдини олиш учун акушерлик операцияларидан фойдаланиш, яъни ҳомила тирик бўлса, унга қисқич қўйиш, ўлик бўлса, кранеоклазия қилиш лозим бўлади.

ҲОМИЛА ЧАНОҚ ҚИСМИ ВА ОЕҒИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ТУҒИШ МЕХАНИЗМИ (БНОМЕХАНИЗМИ)

Умумий туғруқнинг 3,5% ҳолатида ҳомила чаноғи билан келади (*Praesentatio pelvia*). Бунда ҳомиланинг вертикал ўқи онанинг тик ўқига тўғри келади, шунга кўра кўп мутахассислар бунини нормал ҳолат, деб ҳисоблайдилар. Аслида бу она учун ҳам, ҳомила учун ҳам хавфли бўлиб, оғир патологик ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин. Ҳомиланинг чаноқ билан олдин келиши патология билан физиология ҳолатлари чегарасидир.

Ҳомиланинг чаноғи билан олдин келиши қўйидаги турларга бўлинади: думба билан олдин келиши (ёпилиб келиш) ва оёқлар билан олдин келиш (очилиб келиш). Ҳомила думбаси билан олдин келганда унинг фақат думбаси она чаноғи бўшлиғига қараган, оёқлари чаноқ-сон бўғимидан букилган ва тизза бўғими ёзилган, оёқлари ҳомила қўллари устида танаси бўйлаб жой-

лашган бўлса, бунга ёлғиз думбанинг ўзи олдин келиши дейилади.

Ҳомиланинг думбаси тизза бўғимидан букилган. оёқлари билан бирга чаноқ бўшлиғига қараган бўлса, бунга думбанинг аралаш олдин келиши (думбанинг тўла келиши) дейилади.

Ҳомиланинг оёқлари олдин келганда унинг иккала оёғи бирга бўлса, оёқларнинг тўла олдин келиши, бир оёқ билан келса оёқларнинг чала олдин келиши дейилади. Баъзан оёқларнинг букилган тиззалари олдин келади. Бу тизза билан олдин келиши дейилади.

Ҳомиланинг чаноғи билан олдин келиш сабаблари. Бунга бачадон пастки сегментининг бўшашганлиги, кичик чаноқдаги тўсиқларнинг ҳомила бошининг чаноққа киришига халақит бериши сабаб бўлади. Бачадон пастки сегменти бўшашганлиги туфайли ҳомиланинг чаноқ билан келиши қайта туғувчиларда кўп учрайди. Чаноқ билан олдин келиши бола вақтидан илгари туғилганда кўпроқ кузатилади.

Л. Шинкарева бўйича вақт соати етиб ва вақтидан илгари туғилган ҳомилалар нисбати 62,6:34,4 бўлган.

Етилмаган ҳомила қўзғалувчан бўлади. Бунга сабаб ҳомиланинг боши кичкина бўлгани учун чаноқ кириш қисмига боши билан жойлаша олмаслиғидир. Бачадон деворидаги шишлар (миома пастки сегментда бўлса) ҳам ҳомила бошининг чаноқ кириш қисмига жойлашишига халақит беради. Плацентанинг бачадон пастки сегментига жойлашган бўлиши кўп ҳомилаликда кузатилади. Бунда ҳомилаларнинг айланиши қийин бўлгани сабабли чаноқ билан олдин келиши ҳоллари кўпроқ учрайди. Она қорнида ўлиб қолган ҳомилада, гидроцефалияда (мия қопқоғи ичида сув бўлганда) ва бошқа турдаги нотўғри ривожланишда ҳомиланинг чаноқ билан олдин келиши кузатилиши мумкин. Баъзиларнинг айтишича, ёши катта бўлиб турмуш қурганларда ҳомила чаноғи билан олдин келиши мумкин экан.

Танхис қўйиш. Ҳомиланинг чаноқ билан олдин келишига ташқи ва ички текширишларга асосланиб олдин келувчи қисми чаноқ киришида (симфиз устида) турганда аниқланади. Пайпаслаб кўрганда ҳомиланинг катта, юмшоқ, нотўғри шаклдаги қисми қўлга сезилади. Агар пайпаслаганда бачадон тубида ҳомиланинг боши каттароқ шарсимон, бир текис қаттиқлик

да бўлиб сезилса, бу чаноқ билан олдин келишдан дарак беради.

Ҳомиланинг қандай ҳолатда эканлигини юрак уришига қараб аниқлаш мумкин. У киндикдан юқорида, унинг қаршиенда, уннг ёки чап томонда яхшироқ эшитилади.

Ҳомиланинг думба билан келиши қин орқали текширилганда унинг лиқилдоқлари ва сочлари бўлмасдан юмшоқ қисми қўлга уинашидан аниқланади. Агар бунда ҳомиланинг оёқ тўпиқлари бирга топилса, бу думбанинг аралаш олдин келганлигини билдиради. Чаноқ билан олдин келишини аниқлаш бирмунча мураккабдир. Думбалар олдин турганда уни ҳомила боши билан, ёлғиз думбаси билан (чала) олдин келганда уни юзи билан келиши деб ўйлаб янглишини мумкин. Бу хилдаги олдин келишларда ташхисни тўғри қўйиш катта аҳамиятга эгадир. Ҳомила кўндаланг ётган бўлиб, унинг қўли тугруқ йўлига тушган бўлса ва уни оёқларининг олдин келиши билан адаштириб юборилса, ҳомила ва она учун хағарли ҳолат пайдо бўлади. Чунки акушер оёқ деб ҳомиланинг қўлидан тортади. Бу ҳомиланинг кўндаланг ҳолатга ўтиб кетиши ва инҳоят бачадон йиртилишига сабаб бўлиши мумкин. Ҳомиланинг қандай жойлашганлигини тўғри аниқлаш учун оёқлардаги товои, оёқ бармоқларининг калталиги, тиззанинг юма-лоқлиги ва қўлнинг катта бармоғи қўзғалувчан бўлишини, унинг ёнга осон очилишини, оёқлардаги бармоқлар эса бу хусусиятга эга эмаслигини эсда тутиб, иш олиб бориш керак.

Н. А. Цовьяновнинг фикрича, етилмаган ҳомиладорликда бачадон тубининг ханжарсимон тўсиқ олдига яқин туриши ва қаттиқ, думалоқ ҳомила бошини пайпаслаш ҳомиланинг чаноқ билан олдин келганидан далолат беради. Чаноқнинг олдин келишидан кўра оёқ ва оёқларининг олдин келишини аниқлаш осон бўлади. Чунки оёқлар қоғоноқ суви кетган ва бачадон бўйни тўла очилмаган бўлса ҳам қинга сирғаниб тушиши мумкин. Бунинг қин ойналари ёрдамида кўриш мумкин бўлади. Агар тизза билан келган бўлса, уни қўл тирсагидан ажратиш осонроқ бўлади. Бунда ҳомиланинг ётиш ҳолатини аниқлаш учун тизза бўғими чуқурчаси топилади, агар у чапга қараган бўлса, биричи ҳолат (позиция), унга қараган бўлса, иккинчи ҳолатда тургани аниқланади.

Ҳомиланинг юрак уришини биринчи ҳолатда чапда киндикдан юқоридан эшитилади, иккинчи ҳолатда ўнгдан эшитилади. Ниҳоят, чаноқ билан олдин келишни ультратовуш ёки рентген ёрдамида аниқроқ билиш мумкин.

Туғиш механизми. Туғишнинг бошида думбалар узининг кўндаланг ўлчови (*linea intertrochanterica*) билан кичик чаноқ кириш қисмининг кўндаланг ёки қийшиқ ўлчамида туради. Бачадон бўйни текисланиб очилиши билан думбалар чаноқ ичига сиқила бориб, унинг қийшиқ ўлчами бўйича сурилади. Агар олдинги кўринишда биринчи ҳолат бўлса, чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида, орқа кўринишда биринчи ҳолат бўлса, чаноқнинг ўнг қийшиқ ўлчамида бўлади. Иккинчи ҳолатда ҳам думбаларнинг чаноқ ўлчами шунга ўхшаш бўлади. Чаноқ бўшлиғига думбаларнинг киришида орқа думба, унинг кетидан олдинги думба жойлашиб, чаноқ ичида биргаликда сурилади. Бунда бошқарувчи нуқта думсуяги бўлади.

Думбаларнинг чаноқ ичида айланиши унинг тубида бўлади, бунда думбаларнинг кўндаланг ўлчами қийшиқ ўлчамдан тўғри ўлчамга ўтади, агар ҳомила орқа кўринишда бўлса, кўпинча олдинги кўринишга ўтади. Чаноқнинг чиқиш қисмида думбаларнинг кўндаланг ўлчами чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамига жойлашади. Олдинги думба биринчи бўлиб туғилади, шунга кўра туғиш шиши шу думбада бўлади.

Жинсий ёриқдан кўринган ҳомиланинг олдинги думбаси, ёнбош суяги қов суяги тагига тақалиб, тақалиш нуқтасини ҳосил қилади ва ортиқ сурилмайди. Ҳомиланинг орқа умуртқаси ёнга эгилиши билан орқадаги думба туғила бошлайди, у бир неча марта кўриниб, яна ичкарига киради. Ниҳоят, орқа думба туғилади. Орқа думба туғилгандан кейин олдинги думба ҳам бутунлай туғилиб, орқа умуртқа тўғриланади. Кучли кучаниқда ҳомиланинг чаноқ қисми бутунлай туғилади.

Ҳомила учун энг хавфли давр учинчи ва тўртинчи даврлардир.

Ҳомила танасининг пастки (киндиккача бўлган) қисми кейинги кучаниқда туғилади, чаноқнинг қийшиқ ўлчамида турган ҳомила орқаси билан ёнга қараган бўлади. Ҳомила туғилишининг учинчи даврида унинг орқаси бирмунча олдинга қараб қолади, бу айланиш

ҳомила елка қисмининг чаноқ бўшлиғи қийшиқ ўлча-мига ўтиш учун имконият яратади.

Ҳомила танасининг юқори қисми туғилишида елкалар чаноқ чиқиш қисмига яқинлашиши билан қийшиқ ўлчамдан чаноқ чиқиш қисмининг туғри ўлчамга ўтади. Ҳомиланинг боши эса ўзининг уқ-ёйсмон чоки билан ҳали чаноқ бўшлиғининг қийшиқ ўлчамида туради. Олдинги елка қов симфиз суяги остига келади, орқадаги елка дум суяги ва чот устида туради.

Туғруқ тез рўй берса ва ҳомиланинг қўл-оёқлари жойланиши бузилмаган бўлса, бунда ҳомиланинг қўллари танасининг олдида, ҳомила оёқлари остига бўлган ҳолда туғилади. Одатда, олдинги елка туғилиб, унинг $\frac{2}{3}$ қисми қов суяги остига тақалгач (тақалиш нуқтаси), чот остидан орқадаги елка туғилади. Ҳомила боши букилган ҳолда чаноқ ичида айланади, бунда пешона ва думгаза чуқурчасимон айланади, эҳса чуқурчаси эса қов суяги остига тиралиб қолади. Эҳса чуқурчаси (тақалиш нуқтаси) қов суяги қисмига тақалгач, кейин чот остидан энгак, юз ва пешона туғилади.

Бошининг қолган қисми кичкина қийшиқ ўлчови билан худди бошни эҳса билан олдинги кўринишда келгандаги кўринишига ўхшаб туғилади. Туғруқ жараёнини врачнинг ўзи кузатиши ва бошқариши керак.

Демак, ҳомила думба қисми билан келганда туғиш механизми думба, елка камари ва бош учун айрим-айрим бўлиб, ҳомиланинг туғилиш жараёнида бирин-кетин кузатилади.

Ҳомила туғилиши жараёнида баъзан қўллар юқорига кўтарилиб қолади, бунда врач қўлларни қуйдаги усулда чиқаради: врач ҳомиланинг чот остидаги қўлига қарама-қарши турган ўзининг иккинчи қўли билан унинг иккала оёғини бир-бирига жуфтлаб ушлаб олади. Сўнгра ҳомиланинг илгариги ҳолатига тескари — онанинг чот бурмаси томонга ва ёнга кутаради-да, иккинчи қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини ҳомиланинг орқа томонидан қинга суқиб кўкрак томонга йўналтиради. Ҳомиланинг қўлини курак ва елка, тирсак бўғими, билакнинг $\frac{1}{3}$ юқори қисми бўйича сирғангириб аста-секин чиқарилади. Қўлларни танадан узоқлаштирмаган ҳолда чиқариш керак. Акс ҳолда қўллар синиши мумкин. Қўллар одатда ҳомиланинг юзи бўйлаб сирғанади (ҳомила гўё «ювинади»).

Орқадаги қўлни озод қилгандан кейин (орқадаги қўлни биринчи бўлиб чиқарилишига сабаб бут юмшоқ, шунга кўра осон чиқарилади. Қов орқали чиқарилганда (ҳомила қўлини жароҳатлаш мумкин) олдиндаги (юқоридаги) бошқа қўлни озод қилишга ўтилади. Бунинг учун икки қўл билан ҳомила танасини кўкрак қафаси соҳасида қоринга тегмасдан (акс ҳолда жигар катта бўлгани учун уни жароҳатлаш хавфи бўлади) унинг ташқарига чиққан қўли билан бирга ушлаб 180° га айлантирилади.

Ҳомила айлантирилганда унинг орқаси симфиз остидан ўтиши керак. Шунда ҳомиланинг иккинчи қўли орқада бўлиб қолади. Ҳеч қачон пастга тортмаслик керак. Айлантириб бўлгандан кейин иккинчи қўл ҳам биринчи қўл сингари озод қилинади. Бунинг учун яна қайтадан оёқларидан ушлаб танаси онанинг қарама-қарши чот бурмаси томонга—юқорига йўналтирилган ҳолда худди биринчи қўл каби чиқарилади. Ҳомиланинг қўлларини озод қилиб бўлгандан кейин, дарҳол бошини чиқаришга киришилади.

Бу даврда врач ҳомила бошининг нормал туғилишига қатъий риоя қилган ҳолда қўли билан ёрдам кўрсатиши зарур. Бу вақтда ҳомиланинг боши олдинга букилган ҳолда чаноқ ичида бўлади. У чаноқ чиқишида, симфиз остида эса ости чуқурчаси жойлашган ҳолда туриб қолади ва бу чуқурча тақалиш нуқтаси ҳисобланади. Ҳомиланинг боши шу тақалиш нуқтаси атрофида айланади. Врач бунинг учун ҳомилани танасини думба соҳасидан иккала қўли билан ушлаган ҳолда юқорига кўтаради. Натихада унинг юз қисми бут остидан туғилади.

Туғиш механизми нормал бўлганда ҳомиланинг боши осон туғилади. Баъзи ҳолларда ҳомила бошининг очилиб қолишини кузатиш мумкин. Бунинг олдини олиш учун Морисо—Левре таклиф қилган усулдан фойдаланиш яхши. Бунда врач бир қўлини қинга киритади. Шунда ҳомила қўли биланги устида минган ҳолатда бўлади, оёқлари эса қўлнинг икки ёнида орилиб қолади. Врач қиндаги қўлининг кўрсаткич бармоғини тирноқ бўғимига қадар ҳомиланинг оғзига суқади ва ҳомила бошини олдинга буккан ҳолда туғиш қондаси бўйича олиб чиқишга ҳаракат қилади. Лекин ҳомила оғзига суқилган бармоқ олиб чиқувчи куч бў-

ла олмайди. Врач ташқаридаги қўлини курсаткич ва ўрта бармоқларини сал букиб, ҳомиланинг бўйнидан вилкага ўхшаб қисиб олади ва қолган бармоқлари билан ҳомиланинг елкасидан ушлайди. У курсаткич ва ўрта бармоқлар учини билан ҳомиланинг ўмров суягини босмаслиги ёки бармоқларини ўмров ости чуқурчасига юбормаслиги керак. Акс ҳолда ўмров суяги остида жойлашган нерв чигаллари биринчи қовурғага босилиши ёки сиқилиши натижасида ҳомиланинг қўли фалаж бўлиб қолиши мумкин.

Врачнинг ташқаридаги қўли асосий олиб чиқарувчи қўл вазифасини ўтайди. Ҳомила бошини чиқаришда юқоридаги қўл ҳар доим бошнинг энг кам ўлчами билан туғилиши учун имкон беради, деб айтиб ўтган эдик. Бу билан ҳомила бошининг чаноқ ичида туғри айланишига ва ўқ-ёйсимон чок ҳамда чаноқ ўлчамлари бир-бири билан туғри муносабатда бўлишига эришилади. Ташқаридаги иккинчи қўл билан ҳомила бошини олиб чиқиш учун тракция қилинади (пастга тортилади). Натижада эса чуқурчаси симфиз остига келади. Ҳомила боши ўзининг ана шу тақалиш нуқтаси атрофида айланади, ҳомила танаси эса юқорига кўтарилади. Бунда чот остидан ҳомиланинг оғзи, юзи, пешонаси туғилади.

Шунинг ҳам айтиш керакки, агар аёлнинг қорин девори орқали юқоридан Вербов бинти ёрдамида бир оғзи босиб турилса, ҳомила бошининг чиқиши осонлашади. Аммо бу усул ҳамма вақт ҳам тавсия этилавермайди.

Ҳомиланинг ҳар икки оёғи тула олдин келганда туғиш жараёни думба билан келган каби бўлади. Бунда жинсий ёриқдан ҳар икки оёқ туғилади. Агар бир оёғи билан келган бўлса (тула эмас), туғиш механизми ҳар икки оёқ билан келгандаги каби ўтади. Агар ҳомиланинг орқа оёғи олдин келса, унда олдинги (букилган ҳолатда турган) оёғи симфизининг юқори юзасида тиралиб, ҳомилани 180° га айланишига мажбур этади. Бунда ҳомиланинг ҳолати ўзгаради ва олдинда келувчи орқадаги оёқ олдинга ўтиб кетади. Бунда туғиш жараёнини бошқариш думба билан олдин келгандагидек олиб борилади.

Ҳомила думба билан келганда туғруқ шини ҳомиланинг думбалари ва ташқи жинсий аъзолари соҳасида, биринчи ҳолатда чап думбада, иккинчи ҳолатда

ўнг думбада бўлади. Ҳомила боши қисқа муддатда туғилганда бош шакли ўзгармай, думалоқлигича қолаверади.

Агар думба чала олдин келган бўлса, унда туғилган чақалоқнинг оёғи бир неча кун шу ҳолатини сақлаши мумкин.

Ҳомила оёғи билан келганда туғруқ шиши олдинги оёқда бўлиб, бир оз кукаради. Ҳомила чаноқ ёки оёқлари билан келганда туғруқда мураккабланишлар, яъни бачадон бўйнининг тула очилмаслиги, қогоноқ сувининг олдин ва кўп кетиб қолиши, киндик тизимчаси тушиши, туғруқ дардининг суст бўлиши, ҳомилада асфиксия ҳолати кўпроқ кузатилади.

Баъзи ҳолатларда ҳомила нобуд бўлади. Агар бачадон бўйни тула очилмай туриб ҳомилани тортиб туғдирилса, туғруқ йўллари жароҳатланади, ҳатто бачадон йиртилиши ҳам мумкин.

ҲОМИЛА ДУМБАСИ БИЛАН ЧАЛА (ЕЛҒИЗ) ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚҮЛ БИЛАН (ЦОВЬЯНОВ УСУЛИДА) ЕРДАМ КҮРСАТИШ

Ҳомиланинг чаноқ билан туғилиш жараёнини Цовьянов бўйича тўрт даврга бўлиш мумкин.

1. Ҳомиланинг киндик халқасигача туғилиши.
2. Куракнинг пастки бурчагигача туғилиши.
3. Елка қисми ва қўлларнинг туғилиши.
4. Ҳомила бошининг туғилиши.

Ҳомила думбаси билан чала олдин келганда туғруқни Цовьянов таклиф қилган усулда олиб бориш акушерлар ўртасида кенг тарқалган. Бу усул ҳомиланинг ўлик туғилишини, туғруқ йўллариининг жароҳатланишини анча камайтириб, ҳомиланинг оёқ-қўллари жойлашишини нормал сақлайди. Шунингдек, қўлларнинг юқорига кўтарилиб қолиши, бошнинг орқага эгилиши каби оғир ҳоллар рўй беришига йўл қўйилмайди.

Туғруқ муваффақиятли ўтиши учун энг аввало оёқлар нормал ҳолатда, яъни чаноқ-сон бўғимлари букилган ва тизза бўғимлари очилган бўлиши, қўллар эсатана бўйлаб оёқлар остида бўлиши керак. Цовьянов усули ҳомила оёқларини танасига ёпиштириб ушлаган ҳолда бачадон бўйнининг тула очилишини, оёқ-қўлларнинг нормал туришини, оёқларнинг вақтидан илгарти туғилмаслигини таъминлайди.

Ҳомиланинг кўкрак қисми туғруқ йўлларида ута-ётганда уни кенгайтиради ва ҳомила бошининг қаршиликсиз туғилиши учун шаронт яратиб беради.

Цовьянов думба билан чала олдин келганда туғруқни қўйидагича олиб боришни таклиф қилган: думба туғруқ йўлидан чиқиши билан врач чойшаб ёрдамида уни иккала қўли билан иккинчи думба туғилгунча ушлаб туради. Шу йўсинда бачадон бўйининг тўла очилиши таъминланади (бачадон бўйинининг тўла очилганини контракцион халқани қов суягидан 5 бармоқ юқорига кўтарилганидан ва кучаниқнинг кучайишидан билиш мумкин). Кейин иккала қўл билан бош бармоқларини ҳомила сонининг орқа юзасига (қорин бўйлаб қисилиб турган оёқлар устига), қолган бармоқларни эса ҳомиланинг думғазаси устига қўйган ҳолда ушланади. Қўлларни ҳомила танасига бундай ҳолда жойлаштириб ушлаш оёқларни вақтидан илгари тушиб кетишидан сақлайди, шунингдек, туғилаётган танани юқорига кўтариб йўналтиради.

Ҳомила танаси ташқарига чиққан сари қўли аста-секин жинсий тешик томонга сурилади. Бу вақтда ҳомиланинг кўкрак қафаси бўйлаб ётган оёқларини врач бош бармоқлари билан, бошқа бармоқлари билан эса орқасидан эҳтиётлик билан ушлайди. Қўлини юқорига суради ва ҳомила оёқларининг вақтидан илгари чиқишига ва бошининг орқага эгилиб кетишига йўл қўйилмайди. Ҳомиланинг танаси елка камаригача ташқарига чиқса, унинг қўллари ўзи тушади. Агар ҳомиланинг қўллари ташқарига чиқмасдан ёйилиб қолган бўлса, юқорида қайт қилиб ўтилган усул бўйича қўллар чиқарилади.

Цовьянов усулида қўллар, оёқлар биргаликда чиқарилади. Бунда ҳомила боши чаноқ тубида бўлади. Уни чиқариш учун ҳомила танаси аввал пастга (эна чуқурчаси қов бўғими остига тақалгунча), сўнгра юқорига йўналтирилади. Олдинга эгилган ҳомила боши кучаниқ натижасида мустақил туғилади.

Агар бош туғруқ йўлидан мустақил чиқмаса, уни чиқариш учун юқорида айтиб ўтилган Морисо—Левре усули қўлланилади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, Цовьянов усулини қўллаганда камдан-кам ҳолатларда Морисо—Левре усулидан фойдаланилади.

ҲОМИЛА ОЕҶЛАРИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ЦОВЬЯНОВ УСУЛИНИ ҚУЛЛАШ

Ҳомила оёқлари билан келганда туғруқ думба би билан олдин келгандагига нисбатан бирмунча оғир кечади ва ҳомила кўпинча ўлик туғилади.

Ҳомиланинг ўлик туғилишига кўпинча туғруқ йўллариининг тайёр эмаслиги ва бачадон бўйинининг тўла очилмаганлиги сабаб бўлади. Ҳомила оёқлари чаноқ қисмига ва бошига нисбатан кичкина бўлгани сабабли туғруқ йўлларидадан утишда уни старлича кенгайтира олмайди. Ҳомила оёқлари тўла очилмаган бачадон бўйнидан қинга тушиб, жинсий ёриқдан чиқиши мумкин. Бундай ҳолларда врач қин орқали текширганда ҳомила оёғига тегади, бундан ташқари, ташқи ҳарорат таъсирида ҳомила бевосита нафас олади ва қоғоноқ суви нафас йўлларига кетиб қолиб (боши ҳали бачадон ичида бўлгани сабабли) асфиксия юз беради ва у ғобуд бўлади.

Ҳомиланинг оёқлари билан олдин келиши, ҳомила сувининг олдин ёки вақтидан илгари кетиб қолиши ҳоллари, ҳомиланинг қўллари ёзилиб келиши, бошининг орқага қайрилиб қолиши ва сув кетиши киндик тизимчаси тушишига сабаб бўлади. Баъзан бачадон бўйни қисқариб (спазма) қолиши натижасида ҳомиланинг елкаси сиқилиб қолади.

Цовьянов таклиф қилган қўл билан ёрдам кўрсатиш усули ҳомила оёқлари билан келишида рўй берадиган мураккабланишларининг олдини олишга асосланган. Бу усул қўлланилганда бачадон бўйни тўла очилгунча ҳомила оёқлари ташқарига чиқмай қинда туриши керак.

Бунинг учун ҳомиланинг товони вульва ҳалқасидан кўриниши биланоқ врач туғаётган аёл жинсий аъзоларини стерилланган таглик билан ёпиб, устидан кафтини вульвага қўяди ва ҳар гал дард тутганда ҳомила оёқларини ташқарига чиқишига қаршилик кўрсатади. Шу билан оёқларининг вақтидан илгари туғилишига йўл қўйилмайди.

Бундан ташқари, оёқнинг ташқарига чиқиб кетишига қаршилик кўрсатиш натижасида тўлгоқнинг тез-тез кучли бўлишига ва бачадон бўйинининг тўла очилишига имконият туғилади. Бачадон бўйни очилган сари ҳомиланинг думбаси чаноқ тубига туша боради

ва қиндаги оёқларга яқинлашади. Ҳомила гўё чордана қургандек бўлиб қолади. Натижада аралаш (тула) олдин келиш рўй беради.

Бачадон бўйинининг тула очилгани чот, вульва (ташки жинсий аъзолар) ва орқа чиқарув тешигининг ҳомила думбаси итарганда дупнаиб чиқиши ва контракцион халқанинг еимфиз юзасидан 8—10 см юқорига кўтарилишиндан билани мумкин. Кучаниқда думбалар кучли босим билан вульва халқасидан чиқа бошлайдди (демак, бунда бачадон бўйини тула очилган бўлади).

Олдинда келувчи қисм сўнгги марта сурилганда чот кенгайиб, туғруқ йўли кенг очилади, бу вақтда оёқларнинг чиқишига қаршилик кўрсатишни тўхтатиш керак. Шундай қилганда сўнгги кучаниқда ҳомила қаршиликка учрамай туғилади.

Қўл билан Цовьянов усулида ёрдам кўрсатишни чаноқ билан аралаш олдин келишда (тула) ҳам қўллаш мумкин. Цовьяновнинг кўрсатишича, оёқларнинг вақтидан илгари ташқарига чиқишига қаршилик кўрсатиш 20 дақиқадан 4 соатгача давом этиши мумкин

VII БОБ

ҲОМИЛАНИНГ КУНДАЛАНГ ВА ҚИЙШИҚ ЎТИШИ

(*situs transversus seu obliquus*)

Купинча ҳомила бачадонда узунасига ётади (99,5%). Баъзан у кундаланг ёки қийшиқ жойлашган бўлади (0,5%). Агар ҳомиланинг бўйлама ўқи бачадоннинг бўйлама ўқи билан туғри бурчак ҳосил қилса ва ҳомиланинг кундаланг ётиши ўткир бурчак ҳосил қилса, бунга ҳомиланинг қийшиқ ётиши дейилади. Бу ҳолат кўпроқ қайта туғувчиларда кузатилади. Бунга қуйидагилар сабаб бўлади:

1. Кўп туққан аёлларда қорин девори купинча шу даражада бўшашиб кетадики, ҳомила бачадонда ўз ҳолатини осонликча ўзгартира олади.
2. Кўп сув ҳам бачадон деворини кенгайтириб юбориши натижасида ҳомиланинг ҳаракат қилишига қулай шароит туғилади. Шунга кўра қўзғалувчан ҳомиланинг кундаланг ёки қийшиқ ҳолатда жойлашиб қолиши осонлашади.

3. Қуш ҳомилада кўпинча ҳомиладан биттаси кўндаланг ёки қийшиқ ётиб қолиши мумкин.

4. Ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ жойлашиши бачадон нуқсонлари (аномалияси) да учрайди. Масалан, эгарсимон бачадонда (*uterus arcuatus*) бачадоннинг ўлчами унинг узунлигидан катта бўлади, шу сабабли ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ жойлашади.

5. Бачадон деворида ўсмалар (миома) бўлганда ҳам шу ҳолатни учратиш мумкин.

6. Чаноқ тор бўлганда ҳомиланинг потўғри жойлашишига қулай шоронг туғилади.

7. Ҳомила боши катта бўлганда.

8. Вақтидан илгари туғишда.

9. Улик ҳомилада ҳам потўғри жойлашишини кузатиш мумкин.

10. Плацента бачадоннинг пастки сегментига жойлашганда.

ТАШХИС ҚЎЙИШ

Аввало ташқи томондан бачадон шаклини кўздан кечириш орқали ҳомиланинг қандай ётганини аниқлаш мумкин. Бунда бачадоннинг узунасига эмас, балки кўндалангига (гўё тухумни ётқизиб қўйгандек) жойлашганлиги ташхис қўйишда қулайлик туғдиради. Бунда бачадон туби шу муддатдаги бўйлама ётишдаги ҳолатдан анча пастда бўлди. Ҳомиланинг боши ва думбаси она қорининг ён деворларини пайпаслаб кўриб аниқланади (Левицкий—Леопольд усули).

Ҳомила кўндаланг ётганда ҳомиланинг қандай ҳолатда (позиция) эканлиги бошнинг туришига қараб аниқланади. Агар ҳомиланинг боши чап томонда турган бўлса, бу биринчи ҳолат, агар унг томонда бўлса, иккинчи ҳолат ҳисобланади.

Ҳар бир ҳолат ўз навбатида икки хил кўринишга эга: агар ҳомиланинг орқаси олдинга (онасининг қорин девори томонига) қараган бўлса (онасининг қорин девори томонига) олдинги кўриниш, орқага (онасининг умуртқаларига) қараган бўлса орқа кўриниш дейилади. Одатда биринчи ҳолат — олдинги кўриниш кўпроқ учрайди. Қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда бачадон туби ва қов суяги усти соҳасидан ҳомиланинг йирик қисмларини аниқлаб бўлмайди. Пайпаслаганда

Ҳомиланинг фақат нотўғри жойлашганлигинигина эмас, балки унинг ҳолати ва қайси кўринишда эканлигини ҳам аниқлаш мумкин. Агар олдинги кўринишда бўлса, унинг текис орқасини, орқа кўринишда эса майда қисмларини пайпахлаш мумкин.

Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш орқали ҳам унинг қайси ҳолатда ётганини аниқлаш мумкин. Агар ҳомиланинг юрак уриши аёл киндигининг чап ёнидан эшитилса, ҳомиланинг биринчи ҳолатда эканлиги, ўнг ёнидан эшитилса, иккинчи ҳолатда эканлиги аниқланади.

Ҳомиланинг кўндаланг ётганлигини ва қайси кўринишда эканлигини сув кетгандан кейин, туғруқ вақтида ички текшириш йўли билан аниқлаш мумкин. Бачадон бўйин тўла очилмай туриб қин орқали текшириш қоғоноқ ёрилиб кетиши хавфини туғдиради.

Сув кетган бўлса, олдинда келувчи қусмлари: елка камари, қўл, кўкрак қафасини топиш осон бўлади.

Ҳомиланинг қайси ҳолатда ётганини қўлтиқ ости чуқурчаси орқали ҳам аниқласа бўлади. Агар қўлтиқ ости чуқурчаси чап томонга берк бўлса (ўнг томон очиқ) биринчи ҳолат (I позиция), аксинча бўлса иккинчи (II позиция) ҳолат бўлади.

Ўмров суяклари ва кўракларнинг туришига қараб ҳам ҳомиланинг қайси ҳолатда эканлигини аниқлаш мумкин. Агар бунда ҳомиланинг кўраклари олдинга, ўмров суяклари орқага қараган бўлса олдинги кўриниш, аксинча бўлса орқа кўриниш бўлади. Баъзан сув кетишида ҳомиланинг қўли қинга тушиб қолади (бу патологик ҳолат). Бунда ташхис қўйиш осон бўлади.

Қайси қўлнинг (чап ёки ўнг қўлнинг) тушганлигини билиш ҳам катта аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳомиланинг тушган қўли билан «фараз қилиб» кўришиш керак. Агар тушган қўл врачнинг ўнг қўли билан кўришса, ўнг қўл, аксинча бўлса, чап қўл эканлигини кўрсатади. Тушган қўлнинг қафтини олдинга тўғри қилиб қаратганда бош бармоқ ўнгга қараган бўлса, бу ўнг қўл, чапга қараган бўлса, чап қўл эканлиги маълум бўлади. Шундай қилиб, ҳомила биринчи ҳолатда (позиция) бўлганда ўнг қўлнинг тушиши олдинги кўриниш, чап қўлнинг тушиши эса орқа кўриниш эканлигидан далолат беради.

Иккинчи ҳолатда ўнг қўлнинг тушиши орқа кўриниш, чап қўлнинг тушиши, олдинги кўринишнинг кўрсатади.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётганда аёлда субъектив ҳолат унчалик сезилмайди. Аммо уларда ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи, қоғоноқ сувининг кетиб қолиши ва бунинг натижасида эса турли асоратлар кузатилади.

ТУҒРУҚНИНГ КЕЧИШИ

Ҳомиланинг қийшиқ ва кўндаланг ётиши энг оғир ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бунда ҳомиланинг ўзи мустақил равишда айланиб туғилиши камдан-кам учрайди. Ҳомила кичик ва қўзғалувчан бўлганда ҳамда қийшиқ ётганда баъзан мустақил туғилиши мумкин. Ҳомила муддатига етмай она қоринида ўлиб қолса ва у чирган (мацерация) бўлса ёки кичкина бўлса, у ўзидан бурилиб ёки иккига букилган ҳолда туғилиши мумкин. Ҳомила ўз-ўзидан бурилиб туғилганда (*versio spontanea*) туғруқ фаолияти кучли бўлиши натижасида унинг қисмлари кетма-кет туғилади. Бунда аввал ҳомила елкаси чаноқнинг кириш қисмига маҳкам суқилади, танаси букилган ҳолатини олади, думбалари, оёқлари туғилиб бўлгач иккинчи елкаси ва ниҳоят ҳомиланинг боши туғилади (*evaluatio foetus spontanea*).

Ҳомила букланиб туғилганда (*partus conduplicatio congenita*) иккига бўлинган ҳолда олдинги елка, сўнгра қоринга босилган (сиқилган) ҳолда тана ва бош, энг охирида думба ва оёқлар чиқади. Кўпинча туғруқ ҳомила нотўғри ётган ҳолда бошланади. Оғир ҳолатлар туғруқнинг биринчи даврида рўй беради.

Ҳомила нотўғри ётганда туғруқ акушерлик ёрдамсиз ўтса одатда бачадон йиртилиши, ҳомила она қоринида ўлиб қолиши мумкин. Ҳомила кўндаланг ва қийшиқ ётганда олдинда келувчи қисм бўлмайди, шунга кўра тақалиш ҳам бўлмайди. Қоғоноқ суви иккига: олдинги ва орқа сувга бўлинмайди. Бундай ҳолда бачадон бўйни тула очилиб бўлмасданоқ бачадондаги бесим таъсирида қоғаноқ пардаси ёрилади. Қоғаноқ сувининг вақтидан илгари кетиб қолиши одатда туғруқ дардининг сусайишига сабаб бўлиши мумкин.

Сув кетганда киндик тизимчасининг қинга тушиши ҳам ҳомила учун оғир патологик ҳолат ҳисобланади. Қоғаноқ сувининг олдин кетиб қолиш сабаблари: ҳомила боши билан туғилганда ҳомила бошида тақалиш камари ҳосил бўлиши натижасида қоғаноқ суви олдин-

ги ва орқа сувларга бўлинади. Бунда киндик тушиши учун шаронт бўлмайди деб айтиб ўтган эдик.

Агар тугруқдан олдин бачадон ичигаги босим 20 мм симоб устунига тенг бўлса, тугруқ жараёнида 50 мм симоб устунига, бачадон қисқарганда эса 95 мм симоб устунига тенг бўлади. Ҳомила кўндаланг ётганда тақалиш камари бўлгани сабабли қоганоқ пардаси бу босимга бардош беролмай ёрилади. Натижада ҳомила олди суви кетиб қолади ва дарднинг кучли таъсирида ҳомила кўндаланг ётишининг ўтиб кетган турига ўтиб қолади.

Қоганоқ ёрилгандан кейин ҳомила олди суви кетиб қолади ва дарднинг кучи таъсирида ҳомила бачадоннинг пастки сегментига жойлашади.

Орқа умуртқа қайрилиб, елка камари чаноқ киришига суқилиб қолади. Кўпинча ҳомила қули тушиб, кўкариб қолади. Ҳар сафар дард тутганда ҳомила чаноқ киришига елкаси билан чуқурроқ кириб боради. Шундай қилиб, чузилиб кенгайган ва таранглашган бачадоннинг пастки сегментига ҳомиланинг кўп қисми жойлашади. Натижада кўндаланг ва қийшиқ ҳолатнинг ўтиб кетган тури вужудга келади. Бунда ҳомила қўзғалмайдиган бўлиб қолади. Шу ҳолатда дард тутиши давом этаверса, бачадон мускулларида тетаник қисқариш бошланади. Бу Бандель белгиси деб аталади.

Бачадоннинг кўрниниши қорин девори орқали қаралганда иккига бўлиниб туради (8 рақамли қум соати каби). Бачадоннинг бу шаклда бўлиб қолишига сабаб пастки сегмент—бачадоннинг пассив қисми кенгайиб, фаол қисми торайиши ва ҳомиланинг пассив қисмга жойлашашидир. Бунда ҳомилани қимирлатиш мумкин бўлмай, қолади. Чунки у қаттиқ суқилган ҳолатда бўлади.

Ретракцион ҳалқа юқорида айтиб ўтганимиздек бачадонни фаол ва суст қисмларга ажратувчи чегара ҳиссёланади. Унинг бу ҳолатда жойлашиши бачадоннинг пастки сегменти ҳаддан ташқари кенгайиб кетганидан далолат беради. Бачадоннинг думалок пайи (liq. teres uteri), айниқса чап томондагиси таранг тортилади. Бу ҳамма белгилар ҳомиланинг ўтиб кетган ҳолатини кўрсатади.

М. С. Малиновскийнинг айтишича, ҳомиланинг ўтиб кетган ҳолатини аниқлашда қуйидаги 5 белгига амал қилиш керак:

1. Ҳомила қўзғалувчанлигини бутунлай йўқотганлиги.

2. Ҳомиланинг елкаси чуқурга тикилиб, қўзғалмайдиган бўлиб қолгани, унинг қўли тушиб шишганлиги ва кўқарганлиги.

3. Ҳомиланинг кўкрак қисми елкадан пастга суқилиши натижасида иккинчи елканинг бирмунча юқорига кўтарилгани.

4. Бачадон бўйни кучли равишда юқорига тортилгани.

5. Қиннинг ҳаддан ташқари торайгани, чунки қин Ҳомила қисмини пастга тушган қисми билан тўлган бўлади.

Кўндаланг ётган Ҳомиланинг ўтиб кетган ҳолатида туғаётган аёл бетоқат бўлади, у қорин пастидagi кучли оғриқдан шикоят қилади. Томир ўриши тезлашади. Бачадоннинг пастки сегментидаги оғриқ зўрая бориб, охири Ҳомила нобуд бўлади. Бу вақтда тезда акушерлик ёрдами кўрсатилмаса, бачадон ёрилиши мумкин. Бунда аёл оғриқ зўрлигидан бирданга қичқириб юборади.

Баъзан аёл қорнида бир нарса йиртилганидан шикоят қилади, ахvoli оғирлашади (жароҳат ва қон кетиш шоки). Аёлнинг ранги оқариб кетади, пульси сусайиб, қон босими пасаяди, қиндан қон кела бошлайди. Асосий қон қорин бўшлиғига оқади. Ҳомила қорин бўшлиғига чиқади, шу сабабли қорин шакли илгариги ҳолатини ўзгартиради. Бачадон ортиқ қисқармагани сабабли дастлаб қорин пастидa илгаригидек оғрик бўлмайди, аёл гўё тинчланганга ўхшайди. Гентер бунни «Кучли бўрондан кейинги тинчлик» деб атайдн. Дарҳақиқат, аёл тинчлангани яхшилик белгиси бўлмай, шок ҳолатини билдиради. Лозим бўлган ёрдам чоралари кўрилмаса, аёлнинг ҳалоқати билан яқунланади.

Баъзи ҳолларда Ҳомила кўндаланг ётганда туғруқ оқибати бошқача бўлиши ҳам мумкин. Бунда туғруқ кўчининг иккинчи сўстлиги пайдо бўлиб, туғруқ тўхтайдн, бачадон деярли қисқармай қўяди, туғруқ йўллари очиқ бўлиши сабабли ўз вақтида ёрдам берилмаса, юқорига кўтарилувчи инфекциянинг авж олиши натижасида септик ҳолат вужудга келади (эндометрит, перитонит, сепсис ва бошқалар).

ТУҒРУҚНИ БОШҚАРИШ

Ҳомиланинг кундаланг ва қийшиқ ётганлигини ҳомиладорликнинг 7-ойларида аниқлаш мумкин. Чунки бундан эрта муддатларда ҳомила ҳали қўзғалувчан бўлиб, ўз ҳолатини тез-тез ўзгартириб туради. Аёл ҳомиланинг катта қисми жойлашган ёнбошида кўпроқ ётса, унинг кундаланг ҳолатдан бўйлама ҳолатга ўтишига ўнғайлик туғилади. Агар ҳомила боши чап томонда, думбалари эса бачадоннинг ўнг бурчагида бўлса, ҳомиладор чап ёнбоши билан ётиши керак. Ҳомила қийшиқ ёки кундаланг ҳолатда қолаверса ҳомиладорликнинг 35-ҳафтасида аёл туғруқхонага юборилади. Баъзи мутахассислар шу муддатга ҳомилани туғруқхона шаронтида ташқаридан (қорни девори орқали) айлантиришни тавсия этадилар. Бундай айлантириш ҳамма вақт ҳам яхши натижа беравермайди. Бунда оғир асоратлар юзага келиши, хусусан плацентанинг вақтидан илгари кучини, киндик тизимчаси ҳомила танаси ёки бўйнига ўралиб қолиши мумкин. Агар тизимчада тугун бўлса, у маҳкам бўланиб қолиши натижасида ҳомила нобуд бўлади.

Қоғаноқ ёрилиб кетмаслиги, қоғаноқ сувини сақлаш мақсадида туғруқнинг биринчи давридаёқ каравотга ётқизиб қўйиши керак. Бунда ҳомиладорга туришга рухсат этилмайди. Аёл каравотда ётганида ҳомиланинг боши ёки думбалари чаноқ киришига яқин турган ёнбошига ётиши керак (бунда ҳомила боши ёки думбаси билан чаноқ киришига яқинлашиши мумкин).

Бачадон бўйни тўла очиқ бўлганда агар ҳомила кичкина бўлиб, чаноқ тор бўлмаса қоғаноқ пардасининг ўз-ўзидан ёрилишини кутмасдан уни жуда эҳтиётлик билан ёриш керак. Бунинг учун қўлни қипга киргизиб, қоғаноқ нина билан тешилади. Қўл муштум қилинган ҳолда кинда тутиб турилади ва қоғаноқ суви аста-секин туширилади (агар акушер қўлини муштум қилиб турмаса сув бирданига кўп тушиб кетиши мумкин). Сўнгра ҳомилани олиб чиқиш учун қўлланиладиган операциялардан (ҳомилани айлантириб олиб чиқиш, ўлик бўлса эмбриотомия қилиш) фойдаланилади.

ҲОМИЛАНИНГ БАЧАДОНДА НОТУҒРИ ЖОЙЛАШИШИ ВА УНИ ТУҒРИЛАШ (versio obstetrica)

Ҳомила бачадонда нотуғри жойлашганда уни туғрилаш операциялари қуйидагича бажарилади:

1. Ташқаридан — қорин девори орқали айлантириб туғрилаш (профилактик усул).

2. Бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб, ҳомила ва чаноқ улчамлари мос бўлганда ҳомилани айлантириш (классик усул) Бунда ҳомила айлантириш билан бирга олиб чиқилади ҳам.

3. Бачадон бўйни 2—2½ бармоқ эни очиқ бўлганда ҳомила айлантирилади, ammo олиб чиқилмайди (Брокстон—Гикс усули).

Акушерликда ҳомилани айлантиришдан мақсад туғруқ жараёнини енгиллаштириш ва баъзи бир патологик ҳолатларда (плацента олдин келганда, киндик тизимчаси тушганда ва бошқаларда) ёрдам бериш мақсадида ҳомилани тик ҳолатга (бошига ёки чаноғига) ўтказишдир.

ҲОМИЛАНИ ТАШҚАРИДАН (ҚОРИН ДЕВОРИ ОРҚАЛИ) АЙЛАНТИРИШ

Айтиб ўтганимиздек, ҳомилани ташқаридан айлантириш фақат қорин девори орқали бажарилади. Операцияни бошлашдан олдин қовуқ ва ичаклар бўшатилди. Ҳомиланинг ётиш ҳолати ва юрак уриши текширилгандан кейин операция белгиланади. Бу турдаги операция фақат ташқаридан—қорин девори орқали бажарилади. Бунинг учун асосий кўрсатмалар қуйидагилар:

1. Ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ жойлашиши.
2. Чаноқ билан олдин келиши.
3. Ҳомила бошининг кичик чаноқ кириш қисмида нотуғри жойлашиши (асинклитик ҳолат) пешонаси билан ёки олдинги кўрнинишда юзи билан келганда).

Асосий шароитлар:

1. Ҳомиладорликнинг муддати 36—35 ҳафта бўлганда.

2. Ҳомила етарли қўзғалувчан бўлганда.
3. Бачадон ва қорин девори таранг бўлмаганда.
4. Ҳомиланинг жойлашиши аниқ бўлганда.
5. Қогоноқ бутун бўлганда ёки ёрилганига кўп вақт бўлмаган ҳолатларда.

Қуйидаги ҳолатларда бу хилдаги операциялардан фойдаланиш мумкин эмас:

1. Биринчи ҳомиладорлик вақтидан илгари тўхтаган ҳолда (анамнезга асосланган ҳолда).
2. Оз миқдорда бўлса ҳам қон кетаётган бўлса.
3. Илгари кесарча кесилш операциясини бошдан кечирган бўлса.
4. Гистоз, сурункали нефрит, юрак-томир касалликлари, юрак пороги, чашоқ соҳасидаги усмалар, қон айланиши бузилган ҳолатларда.
5. Бачадонда рефлектор қўзғалиш кучайганда.
6. Диагонал конъюгата II см дан кам бўлганда.
7. Сув кўп бўлганда ва кўп ҳомилали ҳомиладорликда.
8. Гидроцефалияда.

Баъзи мутахассислар бу операцияни фақат стационарда эмас, балки консультация шароитида ҳам бажариш мумкин, деб ҳисоблайдилар. Операция консультация шароитида бажарилганда аёл 2 соат врач назоратида бўлиши керак. Бу вақт давомида врач ҳомиланинг юрак уриши ва аёлнинг умумий аҳволини кузатиб туради.

Операция қилиш усули. Бу хилдаги операция жуда эҳтиёткорликни талаб қилади. Операцияни зўрма-зўракайишга олиб бориш ярамайди. Айлантириш жараёнида аёл оғриқни сезмаслиги керак.

Аёл оёғини тизза ва сон бўғимларида буккан ҳолда қаттиқ каравотга чалқанча ётқизилади. Олдин ҳомиланинг юрак уриши аниқланади. Врач ҳомиллага юзи билан қараган ҳолда унинг унг томонига ўтиради. Операция ҳомиланинг ҳолати аниқлангач Б. А. Архангельский усули бўйича бажарилади. Бундан ташқари, Ви-ганду усули ҳам бор.

Ҳомила қийишқ ва кўндаланг жойлашганда Б. А. Архангельский усулида айлантириш умумий қонда бўйича бажарилади. Бунда ҳомиланинг барча кўрниниши ва ҳолатида думбалар ҳомиланинг орқа томони билан бош томонга, бошни эса ҳомиланинг қорин девори томони-

га айлантрилади. Бунинг натижасида ҳомила олд кўринишда бўлиб қолади.

Архангельскийнинг фикрича, ҳомиланинг майда қисмлари ва бошининг жойлашиш ҳолати бузилмайд. Ҳомила олдинги кўринишда кўндаланг ётган, унинг орқаси бачадон тубига қараган бўлса, ҳомила боши чаноқнинг кириши томон уни ёни ва орқасидан ушлаган ҳолда пастга ва олдинга сурилади (I ҳолатда унги ёнбош соҳаси, II ҳолатда эса чап ёнбош соҳаси томон сурилади).

Б. А. Архангельский врач баъзан хатога йўл қўйиши мумкин дейди. Ҳомила олдинги кўринишда кўндаланг ётган бўлса ва ҳомиланинг орқаси чаноқ киришига қараган бўлса врач ҳомилани айлантришда ҳомила бошини туғридан-туғри чаноқ киришига йўналтиради. Бунда ҳомила боши очилиб қолиб айлантриш операциясини анча мураккаблаштириб юборади.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ, олдинги кўринишда, орқаси билан чаноқ киришига қараган ҳолатда бўлса, бунда ҳомила 270° га айлантрилади. Олдин ҳомила боши она қовурғаси томон, думбаси эса чаноқ чиқиши томон сурилади. Кейин думбадан бошга айлантрилади.

Ҳомила орқа кўринишда кўндаланг ёки қийшиқ ётган, орқаси билан чаноқ киришига қараган бўлса, бунда ҳам у 270° га айлантрилади. Уни киндикдан узоқлашмасдан қовурға остига йўналтриш керак. Шунда ҳомила думбаси чаноқ киришида, ҳомила эса орқа кўринишда бўлиб қолади. Ҳомила боши қорин деворига яқин ёки қовурға остида булади. Натижада айлантришнинг сўнгги босқичида бошга айлантришда катта қийинчиликка дуч келинади.

Ҳомилани айлантриб бўлгандан кейин унинг турғунлигини сақлаш учун Б. А. Архангельский махсус бандажни тавсия этади. У 10 см кенгликдаги лента бўлиб, бунининг киндик соҳасига ёки ундан бир оз пастга кийгизилади. Бу бандажни аёл операциядан кейин 1—2 ҳафта давомида тақиб юриши керак. Мабодо бандаж бўлмаса, 2 та сочиқни буклаб ҳомиланинг ҳар икки томонига қўйилади ва бинт билан боғлаб қўйилади.

Виганда усулида врач иккала қафтини ҳомиладорнинг қорнига қўяди. Бунда унинг бир қўли ҳомила бошини, иккинчи қўли эса думбасини ушлаган ҳолда бў-

лади. Ҳомила боши билан думбасига бир вақтда таъсир қилиб, аста-секин айлантириб, ҳомилани вертикал (тик) ҳолатга келтиради. Бунда ҳомила боши чаноқ киришида, думбаси бачадон тубида бўлиб қолади.

Агар шу айлантириш жараёнида бачадон рефлектор равишда қисқара бошласа, дарҳол операцияни тўхта-тиб айлантириш жараёнидаги ҳолатда сақлаб туриш керак бўлади. Акс ҳолда ҳомила узининг асли ҳолига қайтиб қолди. Бачадон тўла бўшашгандан кейин айлан-тиришни давом эттириш мумкин.

ҲОМИЛА ЧАНОҚ ҚИСМИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА БОШИГА АЙЛАНТИРИШ

Бу усул деярли қўлланилмайди. Асосан ҳомилани бошига айлантириб нормал физиологик ҳолатда туғи-лиши таъминланади. Операция усули Б. А. Архангельс-кий бўйича. Бунда ҳомилани оёқ ва чаноқ қисмидан ушлаб уни орқаси томонига қарама-қарши ҳолатга ай-лантирилади. Дастлаб думбалари ушланади ва чаноқ чиқишидан узоқлаштирилади. Думбалар чаноқ чиқиши-нинг устида турганда уни ҳомиланинг ҳолати томонга сурилади. Айлантиришда бошни олдин суршга масла-ҳат берилмайди, чунки акушернинг қўли қовурға ости-да жойлашган бўлади. Бунда ҳомиланинг чаноқ қис-ми ва думбасига таъсир қилиб, у чаноқ киришига ту-шиб қолади, натижада унинг қўзғалишига қаршилиқ кўрсатади.

Ҳомила бошини фақат унинг думбаси чаноқ чиқи-шидан четга (ёнбошга) сурилгандан кейингина суриш мумкин. Биринчи ҳолатда чап қўл билан ҳомила боши-ни энса чуқурчаси соҳасидан ушлаб аста энса соҳаси билан онанинг ўнг томонига сурилади. Бунда ўнг қўл билан думбани чап ёнбош суяги соҳасида ушлаб тури-лади ва уни бачадоннинг чап девори бўйлаб ҳолатига мослаб юқорига кўтарилади.

Айлантирганда шунга аҳамият бериш керакки, ҳо-мила боши энса қисми билан туриб қолган бўлсин. Ҳомила боши чаноқ киришида бўлганда акушер қўли-ни онанинг ён томонига ўтказиб, бачадонни ҳар икки томонидан ва бир неча маротаба киндикдан орқага бир оз босади. Шундай ҳаракат билан ҳомиланинг май-да қисмларини табний ҳолатда туриб қолиши таъмин-ланади.

Олдинги кўринишда айниқса ҳомила орқаси ўрта чиқиққа яқин жойлашган бўлса ҳомила бошини ушлаш анча қийин бўлади. Чунки бунда ҳомила боши қовурга остида юзи билан орқа умуртқа томонга қараган бўлади, шунга кўра уни қўл билан ушлаб олишда қийинчилик туғилади.

Агар ҳомила орқа кўринишда бўлса, уни айланттириш осон бўлади. Чунки бунда ҳомила боши онанинг қорин деворига қараганлиги сабабли уни ушлаб олишда қийинчилик туғилмайди.

**ҲОМИЛАНИ ТАШҚАРИ ВА ИЧКАРИДАН
КОМБИНАЦИЯЛАНГАН (КЛАССИК) УСУЛДА
ОЕҒИГА АЙЛАНТИРИШ
(versioforvus in pedum).**

Ҳомилани бу хилда айланттириш эрта айланттиришдан (бачадон бўйни тўла очилмай 4—6 см очилганда Брокстон—Гикс усули) фарқ қилади. Эрта айланттиришда ҳомилани айланттириб бўлгандан кейин уни туғдирилмайди. Оёғи жинсий тешикдан тизза бўғимигача чиққач унга 300—350 грамм келадиган юк осиб қўйилади. Классик айланттиришда эса бачадон бўйни тўла очилганда ҳомилани айланттириб олиб чиқилади. Шу билан бу ҳар икки операция бир-биридан фарқ қилади. Классик операцияни бажаришга кўрсатмалар:

1. Ҳомила кўндаланг ётганда. Маълумки, ҳомила кўндаланг ётганда мустақил туғилиши мумкин эмас, агар ҳомила ўз вақтида айланттирилмаса онада ҳам, ҳомилада ҳам оғир патологик ҳолатлар кузатилиши мумкин.

2. Ҳомила боши чаноқ киришида нотўғри турганда. Бола пешонаси, юзи билан олдинги кўринишда бўлганда, бошининг ўқ-ёйсмон чоки билан юқорида нотўғри ўлчамда турганда ва бошқа ҳолатларда чаноқ ўлчамлари нормал бўлганига қарамасдан туғруқ нормал кечмайди ва оғир мураккабланишлар бўлади.

3. Ҳомила боши билан келганда, киндик ҳалқаси ёки оёғи тушиб қолганда.

4. Она ва ҳомиланинг ҳаёти хавф остида қолганда ва кесарча кесишининг иложи бўлмаса бу хилдаги операциядан фойдаланилади. Она ва ҳомила учун хавотирли ҳолатларга юрак ва ўпка

касалликлари, эклампсия, плацентанинг вақтидан илгари кўчиши (агар бачадон бўйни тўла очиқ, чаноқ ўлчамлари ҳомиллага мос бўлганда) мисол бўлади.

Операцияга монезликлар:

1. Ҳомиланинг ўтиб кетган кўндаланг ётишида.

2. Бачадон йиртилиши хавфи бўлганда, йиртила бошланганда ва йиртилганда.

3. Чаноқ ўлчами ва ҳомиланинг бош ўлчами тўғри келмаганда.

К. М. Жорданино бу операцияни фақат ҳомила тирик бўлганда қўллаш мумкин дейди.

Бошқа мутахассислар, хусусан М. С. Малиновский ва бошқалар ҳомила боши билан келса ва у ўлик бўлса бу турдаги операциядан фойдаланиб бўлмайди, дейди. И. И. Яковлев эса ҳомила қандай ҳолатда бўлишидан қатъи назар бу турдаги операциядан фойдаланиш мумкин, деб ҳисоблайди.

Бизнинг фикримизча эса ҳомила тирик бўлгандагина бу операциядан фойдаланиш мумкин. Чунки бунда ҳомилани айлантирибгина қолмай, балки олиб ҳам чиқилади. Бундан асосий мақсад ҳомилани тирик олиш ва асоратлар бўлмаслигини таъминлашдир. Бундан ташқари, плацентани барвақт тўла ўрнидан кўчирганда чаноқ ўлчами ҳомилани олиб чиқишга имкон берса, бачадон бўйни тўла очиқ бўлса, аёлда кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш учун имконият бўлмаса бу операциядан фойдаланилади.

Асосий шартлар:

1. Ҳомиланинг бачадон ичидан қўзғалувчан бўлиши. Бунда олдинда келувчи қисмини итариб, қўл билан бачадонга кириб ҳомилани айлантириш имкони бўлиши керак. Бунинг учун энг қулай шароит бачадон бўйнининг тўла очилиши ҳисобланади.

2. Қорғоноқ суви бутун ёки яқинда кетган бўлса ҳамда ҳомила боши чаноқ киршига суқилмаган бўлса. Бу кўпроқ қайта туғувчиларда кузатилади. Биринчи туғувчиларда ҳомила боши туғишдан бир ой олдин чаноқ киршига суқила бошлаган бўлади.

Бундан ташқари, биринчи туғувчиларнинг бачадони

таранг бўлгани сабабли бу операцияни бажариш анча қийин булади. Бу хилдаги операцияни фақат онанинг ҳаёти хавф остида қолгандагина мутахассис врач бажариши мумкин. Агар операция қилиш жараёнида бирор қийинчилик туғилса врач буни тўхтатиб бошқа туғруқ усулларидан фойдаланиши керак.

Ваъзи ҳолларда ҳомилани айланттириш жараёнида бачадон бўйни очиқ бўлишига қарамай оғир ва қўпол ҳаракат қилиш бачадоннинг шу соҳасини қитиқлаши натижасида ички тешик сиқилиб қолади. Бунда айланттириб олиб чиқиш учун шаронт бўлмайди.

3. Бачадонни қисқарттирувчи препаратлар уринсиз ишлатилганда ҳам бачадон бўйни сиқилиб қолишини кузатиш мумкин. Чаноқ тор бўлмаслиги (conjugata vera 8,5 см дан кам бўлмаслиги) керак (*Малиновский бўйича*).

4. Бачадон бўйни тула очиқ бўлиши керак. Агар бачадон бўйни тула очилмасдан ҳомилани айланттириб чиқаришга уринилса, бачадон бўйни, ҳатто бачадоннинг ўзи ҳам йиртилиши мумкин. Ҳомила бошининг бўйин каналида сиқилиб қолиши оғир асоратлардан ҳисобланади.

Ҳомилани айланттиришга монеъликлар:

1. Бачадон йиртилиши хавфи бўлганда.
2. Ҳомила бачадонда (қоғоноқ суви кетиб қолганда) зич ётиб, қўзғалмайдиган бўлганда.
3. Кўндаланг ётишнинг ўтиб кетган ҳолатида.
4. Ҳомила боши чаноқ киришига зич суқилиб қолганда.
5. Гидроцефалияда.
6. Ҳомила ўлик бўлиб, тик жойлашган бўлса, уни бошига айланттириш шарт эмас. Бунда оёғидан тортиб туғдириш керак.

Агар ҳомила кўндаланг жойлашган ва ўлик бўлса бунда ҳомилани айланттириб чиқазиб, кейинги келадиган бошни перфорация қилиб олиш мумкин.

Бу хилдаги операцияга тайёргарлик қуйидагича бўлади:

1. Аёлнинг оёқлари сон ва тизза бўғимларидан бўкилган ҳолда қорин деворига яқинлаштирилади. Бунда қорин деворининг мускуллари бирмунча бўшашади.

2. Акушерлик ўрта чизиқдан бир оз четга (агар ҳомиланинг оёқлари ўнгда бўлса акушер чапроқда) турган ҳолда ёрдам беради.

3. Аёл қида бажариладиган операцияларга тайёрлангани каби тайёрланади. Жинсий аъзолар ташқи жинсий аъзолар соҳаси, сонинг ички юзасини ювиб, сунгра спирт ва йод суртилади.

Бундан ташқари, қорин девори ҳам яхшилаб дезинфекция қилинади. Чунки комбинацияланган усул бўйича ҳомилани айлантиришда бир қўл билан қин орқали, иккинчи қўл билан қорин девори орқали ҳаракат қилинади.

4. Қовуқ бўшатилиши, ичаклар эса ҳуқна қилиб тозаланиши зарур.

Ҳомилани айлантириш операциясини умумий нарқоз остида олиб бориш мақсадга мувофиқ.

Операция усули. Операциядан олдин ҳомиланинг бачадонда қандай жойлашганини, оёғи онанинг қайси томонидалигини билиб олинса, операция қилиш осон бўлади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, врач ташқаридаги қўли билан ҳомилани айлантириш жараёнида ҳомиланинг олдинда келган қисмини юқорига суради. Бу билан бачадонни ортиқча юқорига кўтарилишига йўл қўйилмайди. Агар бачадон ортиқча юқорига сурилса, унинг юпқаланиб кетган пастки сегменти ортиқча тортилиб йиртилиш хавфини туғдиради.

Бундан ташқари, ташқаридаги қўл ҳомиланинг чаноқ қисмини, хусусан оёғини бачадон ичидаги қўлига яқинлаштиради. Классик усулда ҳомилани айлантириш

3 босқичдан иборат:

1. Қўлни бачадонга киритиш.

2. Оёқни ёки оёқларни топиб ушлаб олиш.

3. Ҳомилани айлантириш.

Айлантириб бўлингандан кейин ҳомила туғруқ йўлидан олиб чиқилади. Ҳомилани айлантириш учун бачадонга юбориладиган қўл билан ҳомила оёғини ушлаб олиш осон бўлсин учун ҳомиланинг ҳолатига риоя қилинади.

Одатда ўнг қўл яхши ёрдам берса ҳам ҳомиланинг майда қисмларини топиш учун мос қўл танланади.

Агар ҳомила кўндаланг ётган бўлса (албатта маълум шароит бўлганда), унда ҳомиланинг думба қис-

мига мос қўл бачадон ичига киритилади. Бунда оёқлар жойлашган томонга қарама-қарши киритилади. Биринчи ҳолатда (ҳомила боши чапга қараган бўлса) акушернинг туриш ҳолатига нисбатан чап қўлни, иккинчи ҳолатда (ҳомила боши уннга қараган бўлса) уннг қўлни киритилади. Ҳомила тик жойлашган бўлса бунда ҳам ҳомиланинг туриш ҳолатига қараб уннинг майда қисмлари жойлашган томонга киритилади. Бунда биринчи ҳолатда чап, иккинчи ҳолатда уннг қўл киритилади.

Ҳомила битта ёки иккита оёғидан ушлаб айлантирилади. Купинча битта оёқ айлантирилади. Битта оёқни ушлаб айлантиришда баъзи акушерлар, хусусан Н. Н. Феноменов ва бошқалар учраган оёқдан ушлаб айлантириш мумкин деб ҳисоблайдилар.

Шуни унутмаслик керакки, ҳомилани айлантириганда, у олдинги кўринишда бўлиб қолиши керак. Шуни ҳисобга олган ҳолда ҳомиланинг қайси кўринишда эканлигини аниқлаб, кейин айлантиришга киришиш керак. Агар ҳомила кўндаланг ётганда олдинги кўринишда бўлса, унда пастдаги оёқ, орқа кўринишда бўлса юқоридаги оёқ ушланади. Мана шунда ҳомилани олдинги кўринишда олиб чиқиш мумкин бўлади.

Агар исталган оёқ ушлаб айлантирилса, турли асоратлар кузатилиши мумкин. Маълумки, ҳомила оёқлари билан келганда агар олдинги оёғи чаноқ киришига жойлашса орқадаги оёқ бут остидан чиқади, агар орқа оёқ жойлашса унда олдинги оёқ симфиз устида тутилиб қолади. Натижада туғиш жараёни бузилади. Бундан ташқари, оёқларни танлаб ўтирмасдан туғри келган оёқдан ушлаб тортилса, ҳомила орқа кўринишда бўлиб қолиши мумкин.

Агар ҳомила тик ҳолатда боши билан чаноқ киришига жойлашган бўлсада, уни оёғига айлантириш режалаштирилган бўлса, унда олдинда жойлашган оёқдан ушлаб айлантирилади ва туғдирилади (бу усулдан купинча фойдаланилмайди).

Бундан ташқари, ҳомила бачадонда кўндаланг жойлашганда ҳомилани айлантириб туғдиришнинг немис ва французча усуллари ҳам бор. Немислар таклиф қилган усулда ҳомила оёқларини қидириб ўтирмай ураган оёқни топиб ушлаб айлантиришни, французлар эса дастлаб ҳомилани бачадонда жойлашишини аниқлашни, сўнгра ҳомиланинг бош томонига қўлни кири-

тиб, елка бўғими ва пастдаги қўлтиқ ости чуқурчасини топиш кераклигини айтадилар. Бунда агар қўлтиқ ости ўннга қараган бўлса, биринчи ҳолат ва ҳомилани қандай кўринишда ётгани аниқланади. Агар ҳомила биринчи ҳолат — олдинги кўринишда (орқаси билан онасининг қорин деворига қараган бўлса) пастки оёқни, орқа кўринишда бўлса юқоридаги оёқни ушлаб айланттирилади. II ҳолатда ҳам оёқлар шу йўсинда танлаб айланттирилади. Айланттирганда ҳомила олд кўринишда туғилишини таъминлаш керак.

Французча усулнинг афзаллиги шундаки, бунда албатта ҳомилани олдинги кўринишда туғилишига эришилади.

ҚОҒОНОҚ ПАРДАСИ ЕРИлмаган ҳолда ҳомила боши билан келганда классик усулда айланттириш

Бу тўрт босқичдан иборат булиб, биринчи босқич қўлни қинга киргизишда бармоқларнинг узайтирилган учлари бир-бирига теккан ҳолатда (акушер қўли) бўлади. Акушер иккинчи қўли билан жинсий илтириқни очади. Ичкарига киргизилган қўлни дард тутмаган вақтда қинга, чаноқнинг тўғри ўлчамига мослаб, кейин винтга ўхшаб ҳаракат қилиш билан бачадон бўйинининг ички тешигига киргизади. Ичкаридаги қўлни чаноқ чиқишининг тўғри ўлчамидан кўндаланг ўлчамга ўтказилади. Бунда қўл кафти орқага қараган ҳолатда бўлади.

Ташқаридаги қўл бачадон тубига қўйилади, ички қўл бачадон ичига киради ва қоғоноқ пардасини ёриб ҳомилани айланттириш қоғоноқ бушлиғида бажарилади. Акушернинг қўли бачадон деворига тегмайди, бунда инфекция кириши хавфи камроқ бўлади.

Операциянинг иккинчи босқичида ҳомиланинг оёғи қидириб ушланади. Бунда бачадон ичидаги қўл билан олдинги келувчи қисм бир чеккага сурилади. Бу иккинчи босқичдаги энг зарур омиллардан биридир. Олдинда келувчи қисм бош бўлса, уни орқа томонига, кўндаланг ҳолат бўлса, елкани қўл билан ушлаб, асталик билан бош томонга сурилади. Бу операция вақтида ташқаридаги қўл олдинда келувчи қисмни ёнга суришга кўмаклашади.

Оёқларни қидириб топиш ва қайси оёқни олиш ҳа-

қида юқорида айтиб ўтган эдик. Агар билмасдан қўлни оёқ ўрнида ушлаб олинса, бунда бармоқларнинг узун ёки калталиги ва бош бармоғининг очилиши уни қўлдан ажратишга имкон беради. Бу усул деярликўп қўлланилмайди.

Ҳомилани айлантириш жараёнида киндик тизимчасини қисиб олиш хавфи бўлади. Шунга эҳтиёт бўлиш керак. Оёқларни қидирганда акушернинг ташқаридаги қўли ҳомиланинг чаноқ қисмини ушлаган ҳолда бўлиши ва уни ички қўл томонга йўналтириши керак.

Ҳомила кундаланг ётганда боши билан келгандаги га кура уни айлантириш анча қийин бўлади. Бунда қўлни бачадонга чуқурроқ юбориш керак бўлади. Шу сабабли қўлларни тирсак бўғимигача дезинфекция қилиш лозим. Оёқ топилгандан кейин уни қўлнинг икки бармоғи билан түпиғи соҳасидан қайчи каби ушлаб ёки қўл кафти орасига олиб түпиқ юқорисидан ушланади. Кафт сатҳи билан ушлаганда ҳомила оёғи яхши ушланади ва осон сирғанади. Бундан ташқари, акушернинг қўли унчалик чарчамайди, аммо болдир суяги сениши хавфи бўлди. Бунинг олдини олиш учун ичкаридаги қўлнинг бош бармоғи болдир мускули бўйлаб айланиб унинг учи тизза бўғими чуқурчасига тегиб туриши, қолган бармоқлар болдирнинг олдинги сатҳида жойлашиши зарур.

Учинчи босқичда ҳомила ўз ўқи атрофида айлантирилади. Бунда олдинда келувчи қисмини юқорига суриш думбаларни пастга суриш билан биргаликда олиб борилади. Акушер бачадон ичидаги қўли билан оёқни ушлаб олгунича ташқаридаги қўлини бачадон тубидан ҳомиланинг чаноқ қисмига ўтказди. Агар бундай қилмай қўлни бачадон тубига босиб тураверса оғир асорат рўй бериши, яъни ҳомила боши қисилиб қолиши мумкин.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, тизза чуқурчаси жинсий тешиқдан чиқса, ҳомила айлантирилди, деб ҳисоблаш мумкин. Шундан сўнг агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлса, ҳомилани туғдиришга киришиш керак. Бунда ҳомила танаси ва боши туғдирилади. Агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлмаса, унда туғдирилган оёққа (тизза бўғими жинсий йириқдан чиққач) 360—400 г оғирликдаги махсус юк осиб қўйилади. Бунда вақт ўтиши билан бачадон бўйни аста-секин очилиб ҳомила туғилади.

ХОМИЛА БАЧАДОНДА КҮНДАЛАНГ ЖОЙЛАШГАНДА ВА ҚОҒОНОҚ ЕРИЛМАГАНДА ХОМИЛАНИ АЙЛАНТИРИШНИНГ ҚЛАССИҚ УСУЛИНИ ҚҮЛЛАШ

Бунда қишга қўлини чанок чиқишининг тўғри ўлчамини бўйича юборилади. Ҳомиланинг қайси ҳолатда ётганини аниқлаб биринчи ҳолатда (ҳомила боши чапда бўлса) чап қўл, иккинчи ҳолатда (ҳомила боши ўнгда бўлса) ўнг қўл киритилади. Кейин қўл тўғри ўлчамдан кўндаланг ўлчамга ўтказилади. Қўл кафти орқага қараган, бармоқлар учи олдинга қараган бўлиши керак. Сўнгра акушер енгил ҳаракат қилиб, панжасини бачадон бўйинининг ички тешигига киритади ҳамда қоғоноқни ёради ва дарҳол ҳомилани айланттиришга киришади. Ҳомила олди суви кўп кетиб қолмаслиги керак. Қишга киритилган қўлни дарҳол муштум қилиб сув оқими камайтирилади ва бу билан ҳомиланинг кўзғалувчанлиги сақланади ҳамда ҳомилани киндик тизимчаси ёки қўли түшиб қолиши олди олинади. Акс ҳолда ҳомиланинг кўзғалувчанлиги камаяди.

Агар бачадон бўйинининг ички тешигига ҳомила боши яқин бўлса, уни бир томонга сўриш керак. Сўнгра ҳомиланинг оёғи қисқа ёки узун йўл (француз ёки немисча усул) билан оёқлар томон йўналтирилади. Агар қўл тушган бўлса, уни бишт билан акушерлик бойламга олиб уни ёрдамчи ушлаб туради, қўлни тўғрилаш ёки ҳомила ўлик бўлса уни олиб ташлаш керак эмас.

Оёқларни қидиришда икки усулдан (француз, немис усуллари) бири танланади. Ташқи қўл қорин девори орқали ҳомиланинг чанок қисмини акушер қўли томонига сўради. Булардан бири қисқа усул (немисча усул). Бунда врачнинг қўли ҳомиланинг қорин томонидан оёқ томонига сўрилади ва учраган оёқ ушлаб олинади. Бунда туғиш жараёни анча оғирлашиши мумкин.

Иккинчи усулда (французча усул) акушернинг бачадон ичидаги қўли ҳомиланинг ҳолати ва кўринишини аниқлагач (ҳомиланинг тушган қўли билан кўришиб) кафт қўлини ҳомиланинг биқини бўйлаб (олдинги кўринишда пастдаги биқини, орқа кўринишда юқоридаги биқини) оёқ томон йўналиб, шў оёқ олинса, ҳомила олдинги кўринишда бўлиб қолади. Бу усулда олдинда қайси оёқни олишни билган ҳолда ушлаб олинади. Ҳомила оёғи ушлаб олингандан кейин ташқари-

даги қўл билан ҳомила боши юқорига қараб сурилади.

Ҳомиланинг тизза чуқурчаси жинсий тешикдан чиққандан кейин ҳомилани олиб чиқиш операциясини давом эттириш керак бўлади.

Агар ҳомила орқа кўринишда кўндаланг ётган бўлса, уни айлантириш олдинги кўриниши каби бўлиб, фақат оёқни танлашда фарқ қилади. Ҳомила олдинги кўринишда бўлганда пастки оёқ ушланса, орқа кўринишда юқориги оёқ ушланади. Шунда ҳомила ол кўринишга айланади. Ҳомилани туғдириш думбаси билан келгандаги каби бажарилади.

ҲОМИЛАНИ АЙЛАНТИРИШДА УЧРАЙДИГАН АСОРАТЛАР

Ҳомилани айлантиришда қўпол ҳаракат қилиш бачадоннинг нотўғри қисқаришига (*tetanus uteri*), ҳомиланинг ўлиб қолишига ва бошқа асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Улар қуйидагилар:

1. Туғруқ йўллариининг юмшоқ қисмлари, хусусан бачадон, қин йиртилиши.

2. Ҳомила қўлининг тушиши (айниқса ҳомила кўндаланг жойлашганда).

3. Киндик тушиши.

4. Ҳомиланинг оёғи деб қўлидан ушлаб айлантиришга уриниш.

5. Ҳомила катта бўлсада уни ҳисобга олмаган ҳолда айлантириш.

6. Ҳомила олди сувининг кўп кетиб қолиши натижа-сида унинг қўзғалувчанлиги камайиши.

7. Ҳомилани олиб чиқишда чаноқ ўқига риоя қилмасдан ҳомилани нотўғри тракция қилиш.

8. Ҳомила бошининг суқилиб қолиши.

9. Оёқларнинг бир-бирига чирмашиб қолиши натижа-сида айлантиришда қийинчилик туғилиши.

Юқорида айтиб ўтилган барча асоратлар ҳомилани айлантириб туғдириш жараёнида оғир мураккабланишларга сабаб бўлади.

Умуман ҳомилани айлантиришнинг классик усулида уни бир ҳолатдан иккинчи ҳолатга келтиргандан кейин туғдирилади. Аммо бачадон бўйни очилмай айлантирилганда ҳомилани олиб чиқиш асло мумкин эмас. Чунки бачадон бўйни ҳали ҳомила туғилиши учун старли очилмаган бўлади.

**БАЧАДОН БЎЙНИ ТУЛА ОЧИЛМАЙ ТУРИБ
ҲОМИЛАНИ ЭРТА АЙЛАНТИРИШ ОПЕРАЦИЯСИ
(БРОГКСТОН-ГИКС УСУЛИ)**

Ҳомилани эрта айлантиришда бачадон бўйни тула очилмай туриб у айлантирилади. Аммо уни олиб чиқилмайди. Шу билан у классик айлантиришдан фарқ қилади.

Ҳомилани эрта айлантиришда ҳомила оёғига айлантирилади. Бунда ичкаридаги ва ташқаридаги қўллар бирга ҳаракат қилади.

Операция қилиш учун кўрсатмалар:

1. Ҳомила кўндаланг ётганда унинг олд суви вақтидан илгари кетиб қолганда ва ҳомила қўзғалувчан бўлганда бажарилади. Бунга сабаб ҳомила кўндаланг ётишининг ўтиб кетган ҳолатига ўтиши олдини олишдир (агар кесарча кеснш учун шаронт бўлмаса).

Илгарилари ҳомила олди сувиининг қолган қисмини сақлаб қолиш учун резина баллон калпейринтер, метрейринтерлар ишлатилар эди, ҳозир булардан фойдаланилмайди. Шу сабабли бундай ҳолларда ҳомиланиннг ҳаётини сақлаб қолиш учун кесарча кеснш операциясидан фойдаланиш мумкин.

2. Ҳомила боши билан келганда бачадон бўйни тула очилмай туриб унинг киндик тизимчаси тушиб қолганда бир қатор акушерлар ҳомила ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида уни айлантириш керак, деган фикр юритадилар. Лекин бу фикр хато. Чунки ҳомила оёғига айлантириш жараёнида унинг оёғи қитиқланади, натижада у бирданига нафас олиб юбориб ҳомила олди суви унинг нафас йўлларига тушиб қолади ва асфиксиядан ҳалок бўлади.

Ҳомила кўндаланг келган ҳолда киндик тизимчаси тушса, бунда бачадон бўйни тула очиқ бўлса классик айлантириш йўли билан туғдирилади. Агар бачадон бўйни етарли очиқ бўлмаса дарҳол кесарча кеснш операциясини қўллаш керак бўлади.

3. Плацента олдин келганда (*placenta praevae marginalis*) ва баъзан *pl. praevae lateralis* да ҳам.

Йўлдош маркази билан келганда бу операция қўлланилмай фақат кесарча кеснш операциясидан фойдаланилади. Йўлдош олдин келганда (ёки биқини билан

келганда) бирор сабаб билан кесарча кесмиш операция-
сидан фойдаланиш мумкин бўлмаса, унда хомилани
эрта оёғига айлантириб қўйиш операцияси кўлланила-
ди. Бунда бачадон бўйни тешиги олдига келган хомила
думбаси пастда жойлашган йўлдошнинг ўрнidan кўча
бошлаган қисмини босиши натижасида қонни тўхтата-
ди. Бундан ташқари, йўлдош қоғонок парда билан бир-
галикда ортиқ тортилмайди. Аммо ҳамма вақт ҳам кут-
тилган натижага эришиш мумкин бўлавермайди. Баъ-
зан шундай хомилани айлантириш жараёнида йўлдошнинг
яна кўчишига ва кўп қон кетишига сабаб бўлиш мум-
кин. Шунинг учун ҳам хомилани тирик олинди, аёлнинг
хаётини саклаб қолиш учун иложи бўлса кесарча ке-
сиш операцияси ўринли омиллардан бири ҳисобланади.

Хомилани айлантириш учун шароитлар:

1. Кичик чанок киришининг тўғри ўлчами *conjugata*
чага 85—9 см дан кам бўлмаслиги керак (хомила ти-
рик бўлса, уни тирик туғилиришга ҳаракат қилинганда
бу усулдан фойдаланилмайди).

2. Бачадон бўйни камида 4 см очик бўлиши керак.
Баъзилар бачадон бўйни 2 см очик бўлганда ҳам бу опе-
рацияни кўллаш мумкин дейдилар. Бунда бачадон бўй-
нига олдин бир бармоқни, кейин иккинчи бармоқни
киргизиш йўли билан хомилани оёғига айлантириш
мумкин деб ҳисоблайдилар. Аммо биз бунга маслаҳат
бермаймиз.

3. Қоғонок хали ёрилмаган бўлиши керак. Қоғонок
ёрилиб, сув кетиб қолган бўлса, хомилани айлантириш
деярли мумкин бўлмайди.

4. Хомила қўзғалувчан бўлсагина айлантирилади.
Агар бачадон хомилани сиқиб қолган бўлса, уни қимир-
латиш, яъни айлантириш мумкин бўлмайди.

Операция қилиш усули. Аёл операцияга
опатлагидек тайёрланади. Хомилани айлантириш опе-
рацияси албатта наркоз остида бажарилади.

Бунинг учун қуйидаги асбоблар ишлатилади:

1. Пинцетлар.
2. Хомила, қоғонок пардасини йиртиш учун асбоб.
3. Абортианг ёки корнцанг.
4. Дока боғлагич (хомила оёғини боғлаб ушлаш
учун).

Акушер хомила ҳолатига мос қўлини қинга ва 2 та бармоғини бачадон бўйнига киритиб, қоғаноқ пардасини ёради, кейин бачадонга киради. Дастлаб ҳомиланинг олдида келувчи бошини ҳомиланинг орқаси томонга суради. Ташқи қўли бачадон тубида турган ҳолда ҳомила бошини юқори томон йўналтиради. Ички қўл билан бачадон ичига чуқурроқ киришга ҳаракат қилинади, ташқи қўл билан эса ҳомиланинг думбасини оёқлари билан биргаликда пастга томон суради. Ички қўл билан ушлагаанда оёқ эканлиги унинг тўпиғи ва бармоқларидан аниқлаб олинади. Оёқлар (учраган оёқ) тўпиқ юқорисидан ушланиб, пастга томон тортилади ва ташқи қўл билан бошни юқорига—бачадон туби томон сурилади. Ҳомила оёғининг тизза чуқурчаси жиhsий тешиқдан чиққанидан кейин хомила айланттирилган ҳисобланади. Кейин бинтни акушер илмоғи қилиб оёқка тўпик юқорисидан кийгизилади ва уни қаравот оёғига ёки махсус тортиб турадиган асбобга илиб 350—400 г юк осиб қўйилади. Шv осиб қўйилган юк туфайли хомиланинг думбаси бачадон бўйнининг ички тешиғи соҳасини босади, натижада туғруқ тезлашишига имконият туғрилади.

Агар йўлловчи олдин келиб кон кетаётган бўлса, хомила думбаси йўлловчининг босиб уни ортик кўчмаслигини таъминлайди. Натижада кон кетишни тўхтатади. Бу операцияни қўллашда қандай қийинчиликлар кузатилиши мумкин.

Бармоқ билан хомила сув пуфагини ёриш анча кийин бўлади. Шv сабабли қоғаноқ асбоблар ёрдамида ёрилади. Бачадон бўйни кам очик бўлгани сабабли оёқни топиб ушлаб олишда анча қийинчилик туғрилади. Хомила кўпинча нобуд бўлади.

ҲОМИЛАНИНГ МАЙДА ҚИСМЛАРИ ВА КИНДИК ТИЗИМЧАСИ ТУШГАНДА ЕРДАМ БЕРИШ

Киндик тизимчасининг олдин келиши хомила ҳаёти учун жуда оғир ҳолатдир. Чунки бунда хомиланинг боши ёки думбаси туғруқ йўли бўйича сурилганда киндик тизимчасини босади ва чаноқ деворига сиқади. Натижада кон айланишини сусайтиради ёки бутунлай тўхтатади. Хомилада асфиксия аста-секин оғирлаша бориб, ниҳоят унинг ҳалокати билан натижаланади. Киндик тизимчаси олдин келганини аниқлагач, бачадон

бўйни тўла очилгунча қоганоқни ёрилишдан сақлаш керак. Бунинг учун аёл киндик тизимчаси тушмаган томонидаги биқинига ётқизилади. Бундан ташқари, аёлнинг чаноғи тағига ёстиқ қўйиб баландроқ кўтарилса киндик тизимчаси юқорига сурилиб, ҳомиланинг боши чаноқ киришига жойлашиб олади. Бундай ҳолда туғруқ дардини назорат қилиб туриш керак бўлади.

Баъзан аёлдан тизза ва тирсагига сўянган ҳолда (чўккалаб) туриши илтимос қилинади. Мутахассислар ҳомилани думбасига айлантиришни таклиф этадилар. Аммо бу усул ҳомила ҳаёти учун ва баъзан она ҳаёти учун хавфлидир (ҳомиланинг киндик тизимчаси ўраллиб ёки бойланиб қолиши натижасида у қалталашиб онада йўлдошни вақтидан илгари кўчиши, бачадон йиртилишига сабаб бўлади. Агар киндик тизимчаси тушган бўлса, бу бола ҳаёти учун хавфли ҳисобланади.

Агар бирор сабаб билан туғруқни тезлатишнинг иложи бўлмаса, унда киндик ҳалқасини қайта киритишга (repositio) уриниб кўриш керак бўлади. Бунинг врач кўл билан бажаради. Бунинг учун туғаётган аёл киндик ҳалқаси тушган томонига ётқизилади (бунда ҳомила боши қарама-қарши томонга бироз сурилади). Кўли қинга, ундан бачадонга киргизилиб (бачадоннинг очилиш даражасига қараб) киндик ҳалқаси ушлаб олинди ва қайтадан юқорига йўналтирилади. Киндик ҳалқаси киргизиб бўлингандан кейин аёл дарҳол қарама-қарши (киндик ҳалқаси тушган) томонга ётқизилади. Бунда ҳомила боши ўрта чизикқа сурилади ва киндик ҳалқаси ортиқ тушишига йўл кўйилмайди.

Киндик ҳалқасини киргизиш жуда эҳтиёткорликни талаб қилади (сиқиб ушламаслик ёки у сиқилиб қолмаслиги керак). Бачадон бўйни тўла очик бўлмаган ҳолларда илгари метрейриз кўйилар эди. Ҳозир бу усул қўлланилмайди. Туғруқ йўлларини, хусусан бачадон бўйинининг неча сантиметр очилганлиги ҳамда ҳомиланинг олдинда келган қисми чаноқнинг қайси текислигида турганига қараб ёрдам бериш керак бўлади. Агар қисқич қўйиш учун шаронт бўлса, унда қисқич ёрдамда туғдирилади. Аммо бунда тушган киндик тизимчасини қисқич қошиқлари билан қисиб олишдан сақланиш керак бўлади.

Ҳомила думбаси билан олдин келганда киндик тизим

зимчаси тушган, бачадон буйни очик бўлса, уни оёғидан ёки хотидан ушлаб туғдириш керак.

Шуни айтиб ўтиш керакки, ҳомила думбалари билан ва киндик тизимчаси олдин келганда сув кетиб қолса, киндик тушиши кўпроқ учрайди.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётганда киндикни қайта бачадонга киритишга уриниш ўринсиздир. Чунки бунда олдинда келувчи қисм бўлмайди ва шу сабабли киндик тизимчаси яна қайта тушади.

Бачадон буйни тўла очик бўлганда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми қайси қисм булишидан қатъи назар, киндик ҳалқасини қайта киргизишга маслаҳат берилмайди. Аммо бундай ҳолларда туғруқни тезлатиш лозим бўлади. Киндик тизимчаси тушганда уни туғрилашнинг иложи бўлмаса, бирдан-бир йўл кесарча кесиш усулини қўллашдир. Шунда она ва ҳомила ҳаёти сақлаб қолинади.

ҲОМИЛАНИНГ МАЙДА ҚИСМЛАРИ (ОЕҚ-ҚўЛЛАРИ) ТУШГАНДА ЕРДАМ БЕРИШ

Агар ҳомиланинг киндик тизимчаси билан қўли биргаликда тушган бўлса, унда шаронгга қараб киндик тизимчаси тушганда қўлланиладиган усуллардан фойдаланилади.

Агар фақат қўл тушган бўлса, киндик тушгандаги каби тез ёрдам кўрсатиш зарурати бўлмайди. Аммо туғруқ дарди кучли бўлганда ҳомила боши билан қўл чаноқ киришида туриб қолиб, бачадон йиртилишига сабаб бўлиши мумкин. Қўл тушганда (боши билан олдин келган бўлса) аёлга наркоз бериб чаноқ қисмини кўтарган ҳолда ётқизиш керак. Агар қўлнинг фақат панжа қисми ҳомила боши билан бир сатҳда ётган, қўл тушганига кўп вақт бўлмаган бўлса, уни осон туғрилаш мумкин. Бунда бачадон буйни тўла ёки қисман очилишига қарамай, қўл боши айланасидан айлан-тириб қарама-қарши томонга ўтказилади. Аммо бунда ҳомила боши чаноқ киришига тикилиб қолгунча врачнинг қўли қинда бўлиши керак. Қўлни туғрилаб бўлгандан кейин дарҳол наркоз беришни тўхтатиб, дард тутиши кузатилади. Агар ҳомила боши чаноқ киришига суқилмаса, унда ҳомила бошига бош-тери қисқичи қўйилади. Бунда албатта чаноқ ўлчамини ҳисобга олиш керак.

Ҳомила туғилиши жараёнида бош ўлчови чаноқ ўлчовига туғри келмаса, унда туғиш жараёни анча мураккаблашади. Тери-бош қисқичини қўйгадан кейин ҳомиланинг юрак уриши кузатиб борилади. Агар юрак уришида ўзгариш аниқланса ва қисқич ёрдамида олиб чиқиш учун шаронт бўлса, тери-бош қисқичини ечиб кейин қисқич ёрдамида ҳомила туғдирилади.

Ҳомила боши билан келганда оёқнинг тушиши кам учрайди. Агар бачадон бўйни тўла очиқ, ҳомила боши қўзғалувчан бўлса, уни оёғига айлантириб туғдириш мумкин. Агар бачадон бўйни тўла очиқ бўлмаса, ҳомирани тирик туғдириш учун кесарча кесиш операциядан фойдаланилади.

Шуни унутмаслик керакки, ҳомирани айлантириш режалаштирилганда албатта бачадоннинг пастки сегменти ҳолатига, йиртилиш хавфи йўқлигига аҳамият бериш керак.

Агар ҳомила ўлик бўлса ва қўл панжаси тушган бўлса, уни киргизиб (улик ҳомилада қийинчилик туғилмайди) бошига тери-бош қисқичи қўйилади. Сунгра кранеотомияга шаронт бўлса шу операция қўлланилади.

IX Б О Б

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БАРВАҚТ ТУХТАШИ

Эркак уруғи билан аёл тухумининг қўшилиши ва унинг тараққий этишида она организмидаги эндокрин системанинг аҳамияти катта.

Ҳомиладорликни барвақт тухташ сабабларини 5 қисмга бўлиш мумкин.

1. Иммунологик омил.
2. Аёл организмидаги патологик ҳолат.
3. Хромосомалар абребациясининг бузилиши.
4. Ташқи шаронт.
5. Эндокрин система фаолиятининг бузилиши.

Сунги йилларда аёлларнинг плацента-ҳомила системасида иммунологик бузилиш ҳоллари кўп кузатилмақда. Бир қатор ҳолатларда плацентадаги иммунодепрессив омиллар камайиши, фетоплацентар комплекс фаолиятининг издан чиқиши натижасида ҳомиладорлик муддатидан олдин тугайди.

Текширишлар шуни кўрсатадики, баъзан аёлларда хромосомалар таркибининг бузилиш ҳоллари 45 фоз

аёлларда 6—8 ҳафтада, 20 фоззида 20 ҳафтада учрар экан. Демак, хромосомалар таркиби бузилганда ҳомилдорлик купинча эрта муддатда тўхтагани кузатилаган. Одатда ҳомилдорликнинг барвақт тўхташи сабаблариши 12—41,2 фоззини аниқлаб бўлмайди (бир қатор мутахассисларнинг айтишича). Ҳомиланинг нормал тараққий этиши аёл организми ҳолатига борлиқ бўлади.

Она ва ҳомила ўртасидаги физиологик жараён бузилса, онада турли патологик ҳолатлар (токсикоз-гистоз, ҳомилдорликнинг барвақт тўхташи, бачадон қисқаришининг ўзгариши, эндокринопатия, ҳомиланинг она қорнида ўлиб қолиши, нуқсонли туғилиш ва бошқалар) кузатилади.

Ҳомилдорликнинг барвақт тўхташи ҳомилдорлик муддатига ва туғилган чақалоқнинг яшаш қобилиятига қараб икки хил бўлади.

1. Ҳомилдорликнинг 28 ҳафта ичида тўхташига бола тушиши — аборт деб аталади. Бу икки хил бўлади: а) 16 ҳафтагача тушиши эрта аборт; б) 16 ҳафтадан 28 ҳафтагача бўлган даврда тушса кечиккан аборт дейилади.

2. Ҳомилдорликнинг 28 ҳафтадан 38 ҳафтагача бўлган даврда тўхташига чала туғиш дейилади. Бундай чақалоқлар яхши парвариш қилинса яшаб кетади. Уларнинг оғирлиги 1000—2500 г, бўйи 35—47 см гача бўлади.

Н. С. Бакшеевнинг берган маълумотига кўра аборт 2,5—4,0% бўлса ҳомилдорликнинг муддатидан илгари тўхташи 3,5—4,5% га етади. Кузатишлар шунини кўрсатадики, шаҳарда яшовчи аёллар ўртасида у қишлоқда яшовчиларга нисбатан 2—3 маротаба куп учрар экан. Бу 25 ёшгача бўлган битта туққан ёки биринчи ҳомиласини аборт қилдирган аёлларда купроқ кузатилади.

Баъзи аёлларда ҳомилдорликнинг вақтидан илгари тўхташи одат тусига кириб қолган бўлади. Бундай аборт одат тусига кириб қолган беихтиёр аборт (*abortus habitualis*) деб аталади. Одатда бу гуруҳдаги аёлларда муддатидан илгари ҳомиланинг тўхташига бирор нарса сабаб бўлиши, агар уша сабаб йўқотилса, ҳомила муддатига етиб туғилиши мумкин. Абортнинг эрта ёки кечиккан деб аталишига сабаб шуки, эрта абортда плацента тўла етилмагани учун купинча ҳомила билан бирга тушади. Кечиккан абортда эса аввал сув кета-

ди, ундан кейин ҳомила туғилади, сунгра йўлдош тушади. Туғиш жараёни худди нормал туғиш жараёнига ўхшаб кетса ҳам баъзан қон кетиш ҳолатини кузатиш мумкин.

Айниқса эрта аборт (16 ҳафтагача) деярли ҳамма вақт қон кетиш ва қорин пастидаги оғриқ билан кечади. Фақат баъзи аёлларда оғриқ суст бўлади, қон кам кетади. Оғриқ асосан бачадон мускулларининг қисқариши ва бачадон бўйинининг очилиши туфайли содир бўлади.

Абортлар ҳомиланинг тушириш чораси кўрилган ёки кўрилмаганига қараб сунъий аборт ва ихтиёрдан ташқари аборт тафовут қилинади. Сунъий аборт аёлниг ўз истаги ёки тиббиёт ходимлари кўрсатмасига кўра туғруқхоналарда врач ёрдамида амалга оширилади. Ихтиёрдан ташқари аборт кечинишга кўра 5 босқичга бўлинади.

1. Аборт хавфи (*abortus imminens*) — ҳомила бачадон деворидан кўчиши олдидан қорин пастиди оғриқ сезилади ёки бачадондан қон кета бошлайди. Бу икки белги (оғриқ ва бир оз қон кетиши)дан биронтаси пайдо бўлса, бу аборт хавфидан дарак беради. Бундай аборт хавфи даволаш натижасида йўқолади (оғриқ ёки қон кетиши тўхтайдн), яъни ҳомила тухуми бачадон деворидан ортиқ ажралмайди. Демак, ҳомиладорликни сақлаш мумкин бўлади. Аборт хавфи бўлса қин орқали текширилганда бачадон бўйинининг шакли ўзгармаган ва очилмаган бўлади, аммо бачадон вақт-вақти билан таранглашиб туради.

2. Бошланган аборт (*abortus incipiens*). Бу турдаги аборт ихтиёрдан ташқари абортнинг иккинчи босқичи ҳисобланади. Бунда қорин пастиди оғриб, қон кетади. Қин орқали текширилганда юқориди айтилган белгилардан ташқари, бачадон бўйинининг ташқари тешиги бормоқ учи сиғадиган даражада очиқ бўлади ва бачадон анча-мунча таранглашади. Бошланаётган абортда ҳам ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин. Агар ҳомила тухуми бачадондан кўчиши натижасида ўлган бўлса, бошланган абортни тўхтатиб бўлмайди ва бу абортнинг учинчи босқичига ўтиб кетади.

3. Жадаллашган аборт (*abortus progrepiens*). Бунда ҳомила тухуми бачадон деворидан бутунлай кучади. Бачадон бўйин канали бармоқ сиғадиган даражада кенгайган бўлиб, бармоқларга ҳомила пуфагининг

бир қисми илинади. Жадаллашган абортда қон лахта-лахта бўлиб кетади.

4. Ч а л а а б о р т (*abortus incompletus*) да ҳомила тухуми бутун ҳолда чиқмай, бачадон деворидан унинг кучмаган қисмлари қолади. Бундай абортда кучли қон кетиши мумкин.

Қин орқали текширганда бачадон бўйин канали бармоқ сизадиган даражада кенгайган, бачадоннинг узи эса ҳомиладорлик муддатига қараганда кичик ва юшоқ булади.

5. Т у л и қ а б о р т (*abortus completus*). Ҳомила тухуми бачадон деворидан кучган булса, у бачадондан бутунлай чиқади. Бунда ҳомила тухумининг ҳаммаси тушгани учун қон тўхтайдн, бачадон ҳомиладорлик муддатига нисбатан анча кичрайган булади. Бундан ташқари, қин орқали текширилса, бачадоннинг қисқаргани ва бачадон бўйини каналининг деярли бекила бошлагани аниқланади.

Ёпишган аборт (*missed abortion*) ҳомиланинг она қорнида нобуд бўлганлиги, бачадоннинг усншдан тўхтаб кичрайгани ва ҳомиладорликка хос белгиларнинг (қунгил айниши, қайт қилиш ва бошқалар) йўқолганига қараб аниқланади. Бундан ташқари, сут безларини сиққанда оғиз сутн ўрнига ҳақиқий сут чиқади.

Тўғри ташхис қўйиш учун ҳомиладорни бир марта кўриш билан қаноатланмай 1—2¹/₂ ҳафта кутиш ва кузатиш ҳамда биологик реакциялар (Цондек Ашгейм, Галли—Майнини) дан фойдаланиш лозим. Агар бу реакциялар манфий бўлса, бу ҳомиланинг нобуд бўлиб, она билан алоқаси узилганидан дарак беради (реакциялар ҳомила нобуд бўлганидан 7—10 кун ўтгач манфий булади).

Инфекцияланган аборт. Абортда организмга инфекция тушиши учун қулай шароит булади. Масалан, бачадон бўйинининг очиқ бўлиши қиндаги микробларни бачадонга ўтишига сабаб булади. Қон лахталари ва ҳомила бўлаклари эса микробларнинг яшаши ва кўпайиши учун қулай муҳит ҳисобланади. Бундан ташқари, онандаги мавжуд инфекция (бузилган тишлар, ярали юзалар) (эндоген) ҳам абортда инфекцияланишга сабаб бўлиши мумкин.

Бачадон ичига тушган микроблар йулдош майдончасидан қон томирлар орқали организмга ҳам тарқалади.

Инфекциянинг тарқалиш-тарқалмаслиги ҳомиладорнинг умумий ҳолатига, организмнинг қарши кучига ҳам боғлиқ бўлади.

Инфекцияланган аборт микробларнинг тарқалишига қараб уч даражага бўлинади.

1. Иситма билан кеча диган аборт. Инфекцияланган абортларнинг 80% и иситма билан кечади. Бунда инфекция фақат ҳомилани ва унинг пардаларини зарарлайди, бачадон деворига эса утмайди. Шунинг учун қин орқали текширганда бачадон оғриқсиз бўлади. Фақат аёлнинг тана ҳарорати кўтарилади.

2. Оғирлашган аборт. Инфекцияланган абортнинг 15% и оғирлашган бўлади. Инфекция бачадонга, унинг найига, чаноқ клетчаткасига ўтиб, тарқалади. Оғирлашган абортнинг белгилари: тана ҳарорати кўтарилади, бачадон ва унинг найчалари оғриқли бўлади. Агар микроблар қон орқали она организмга тарқалса, аборт септик ҳолатга ўтади.

3. Септик аборт. Бунда организм микроб токсинлари билан заҳарлана бошлайди, ҳомиладорнинг умумий аҳволи оғирлашади, томир уриши тана ҳароратига мос келмайди, тезлашади. Қонни текширганда СОЭ нинг тезлашгани, лейкоцитларнинг купайганлиги, эритроцит ва гемоглобинларнинг камайганлиги, лейкоцитар реакция қонга сўрилганлиги аниқланади.

Криминал (жиноий аборт) тиббиёт муассасаларидан ташқарида тиб илмидан беҳабар ёки чаласавод кишилар томонидан қилинган аборт криминал аборт дейилади.

Одатда бундай абортдан кейин кўпинча эндометрит, параметрит, тромбофлебит, сепсис, септикопиемия каби оғир асоратлар кузатилади. Бу кўпинча аёлнинг ҳалокати билан якунланади.

Ихтиёрдан ташқари аборт (бола тушиши) да уткир юқумли касалликлар (грипп, қорин тифи ва бошқалар) нинг микроб токсинлари ҳомилага ўтиб, уни нобуд қилади ёки бемор аёлнинг ҳарорати кўтарилиши натижасида бачадон вақтидан илгари қисқаради. Бу ҳолат бола тушишига сабаб бўлади. Сурункали юқумли касалликлар (бруцеллез, захм, токсоплазмоз, безгак ва бошқалар) да интоксикация сабабли плацентадаги хорион тукчалар томири атрофияланиб, ҳатто

баъзан йўқолиб кетади. Натижада бу ҳам ҳомиланинг вақтидан илгари тушишига сабаб бўлади.

Қон системаларининг, чунончи она билан ҳомила қонининг резус ва АВО система жиҳатидан бир-бирига мос келмаслиги ҳам ҳомиланинг ўлик тушишига сабаб бўлади (она қонида резус омил манфий, ҳомилда эса мусбат бўлса).

Юрак ва буйракнинг оғир касалликлари (юрак пороги, нефрит ва бошқалар) бола тушишга мойил шартинг вужудга келтириши мумкин. Озиқ-овқатларда витаминлар (А, В, С, Е ва бошқалар) нинг етарли бўлмаслиги ҳомиланинг нобуд бўлишида маълум ўрин тутади. Листериоз, токсоплазмоз, орнитоз касалликлари ҳам ҳомилдорликнинг барвақт тўхташига сабаб бўлади. Баъзи мутахассисларнинг айтишича, трихомониоз касаллиги, вирусли инфекциялар, захм ҳам бола тушишига сабаб бўлиши мумкин.

Биринчи марта ҳомилдор бўлган аёлларда аборт хавфи кўпроқ учрайди. Бунинг асосий сабабларидан бири инфантилизм ва нейроэндокрин система фаолиятининг бузилиши ёки гормонлар мувозанатининг бузилишидир.

Инфантилизмнинг оғир ҳолатлари бепуштлиққа олиб келади. Ҳомила билан онанинг изосерологик мос келмаслиги, хромосомалар аномалияси ҳомилдорлик токسيкозлари, организмнинг турли кимёвий моддалар (бензин, алкоголь, никотинлар) дан захарланиши ҳомилдорликнинг барвақт тўхташига сабаб бўлади.

Адабиётларда кўрсатилишича, ҳомилдорликнинг вақтидан илгари тўхташи сабаби 12—13,5% ҳолда аниқланмай қолади.

И. З. Зокиров, Ф. Ю. Гариб ва бошқалар ҳомилдор аёллар организмда Т-лимфоцитлар аста-секин камайиб бориб, ниҳоят ҳомилдорлик охирида генетик жиҳатдан она билан ҳомила антигенлари мос келмай қолади. Натижада ҳомиланинг вақтидан илгари туғилиши кузатилади.

Мутахассисларнинг кўпчилиги трансплантатнинг кўчиши асосан Т-лимфоцитлар системасига боғлиқ деган фикр юритадилар. Бир қатор ҳолатларда йўлдошдаги иммунодепрессив омилларнинг камайиши натижасида фетоплацентар комплекс ўрнидан кучади ва натижада ҳомилдорлик вақтидан олдин тўхтади, дейдилар.

Ҳомилдорликнинг нормал кечилишида иммунитетнинг

гуморал звеноси ҳам бир қатор узгарнишларга учрайди. И. З. Зокиров ва Ф. Ю. Гариблар аборт хавфи пайдо бўлиб, ҳомила тухуми бачадон деворидан ажрала бошлаганида антиплацентар антителанинг юқори титрда бўлишини ва бу ҳомиладорликни барвақт тўхташида патогенетик аҳамиятга эга эканлигини ёзадилар.

Жинсий аъзо касалликлари, хусусан бачадон найчалари ва чаноқ клетчаткаларининг уткир яллиғланиши ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Бачадоннинг нотўғри тараққий қилган бўлиши (икки шохли ва тусиқ билан бачадон бўшлиғининг иккига ажралган ҳолати) ҳам бола тушишига сабаб бўлади. Бунда бачадон бўшлиғи кичик ва мускул қавати заиф бўлади ва у етарли даражада чўзила олмайди. Ҳомиланинг бачадон деворига етарли даражада пайвандлана олмаслиги ҳам ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлади.

Бачадон орқага қайрилган бўлса, ҳомиладорлик туфайли ўса борганида кичик чаноқ ичидан кутарилиб чиқиши мумкин бўлмай қолади ва чаноқ ичида сиқилиб, ҳомила эрта муддатдаёқ тушади. Ҳомила тушишининг асосий сабабларидан яна бири бачадон бўйнидаги нуқсонлардир. Бачадон нуқсонли бўлганда у ҳомилани тутиб тура олмайди. Бу ҳолат туғма ёки илгариги туғруқда бачадон бўйни йиртилган бўлишидан дарак беради. Булардан ташқари, ҳомиладорлик вақтида йиқилиш, оғир юк кутариш ҳам ҳомиланинг эрта тушишига сабаб бўлади. Бунга қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиб кетиши ўз таъсирини кўрсатади. Бирор сабабдан шикастланиш, қўпол жинсий алоқа ва бошқалар баъзан ҳомиланинг чала туғилишига олиб келади.

Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида ҳомиланинг чала туғилишига кўпинча юқумли касалликлар сабаб бўлади.

Ҳомиладорликнинг барвақт тўхташига юқорида келтирилган сабаблардан ташқари, плацентанинг бачадонга нотўғри жойлашиши, қоғоноқ сувининг кўплиги, кўп ҳомилали ҳомиладорлик, плацентанинг барвақт кучиши, мнома сабаб бўлади.

Ҳомила она қорнида ўлиб қолганда аёл организмда эстриол 10 марта камайиб кетади. Бу ташхис қўйиш учун аниқ белги ҳисобланади.

Даволаш. Бола тушиши хавфи бўлганда аёлларни албатта айрим бўлим ёки палатага ётқизиш керак. Бу

ерда уларга тинч шароит бўлиши лозим. Аёлга ҳомиладорликнинг барвақт тўхташига сабаб бўлган патологик ҳолатлар ҳамда клиник манзарасига қараб даво чоралари қўлланилади.

Бола тушиши хавфи бўлган аёллар нерв системасида бир қатор ўзгаришлар кузатилади (мия пўстлогининг тонуси пасаяди. Қўзғалиш ва тормозланиш жараёни сусаяди). Уларда безовталиқ, кўнгил ғашлиги кузатилади. Неврастения ва психастения ҳолатлари пайдо бўлади.

Бундай ҳолатларда арслонқуйруқ ва валериана настойкасидан 30 томчидан кунига 2—3 марта, нозепам, тазепамлардан 0,01 г дан кунига 2 марта, себазон (седуксен)дан 0,005 г дан кунига 2 марта берилади. Бачадон таранглиги ва қисқариш хусусиятини камайтириш учун спазмолитик препаратлардан папаверин гидрохлорид, но-шпа, магнезий сульфат ва бошқалар буюрилади.

Папаверин гидрохлориддан тайёрланган шамчалардан 0,02 г дан кунига 2—3 марта, таблеткаси бўлса 0,02 г дан 2—3 марта тайинланади ёки 2% ли эритмасидан 1—2 мл дан тери остига юборилади.

Но-шпанинг 2% ли эритмасидан 2—4 мл дан мускул орасига кунига 2—3 марта, магнезий сульфатнинг 25% ли эритмасидан 5—10 мл дан кунига 1—2 марта мускул орасига юборилади. Тропацин 0,02 г дан ҳар кун 1—2 марта овқатдан кейин 5—7 кун давомида буюрилади. Физиотерапевтик усуллардан бурун ичига витамин В билан электрофорез қилинади. Бу усул гипофиз безига таъсир кўрсатади, гормонлар мувозанатини яхшилайди. Натижада ҳомиладорликнинг эрта муддатларида нормал ривожланиши таъминланади. Бу усул ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойида қўлланилади.

Магний сульфат билан электрофорез қилишда «амплипульс» аппарати ёрдамида кунига 3—5 марта муолажа қилинади. Муолажани ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида 12—15 мартагача қўллаш мумкин.

Ҳозирги пайтда марказий электрональгезия усулидан фойдаланилади. Бу усул марказий нерв системаси фаолиятини яхшилайди, стероид гормонлар концентрациясини оширади, бачадоннинг қисқариш хусусиятини камайтиради. Электрональгезия «Электронаркон-1» аппарати ёрдамида кунига бир соатдан 5—10 кун давомида ўтказилади.

Бола тушиши хавфи бўлганда нина санчиб даволаш

усули ҳам қўлланилади. Бу усул ёрдамида аёлнинг умумий аҳволи анча яхшиланади, қон босими нормалашади, бачадон анча бушашиб, прогестерон концентрацияси ошади. Ҳомиланинг нафас ва юрак фаолияти яхшиланади. Нина санчиб даволаш усули стационар шароитида кунига 20—30 дақиқадан 10—20 кун қўлланилади. Агар микронинадан фойдаланиладиган бўлса, поликлиникада акушер назоратида бу усулни 10—14 кун давомида олиб бориш мумкин. Бунда ниналар лейкопластир билан терига ёпиштириб қўйилади. Аёл нина қўйилган соҳани кунига 10—15 мартадан босиб туради. Бу ниналар ҳар 2 ҳафтада (ҳомиладорликнинг 35—36-ҳафтасигача) алмаштириб турилади.

Баъзи аёлларда бола тушиши одат бўлиб қолади, уларга иммунодепрессив даволаш усули қўлланилади, бу аёл организмида иммунологик реакцияни камайтиради.

Десенсибилизация учун 0,05 г димедрол, 0,02 г супрастиндан 1—2 марта, дипразин ёки пипольфеннинг 0,025 г си 2 марта, плацентар грамм-глобулин 5—6 мл дан бир марта мускул орасига юборилади. Шунингдек, 8—10 кун давомида 0,005 г преднизолон кунига 2 марта ёки дексаметазон 0,0005 г дан 1—2 марта инъекция қилинади. Даволаш мобайнида албатта 17-кетостероидлар концентрациясини аниқлаб туриш зарур.

Иммун-рақобатли ҳомиладор аёлларда тери (аллоген) ни ва аллоген лимфоцитларни кўчириб ўтказиш ҳам яхши натижа беради. Ҳомиладорликнинг дастлабки даврларида асосан гормонлар билан даволаш ўтказилди. Гормонлар таъсирини кузатиб бориш лозим. Гормонлар асосан ҳомиладорликнинг 14—16-ҳафтасигача минимал дозада берилади.

Эстрогенлар ҳомиладорликнинг 5-ҳафтасидан, гестагенлар 8-ҳафтасидан кейин ёки эстрогенлар билан биргаликда тайинланади. Гормонлар концентрацияси, камайганда микрофоллиндан 0,0005 г дан ёки этинил эстрадиолдан 0,0001 г дан бир кеча-кундузда $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ таблеткадан ичишга буюрилади.

Ҳомиладорликнинг 5-ҳафтасида дастлаб гестоген препаратлар — прогестерондан 0,01 г дан мускул орасига юборилади. 7—8 ҳафталик ҳомиладорликда туриналдан 1—2 таблеткадан берилади. Хорионик гонадотропин (ХГ) 750 мг дан ҳафтасига 2 марта ҳомиладорликнинг 9—10 ҳафтасигача инъекция қилинади.

Бола тушини одат тусига кириб қолган ва турли касалликлар туфайли ҳомиланинг барвақт туғилиши хавфи бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг дастлабки 14—16-ҳафтасида стероид гормонлар ишлатиш яхши ёрдам беради.

Глюкокортикоидлар билан даволашда буйрак усти безининг андрогенларни синтез қилиш қобилияти камаяди. Бунинг учун дастлаб дексаметазондан 0,0005 мг дан буюрилади, кейин дори миқдори аста-секин камайтириб борилади. Ҳомиладорликнинг 32—33-ҳафтасида бу препаратлардан фойдаланиш тўхтатилади. Акс ҳолда ҳомиланинг буйрак усти бези фаолияти пасайиб кетади. Агар гиперандрогения туфайли эстрогенлар концентрацияси камайган бўлса, унда кортикостероидлар (дексаметазон, преднизолон) билан бирга эстрогенлар (микрофоллин) ҳам ҳомиладорликнинг 5—6-ҳафтасидан бошлаб камроқ дозада қўлланилади. Бу ҳилдаги препаратлардан фойдаланилганда андроген ва эстрогенлар концентрациясини мунтазам равишда текшириб туриш керак.

Ҳомиладорликнинг 2- ва 3- ойида туриннал—синтетик прогестерон буюрилади. Препарат трофобластлардаги стероидогенезни кучайтириб, эндоген прогестерон ва эстрадиол секрециясини оширади. Препарат 15—20 кун давомида 0,005 г дан кунига 3 марта ҳомиладорликнинг 6 ҳафтасидан то 33 ҳафтасигача икки ҳафталик танаффус билан буюрилади.

Сўнгги йилларда бачадоннинг кичкарилишини сувайтириш мақсадида ҳомиладорликнинг 20—27-ҳафтасида бета-адреномиметик моддалар (токолитиклар) ишлатилади.

Бета-адреномиметик препаратлар бачадонда, плацентада, ҳорнон киприкчалар оралиғида кон алмашинувини яхшилайди. Бунинг учун партусистен, ритодрин ишлатилади. Партусистендан 0,0005 г, алупентдан 0,0002—0,001 г, ритодриндан 250—400 мл олиб реополиглюкинга аралаштирилади ва 12—15 томчидан 6—12 соат давомида венага юборилади. Уни ичишга ҳам буюриш мумкин. Бунда препарат дозаси аста-секин камайтириб борилади.

Баъзан токолитиклар ишлатилганда ҳомиладор аёлда юрак уриши тезлашади, диастолик босим камаяди, эт увишиб, бош оғриydi, кўнгил айниши кузатилади. Бундай ҳолатларда кунига 3—4 марта 0,04 г дан веропамил (изоптин) буюрилади. Қоғаноқ ёрилганда, бачадон ва унинг ички юзаси инфекцияланганда, ҳомила она

қорнида ўлиб қолганда, плацента вақтидан илгари кўчганда, қанд касаллигида, буқоқ ва юрак-томир касалликларида бу препарат буюрилмайди.

Сўнгги пайтларда ҳомиладорликнинг тўхташ хавфи бўлганда 0,1 г дан бир кунда 1—2 маҳал нидометацин буюрилади. Бачадон тонуси сусайгандан кейин эса препарат 0,025 г дан ҳар 6 соатда 7—10 кун давомида берилади.

Ацетилсалицилат кислота дастлабки 2 кунда 0,5 г дан кунига 2—3 марта овқатдан кейин 5—8 кун давомида ичишга тайинланади. Ҳомиладорликнинг 24—28-ҳафтларида чала туғиш хавфи бўлганда (қоғаноқ бутун, ҳомила асфиксияга учрамаган, бачадон бўйини ва бўйин канали 2 см очиқ ва инфекция бўлмаса) магний сульфатнинг 20% ли эритмаси 10 мл дан кунига 2 марта, 2% ли папаверин 2 мл дан мускул орасига кунига 3 марта буюрилади.

Ҳомиладорликнинг 34-ҳафтасида агар чала туғиш хавфи бўлса, туғруқни консерватив усулда олиб бориш мумкин.

Ҳомиладорликнинг 34-ҳафтасигача қоғаноқ суви кетиб қолган, аммо бачадон бўйини берк, ҳомила боши чаноқ кириш сатҳида, ҳомилада асфиксия бўлса ва онада инфекция ва экстрагенитал касалликлар бўлмаса, бунда консерватив усул қўлланилади. Бунда аёл ўрикўрпа қилиб ётиши, вақти-вақти билан тана ҳароратини ўлчаш, томир уришини ва ҳомиланing юрак уришини эшитиб туриш керак. Бундан ташқари, антибиотиклар, токолитиклар ва кортикостерондлар, асфиксияга қарши препаратлар буюриш зарур.

Агар бирор патологик ҳолат вужудга келса ва ҳомила шу муддатга мос бўлиб етилган бўлса 36 ҳафталикда туғруқни қўзғатувчи препаратлар буюриб табиий йўл билан туғдириш чораларини кўриш керак. Бунинг учун аёлга олдин витаминлар ва гормонлар буюрилади, кейин окситоцин ва простагландиндан фойдаланилади.

Ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи одат тусига кириб қолган аёлларда ҳомила чаноқ билан олдин келса ва бола етилган бўлса яхшиси кесарча кесиш усули ёрдамида туғдириш керак.

Ҳомиладорликнинг қўйидаги муддатлари бола тушиши учун энг хавfli муддат ҳисобланади.

— ҳомила тухумининг бачадон деворига ёпишиш

даври (ҳомиладорликнинг 2—5 ҳафталик пайти, плацентанинг шаклланиш даври).

— ҳомиладорликнинг 4—12 ҳафталик даври.

— бачадоннинг сўнгги ўсиш (18—22 ҳафталик) даври. Шу муддатларда бола тушиш хавфи бўлса, аёлни стационарга ётқизиш мақсадга мувофиқдир.

Агар ҳомиланинг ўлиб қолгани аниқланса, уни тугдириш омиллари муддатига қараб белгиланади (аборт қилиш, табиий йўл билан тугдириш).

Агар ўлган ҳомила она қорнида узоқ қолиб кетса, бу қоннинг яшиш хусусиятига путур етказади. Шу сабабли ҳомиланинг туғилишини тезлатиш керак.

Агар ҳомиладорликнинг 26—27-ҳафтасида сув кетиб қолса, бунда кўпинча бола тушади. Агар ҳомиладорликнинг кечроқ муддатида қоғаноқ суви кета бошласа, аввало бунини қоғаноқ суви ёки сийдик эканлигини аниқлаш керак. Бунинг учун аёлга қуруқ таглик бериб қўйилади. Бундан ташқари, оқаётган сув лакмус қоғози ёрдамида аниқланади.

Маълумки, қоғаноқ суви ишқорли бўлади. Шу сабабли қизил лакмус қоғозига томизилса, у қўқариб қолади.

Мабодо қоғаноқ юқоридан йиртилган бўлса, ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин. Аёлнинг каравотда чанок қисмини кўтариб ётиши, ўз вақтида сийиши, ичи келишини кузатиб туриш лозим.

Шунинг таъкидлаш керакки, қоғаноқ суви сурункали кетаверса у қиннинг нордон реакциясини нейтраллайти ёки ишқорий реакцияга айлантиради. Бунинг натижасида қин орқали бачадонга микроб тушиб, бачадон шиллиқ пардасини яллиғлантиради (эндометрит). Оқибатда ҳомила ҳам инфицирланиб вақтидан илгари туғилади ёки она қорнида нобуд бўлади. Бола тушиш хавфи булган аёлга туғри даво қилинса 70—75% ҳолда ҳомила сақлаб қолинади.

Боласи тушган аёллар албатта поликлиникада акушер ҳисобида туриши керак.

Аборт қилинган аёл албатта врачдан зарур маслаҳатлар олиши зарур. Абортдан кейини камидан 6 ойгача бўйида бўлишдан сақланиш зарур.

Бачадон бўйида нуқсон бўлса ва у ҳомила йўлини бекитиб тура олмаса бачадон бўйинини тикиш керак бўлади. Бунинг учун қуйидаги усуллар қўлланилади.

А. И. Любимова ва М. М. Мамадалиевалар (1981)

усули бўйича бачадон бўйни П ҳарфига ўхшаб тикилади. Бунинг учун қин кўзгулари ёрдамида бачадон бўйни тешигининг орқа-олд лаби Мюзо қисқичи билан қисқилиб, ташқарига ва пастга тортилади. Қин олдинги гумбазининг бачадон бўйни билан бириккан жойининг ўрта чизиқ бўйлаб 0,5 см ўнг томонига лавсан ип билан унинг бутун қалинлиги бўйича нина суқилади. Кейин ипни чап ён гумбазга ўтказиб, бачадон бўйнининг олдинги гумбази томонга нина киргизилади. Ипнинг учи Кохер қисқичига олинади. Иккинчи лавсан ипли нина худди шундай қилиб ўрта чизиқдан 0,5 см чапга—ўнг томонга йўналтирилиб суқилади. Ниналар бир сатҳда суқилиши керак. Сўнгра ип учларини тортиб, олдинги қин гумбази соҳасида уч марта бойланади. Бу хилдаги операциядан кейин 1—2 кун ўтгач ҳомиладор ўриндан туриши мумкин. 1—3-кунлари ва операциядан олдин бачадон қисқармаслиги учун даво омиллари қўлланилади. Бунинг учун қин турли асептик моддалар билан қин кўзгуси ёрдамида артиб турилади (спирт билан). Агар мураккабланшлар кузатилмаса, ҳомиладор аёлга 5—7-кунни уйига жавоб берилади ва унга поликлиника врач-акушери кузатувида бўлиш тайинланади.

Агар операция тўғри қилинган бўлса, 94% аёлларда ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин.

1961 йилда Сенди бачадон бўйнининг ташқи тешигини тўла тикишни тавсия этган. Бунда бачадон бўйни ташқи тешиги шиллиқ қавати 0,5 см кенгликда кесиб олиниб, кейин кетгут билан ҳар икки чеккаси (олдинги ва орқа лаби) қўшиб тикилади. Бу жойда ҳосил бўлган чандиқ туғруқ вақтида скальпел билан қирқилади.

А. И. Любимова (1965) бу операцияга ўзгартириш киритди. У бачадон бўйнининг чиқиш соҳасини кюретка ёрдамида 0,5—1 см кенгликда қириб тикишни тавсия этади. Шунда чандиқ қаттиқ бўлмай, туғруқ жараёнида бачадон бўйни осон очилади. Бу хилдаги операциядан кейин ҳомиладорлар 1—3 кун ўринда ётишлари керак. Бачадон бўйнига асептик моддалар суртиб турилади. Ҳомиладор операциядан 10—14 кун ўтгач агар бошқа асоратлар бўлмаса уйига кетиши мумкин.

Бачадон бўйни канали ҳамда унинг ички ва ташқи тешиклари нуқсонларига ҳомиладорликнинг 11—16-ҳафталарида жарроҳлик усули билан даво қилинади. Агар қоғаноқ пардаси бўйин каналига тушган бўлса,

А. И. Любимова тавсия этган чок билан тикиш керак. Бачадон бўйни чуқур йиртилганда, унинг аномалиясида, кўп ҳомилали ҳомиладорликда Сепди бўйича тикиш мақсадга мувофиқдир.

ҚОҒОНОҚ ПАРДАСИ ЙИРТИЛИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Маълумки, бачадон бўйни очилишида қоғоноқ пардаси иштирок этади. Бундан ташқари, бачадонга инфекция тушиши хавфи ҳам бўлади. Шу сабабли бачадон бўйни тўла очилгунча қоғоноқ пардаси бутунлигини сақлашга ҳаракат қилиш керак бўлади. Қоғоноқ пардаси яхши чўзилмаслиги сабабли туғруқ жараёнида ҳомиланинг олдинда келувчи қисми уни кучли босади, натижада қоғоноқ чўзила олмай йиртилади.

Баъзан қоғоноқ ичидаги босим кучли бўлганда ҳомила боши олдига кўп сув тушади (олдинги сув) шу сув босими қоғоноқ ёрилишига сабаб бўлади. Қоғоноқ пардаси ёрилишига қуйидагилар сабаб бўлади:

1. Кўп сувли ҳомиладорликда ҳомила боши чаноқ-қоғоноқ нинг кириш қисмига тикилиб қолиши туфайли ичида босим ортади. Натижада парда унга бардош беролмай ёрилади.

2. Кўп ҳомилали ҳомиладорликда ҳам қоғоноқ пардасининг олдин ёрилишини кўриш мумкин.

3. Тор чаноқда ҳомила боши чаноқнинг кириш қисмига тикилиб қолмаслиги сабабли ҳомила олди суви иккига (олдинги ва орқадаги сувга) бўлинмайди. Натижада қоғоноқ ичидаги кучли босим таъсирида қоғоноқ ёрилади, ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётганида олдинда келувчи қисм бўлмагани учун бунда ҳам қоғоноқ ичидаги босим ошади ва қоғоноқ йиртилади.

Ҳомила олди суви олдин кетиб қолганда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар қуйидагилар:

1. Туғруқ жараёнининг узоққа чўзилиши.
2. Туғруқ дардининг сустлашиши.
3. Ҳомила майда қисмларининг (қўл-оёқ, киндик тизимчаси) тушиши.
4. Бачадонга инфекция тушиши.
5. Ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг нотўғри жойлашиши.

6. Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ келганда сув кетиб қолиши туфайли бу ҳолатнинг ўтиб кетган ҳолатга ўтиб қолиши ва бошқалар.

Юқорида келтирилган асоратларни назарда тутган ҳолда қоғоноқ пардасининг муддатидан олдин йиртилиб кетиши олдини олиш чораларини кўра билиш керак. Қоғоноқ пардаси ёрилмаслиги учун ҳомиладор аёл оғир юк кўтаришдан ва ҳомиладорликнинг охириг муддатида жинсий алоқадан ўзини сақлаши зарур.

Ҳомила олди суви кетиб қолиши хавфи бўлган аёлларни туғруқдан бир ҳафта илгари стационарга ётқизиш лозим.

БАЧАДОН БЎЙИНИ—ҲАЛҚУМИ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ТИКЛАШ УЧУН ҚИЛИНАДИГАН ОПЕРАЦИЯ

Маълумки, ҳомиланинг вақтидан илгари тўхтатишда бачадон бўйинининг етишмовчилиги алоҳида урин тутади. Бачадон бўйни ҳалқумининг етишмовчилигига бир томондан ундаги морфологик ўзгаришлар сабаб бўлса, иккинчи томондан туғруқ жараёнида бачадон бўйни йиртилиб, уни тиклашда йул қўйилган хатолар ёки унинг тикилмасдан қолдирилганлиги ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Баъзан бачадон ҳалқуми яхши тикилган бўлишига қарамай, бирор инфекция таъсирида йиринглайди, сўнгра битиб унинг бутунлиги бузилади. Аёлда ҳомиладорликнинг 13—14 ҳафталарида бачадоннинг пастки сегменти ҳам кенгая боради ва ҳомиланинг бачадонда жойлашишини таъминлайди.

Агар бачадон ҳалқумида етишмовчилик бўлса, у бу жараёнда иштирок эта олмай, ҳомиланинг бачадондаги жойлашишини таъминлай олмайди. Натижада ҳомиладорлик 13—14 ҳафталигидаёқ тўхтаб, ҳомила туғилади, яъни эрта аборт рўй беради. Шу кўнгилсиз ҳолатнинг олдини олиш учун бачадон ҳалқуми етишмовчилигини йўқотиш ва унинг фаолиятини тиклаш мақсадида бир неча турдаги операциялар таклиф этилади Hall (1956), ундан кейин N. Baden ва E. Baden лар (1957) бачадон ҳалқуми етишмовчилигини тиклашда уни қисман тикиш кераклиги ҳақида фикр юритганлар.

Sendi (Сенди, 1961) бачадон бўйинининг ташқи тешигини бекитиб тикишни, яъни унинг шиллиқ қаватини 0,5 см кенгликда айланма қилиб кесиб олиб, кейин олдинги ва орқа лабини кетгут қўйиб тикишни таклиф этади. Бунда бачадон бўйинининг ташқи тешиги қаттиқ чандиқ билан бекилиб қолиб, туғруқ жараёнида агар тешик

булмаса унда скальпель билан кесилади. Бачадоннинг бу хилда жароҳатланиши турли асоратлар (қон кетиши) га олиб келади.

Шунга кўра муаллифлар бир қатор бошқа турдаги усуллардан фойдаланиш ҳақида эслатиб ўтадилар.

1967 йилда А. И. Любимова ва М. А. Ниёзовалар юқорида айтиб ўтилган асоратларни ҳисобга олган ҳолда ўз усулларини таклиф этадилар. Бу усулларни ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан бошлаб қўллаш мумкин. Бу операция куйидагича бажарилади:

Дастлаб думгаза атрофига 150—200 мл миқдорда 0,25% ли новоканн эритмасини юбориб оғриқсизлантирилади. Қин кўзгуси ёрдамида қинни очиб, бачадон бўйини Мюзо қисқичи билан қисилиб олдинга тортилади. Бўйинни қирқмасдан, бачадон бўйин каналининг чиқиш қисмига яқин жойи қирғич (кюретка) билан қирилади (бунда бачадон бўйинининг ташқи тешик соҳаси қирилган бўлади), кейин айрим тугунли кетгут чоки билан тикилади. Бу усулда бачадон бўйни деярли зарарланмайди.

Ҳомиладорликнинг охирида бачадон ўсган сари бу чок ҳам бир оз тортилиб ажралади аммо асосан унинг кўп қисми сақланиб қолади. Тугруқ жараёнида корнцанг ёрдамида чоки очилади. Бу чок бачадон очилишига халақит бермайди. Чилла даврида жароҳатланган шиллиқ қават тезда тикланиб чандиқ қолдирмайди. Муаллифларнинг айтишича, бу усулни қўллаш билан 86 фоиз ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин экан. 1981 йилда А. И. Любимова ва М. М. Мамадалиевалар бачадон бўйини П ҳарфига ўхшатиб тикишни таклиф этдилар. Бунинг учун қин кўзгулари ёрдамида қин очилиб, бачадон бўйни ташқи тешигининг орқа-олд лаби Мюзо қисқичи билан сиқиб олинадида ташқарига ва пастга тортилади. Қин олди гумбазининг бачадон бўйни билан бириккан еридаги ўрта чизикдан 0,5 см ўнг томонга—бачадон бўйнига лавсан ип билан унинг бутун қалинлиги бўйича игна суқилади. Кейин ипни чап ён гумбазга ўтказиб, бачадон бўйинининг олдинги гумбаз томонига игна киргизилади, ипнинг учи кохерга олинади, иккинчи лавсан ҳам худди шундай қилиб, ўрта чизикдан 0,5 см чапга—ўнг томонга йўналтириб суқилади. Игналар бир сатҳда суқилиши керак. Сўнгра ипнинг учларини тортиб олдинги қин гумбазини соҳасида уч марта боғланади. Бу турдаги

операциядан кейин ҳомиладор аёл 1—2-куниёқ ўрнидан туриши мумкин.

Тиқишдан олдин ва операциядан кейинги 1—3-кунлари бачадон қисқармаслиги учун даво тадбирлари қўлланилади. Қин турли моддалар билан қин кузгуларни ёрдамида артиб турилади. Агар бирор нохуш ҳолат кузатилмаса, ҳомиладор аёлга 5—7-кунни уйига рухсат берилади. Унга аёллар консултацияси варачи кузатувида бўлиши тайинланади.

Агар операция туғри бажарилса, 94 фоз аёлларда ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин бўлади. Юқорида қайд қилинган усулни ҳам ҳомиладорликнинг 17—18-ҳафтасида бажариш мумкин. Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида А. И. Любимова (1965), баъзан Сенди усулларида фойдаланилади. Ҳомиладорликнинг кейинги муддатларида ёки ҳомиланing қоғоноқ пардаси бўйин канали тешигига тушиб қолган бўлса, унда А. И. Любимова ва бошқаларнинг (1981) усулларида фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Баъзи муаллифлар бачадон бўйин етишмовчилигини тиклашда унинг бўйинини қин соҳасида айланма давомли чок билан тиқишни таклиф этадилар. Биз бу усулдан фойдаланишни маслаҳат бермаймиз, чунки агар шу давомли чок қаттиқ тортилиб қолса, унда бачадон бўйинининг пастки қисми некрозланади.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИ БАРВАҚТ ТЎХТАТИШ УЧУН ҚОҒОНОҚ ИЧИГА БАЪЗИ ЭРИТМАЛАРНИ ЮБОРИШ

Ҳомиладорликни бу усулда тўхтатиш Ибн Сино давридан (X—XI асрлар) бизга маълум. Бу усулдан ўтган асрда Русияда ва чет элда И. Ф. Баландин, И. П. Лазаревич ва бошқалар фойдаланганлар.

Н. Н. Феноменовнинг айтишича, ҳомила пардаси ичига қуйилган эритма таъсирида ҳомила тухуми бачадон деворидан кўчиб, кейин бачадон қисқариши натижасида у чет тана сифатида туғилади. Бачадон деворидан бутунлай ажралган ҳомила тухуми бачадон учун чет тана бўлиб қолади. И. П. Лазаревич ҳомиланing туғилишини нерв системаси фаолиятига боғлиқ мураккаб ходиса деб тушунтиради.

Э. М. Каплун бачадон ичига киритилган эритмани механик таъсир билан бир қаторда кимёвий ва ҳарорат

таъсири деб тарғиб қилади. Баъзи акушерлар уни юборилган препарат таркибига боғлиқ деб ҳисоблайдилар.

Қоғоноқ ичига юбориладиган эритмалар турлича бўлиб, Берг (1858) сувни, И. Ф. Балладин (1886) 1:5000 сулема, М. М. Миронов (1927) 5—10% ли ош тузи, бошқалар 0,8% ли оқ стрептоцид, 1:3000 акрихин, 3—5% ли ош тузига 20° ли спирт қўшишни, Э. М. Каплун, И. И. Яковлевлар 1:2000—1:4000 риванол эритмасини қўллашни таклиф қилганлар. Бу усул ҳомиладорликнинг 18—20-ҳафталарида ёрдам беради. Бу усулдан қуйидаги ҳолатларда фойдаланиш мумкин эмас.

1. Аёллардаги оғир ҳолат, яъни туғруқни тезда тўхтатиш лозим бўлганда (юрак-томир, жигар ва буйракнинг оғир патологик ҳолатларида).

2. Жинсий аъзо ўсмаларида.

3. Қин тозалиги 3—4 даража бўлганда.

4. Бачадонда чандиқлар бўлганда.

5. Қўп сувли ҳомиладорликда.

6. Плацента олдин жойлашганда ҳамда плацента вақтидан илгари кўчганда.

7. Елбўғозда.

8. Ҳомила она қорнида ўлиб қолганда.

ОПЕРАЦИЯ УЧУН ЛОЗИМ БЎЛГАН АСБОБЛАР

Қин ойнаси, узун жарроҳлик ва анатомик пинцетлар, плейфер зонди, 4 та киндик қисқич, эркаклар катетери, Жане шприци (100—200 мл ли) ёки Бобров аппарати резинка найча ёрдамида катетерга уланади (эритма 38°С гача иситилган бўлиши зарур, кенг дока томпон (0,5 метр).

Операция усули: Қин ва бачадон бўйни дезинфекция қилингандан кейин қин ойнаси киритилса бачадон бўйни кўрнарли даражада очилади. Шунда бўйиннинг олдинги лаби киндик қисқич билан қисиб олинади. Унинг ташқи тешиги соҳасига спирт суртилади. Резинка найча эритма билан тўлатилади, пастки қисми эса қисқич билан беркитилади. Шундан сўнг бачадон бўйни каналига эркаклар катетери киргизилади ва бачадоннинг олдинги девори бўйлаб юқорига, тубига томон сурилади. Сўнгра резинадаги қисқични ечиб, қоғоноқ ичига эритма юборилади. Эритма ҳомиладорликнинг 18-ҳафталигидан бошлаб ҳар ойда 100—150 мл қўшиб борилади. Сўнгра катетер эҳтиёткорлик билан чиқарилиб қин вақтинча

тампонлаб қўйилади (юборилган эритма бачадондан оқиб кетмаслиги учун). Бу усулдан фойдаланилганда қўйидаги мураккабланишларни кузатиш мумкин:

1. Катетерни бачадон бўйига киргизиш қийинлашганда бачадон бўйи каналини гегар кенгайтиргичини саккиз рақамигача келтирилади.

2. Катетерни ичкарига йўналтириш вақтида қийинчилик туғилиши, ҳатто плацентани ўрнидан кўчириш хавфи бўлади.

3. Қоғоноқ пардаси ёрилиб кетиши мумкин.

4. Тана ҳароратининг кўтарилиши.

5. Қон кетиши.

6. Интоксикация, эмболия (ҳозир риванол эритмаси ўрнига гипертоник эритма ёки фурациллидан фойдаланилмоқда).

Х БОБ

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК (qf. extrantera)

1611 йилда Riolani ўлган аёлда бачадондан ташқарида жойлашган ҳомилани топган. Ундан кейин Manican (1937) бачадондан ташқарида ҳомиладорлик рўй беришини тасдиқлаган.

Узоқ вақтгача бу патологияни консерватив усулда, қиннинг орқа гумбази орқали нина ёрдамида қон олиб даволаганлар. Аммо бу кўпинча аёлларнинг ҳалокати билан натижаланган. 1882 йилда Н. Н. Феноменов қорин девори орқали операция қилишни адабиётларда баён қилган.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлиқнинг ривожланишида (qgravidia extopia) сперматозонд билан қўшилган тухум ҳужайра одатдагича бачадон ичида эмас, балки бачадон найчаларида (qf. extrantera tubaria) қорин бушлиғида (qgravidia extrantera abdominalis) тухумдонда (qf. ovarialis), шунингдек бачадоннинг қўшимча шохида ҳам ривожланиши мумкин.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлиқнинг 98—99% и бачадон найчаларида учрайди.

Ҳомиланинг бачадон найчаларида ривожланишига найча мускулларининг қисқариши суст бўлиши, найчалардаги яллиғланшдан кейин қолган чандиқлар, усмалар, эндометриоз, бачадон ва унинг найчалари силли,

асабий-руҳий ҳолатлар ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин. Инфантил аёлларнинг найчалари узун ва эгри-бугри бўлганлиги сабабли сперматозоид қўшилган тухум ҳужайра бачадонга етиб келолмай, у найчаларнинг бирор қисмида тўхтаб ривожлана бошлайди.

Кўпчилик мутахассисларнинг айтишича, унг томондаги бачадон найчаларида ривожланаётган ҳомиладорлик аппендицит билан биргаликда кечиши ҳам мумкин.

Иккиламчи ва ҳатто бирламчи (инфантил аёлларда) бепуштликда бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик учраши мумкин.

Агар аёл боласини узоқ вақт эмизиб юрса, бачадон шиллиқ қавати атрофияга учрайди. Бу ҳам бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка сабабчи бўлиши мумкин.

Клиник кечиши. Сперматозоид билан қўшилган тухум ҳужайра бачадон найчаларига, тухумдонга ва қорин бўшлиғига жойлашиши мумкин. Бу аъзоларда ҳомила тухумининг ривожланиши учун лозим шароит бўлмайди. Шунга кўра ҳомила ривожланиб бориб, маълум вақт ўтгач, кўпинча ҳомиладорлик 5—6 ҳафталигидаёқ эмбрион жойлашган аъзо ёрилади ва у ердан қон кетади. Ҳомиладорлик қорин бўшлиғида бўлганда камдан-кам ҳолатларда муддатига етган ҳомила кузатилади.

Ҳомиладорликнинг қорин бўшлиғида бўлишини икки хил тушунтириш мумкин. Баъзан ҳомиладорлик бачадон найчаларида рўй бериб, кейин найчаларнинг тескарига перистальтик қисқариши натижасида ҳомила қорин бўшлиғига тушади (найчаларнинг ҳомила ташлаш-аборти) десалар, бошқалар аёл тухумининг сперматозоид билан қорин бўшлиғида қўшилишидан келиб чиқади, деган фикр юритадилар.

Ҳомиладорлик қаерда бўлишидан қатъи назар аёл бошқоронғи бўлиб, аччиқ, шўр, нордон нарсаларни кўнгли тусай бошлайди, сут безлари қаттиқлашади, қин шиллиқ қавати ва бачадон бўйнининг қин қисми кўкимтир бўлиб, бармоқлар билан қин орқали текширилганда бачадон бир оз катталашиб қолади. Ҳали ҳомила тухуми ўрнидан кўчмаган, найча ёрилмаган бўлса, шу ҳомилани найча йўғонлашган ва юмшаган, ҳомила тухуми жойлашишига қараб шу ер кўпроқ йўғонлашган бўлади (колбасасимон).

Биологик, серологик ва иммунологик реакциялар ҳомила тухуми кўчмаган бўлса мусбат бўлади. Агар ҳоми-

ла қорин бушлиғида ривожланган булса, бунда у қи-мирлаганда аёл қаттиқ оғриқ сезади. Ҳомиланинг юрак уришини ҳам эшитиш мумкин (электрокардиография, малыш ва бошқалар ёрдамида). Лапароскопия, эндоскопия ва ультратовуш ёрдамида ҳомиладорликка ташхис қўйиш мумкин.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда бачадон мускулларида ва шиллиқ қаватида нормал ҳомиладорликда буладиган ўзгаришлар кузатилади. Объектив текширганда бачадон унчалик юмшамаган, бачадондаги Децидуал рекация туфайли у катталашган, аммо ҳомиладорлик муддатидан кичик булади.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда кўпинча ҳомиладорлик тўхтаганда (найча ёрилганда ёки найчада аборт булганда) ташхис қўйиш осон булади.

БАЧАДОН НАЙЧАЛАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадон найчаларидаги ҳомиладорлик 5—6 ҳафталикдаёқ тўхтайди. Чунки найча шиллиқ қаватида шиллиқ ости қавати булмайди. Децидуал реакция суст булади, мускул қавати ҳам суст ривожланади. Шунга кўра, ҳомила тухуми найчаларда анча чуқурга, ҳатто мускул қаватига, сероз қавати ва ундан ҳам чуқурроққа жойлашиб ривожланади. Бунда қон томирлар емирилади. Агар ҳомила тухуми найчанинг ампуляр қисмида жойлашган булса, найча қисқариши натижасида у [кучиб қон лахта-лари билан қорин бушлиғига тушади. Шундай қилиб, ҳомила тухуми найчанинг қайси қисмида жойлашганига қараб ҳомиладорликнинг тўхташи 2 турга булинади:

а) найчаларнинг ёрилиши (*ruptura tubae uterina*).

б) найчалар аборти (*abortus tubaria*). Найчаларнинг ёрилиши клиник жиҳатдан ўзинга хос кечади. Аёл қорни пастида бирданига кучли оғриқ сезади, қони камайиши туфайли боши айланиб, ҳушидан кетади, пульси тезлашади. Қон қорин бушлиғига, қиннинг орқа гумбазини соҳасига (Дуглас чунтагига), ҳатто қорин бушлиғига йиғила боради.

Агар ҳомила найчаларнинг бачадон қисмида жойлашган булса, у IV—V ойликкача ўсиши мумкин, сунгра шу қисм ёрилади ва аёл кўп қон йўқотади. Бу бачадон ёрилишини эслатади. Бачадон найчалари ёрилганда қон лахталари дастлаб найчанинг сероз пардаси остига тўп-

ланади, бунда касалликнинг клиник кечиши оғир бўлмаслиги мумкин.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг бузилганига кўп вақт ўтган бўлса, қорин ва чаноқ бушлиғида чандиқ ҳосил бўлиши кузатилади, шунга кўра буни операция қилганда катта қийинчилик туғилади. Баъзи мутахассислар бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликни операция қилиш бачадон бўйни усмасини операция (Wertheim операцияси) қилишдан ҳам оғир деб ҳисоблайдилар. Баъзи ҳолларда хоринэпителиома ҳам кузатилиши мумкин.

Найчаларнинг ички қавати ёрилганда ҳомила тухуми найча ичиди қолиб, атрофи қон лахталарига тулади. Бунга гуштли қоплам (mola carposa) дейилади. Агар гематома найча атрофини қон лахталари билан ўраган бўлса, haematoma retubagia дейилади.

Найчалардаги ҳомила тухуми турли муддатларда сурилиб қорин бушлиғига туғилиши, бу 1—2 ҳафта мобайнида содир бўлиши мумкин. Бачадон найчалари тескари қисқарганда (антиперистальтика) бемор дард тутгандаги каби оғриқ сезади. Кўпинча қорин пастининг бир томони оғрийди. Найча абортида қон найча йиртилгандагига қараганда камроқ кетади. Бунда аёл бушашади, бош айланишидан шикоят қилади, пульси тезлашади. Найчалар йиртилиб қон кўп кетганда шок ҳолати кузатилади. Баъзан аёлнинг ўлими кузатилади.

ҚОРИН БУШЛИҒИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорликнинг бу тури В. И. Бодяжина ва бошқаларнинг айтишича, ўрта ҳисобда 0,3—0,4% ҳолда учрайди. Бу хилдаги ҳомиладорлик бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Қорин бушлиғидаги бирламчи ҳомиладорлик аёл тухуми сперматозонд билан қўшилгандан кейин қорин бушлиғида (қорин парда, чарви, ичаклар, жигар, қора талоқ, ошқозон ва бошқалар) рўй беради. Бундай ҳолларда найчаларда, тухумдонда, кенг бойламда деярли ўзгартиш кузатилмайди.

Қорин бушлиғидаги иккиламчи ҳомиладорликда кўпинча найчалардаги ҳомила туғилиб, қорин бушлиғига тушади. Бунда плацента бачадоннинг кенг бойлами, ҳомила тухуми турган жойга, чарвининг бир қисмига, ичаклар орасига жойлашган бўлиши мумкин. Клиника-

да плацентанинг жигарнинг пастки қисмига жойлашган ҳоллари ҳам кузатилган.

Ҳомиладорликнинг бу турида ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ҳомила ўсган сари унинг аниқ белгилари намойиш бўлаверади. Ҳомила қимирлайди ва унинг юрак уриши эшитилади. Аммо ҳомила ҳар қимирлаганда аёл кучли оғриқ сезади. Ҳомиланинг маида қисмлари қорин девори остида пайпасланади. Баъзан уни пайпаслаб аниқлаш қийин бўлади. Қорин катталашади, аммо у бачадондаги ҳомиладорлик каби аниқ шаклда ифодаланмайди, унинг ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди. Бундай ҳомиладорликнинг оқибати яхшилик билан тугамайди.

Ҳомиладорликнинг муддати қанча бўлишидан қатъи назар ҳомила ўрнашган жой ёрилиб, кўп қон кетиши натижасида аёлнинг ҳаёти хавф остида қолади. Одатда ҳомила нобуд бўлади. Ҳомиладорлик муддатига етган тақдирда ҳам унда дард бошланиши билан ҳомила ўрни йиртилиб, қорин бушлиғига қон кетади. Натижада аёл ҳалокатга учрайди. Баъзи ҳолларда ҳомиладорликнинг эрта муддатида қон кам кетади. Қасаллик клиникаси унча аниқ бўлмай, аёл операция қилинмай қолади. Натижада ҳомила мумиёга айланиб ёки оҳакланиб қолади (lithoroshion).

Бунга сабаб ҳомила танасидаги сувнинг шимиллиши, тузларнинг ўтириб қолишидир. Баъзан инфекция тушиши натижасида оғир ҳолат кузатилади. Бунда қорин пардасининг маҳаллий ёки тарқалган яллиғланишини кузатиш мумкин.

ТУХУМДОНДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорлик фолликула ичида тараққий қилади. Бу жуда кам (0,1—0,15%) ҳолларда учрайди. Бунда сперматозоид овуляцияда ёрилган фолликула ичига кириб олиб, тухум хужайра билан қўшилади ёки фолликула ёнида қўшилиб ривожланади. Клиник белгилари бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликка хос бўлади.

Одатда тухумдондаги ҳомиладорлик эрта муддатларда тўхтайдди. Бунда оғир қон кетиш ҳолати кузатилади.

БАЧАДОННИНГ ҚЎШИМЧА ШОХИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадоннинг қўшимча шохидаги ҳомиладорлик жуда оғир асорат беради. Одатда бачадоннинг қўшимча шохи

асосий бачадонга, унинг бўйинининг ички тешиги соҳасига бириккан бўлади. Қўшимча шоҳида бўйини тешиги бўлмаслиги мумкин. Шунга кўра у берк бўлади, қин билан туташмайди. Бундай ҳомиладорлик рўй беришини шундай тушунтириш мумкин. Овуляция натижасида ажралган тухум ҳужайра ва сперматозонд қўшимча шоҳдаги найча томонга йўналиб бир-бири билан қўшилади.

Қўшимча шоҳдаги ҳомиладорлик бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик каби кечади. Бунда унинг шиллиқ қаватида децидуал метаморфоз, гиперплазия ва гипертрофия кузатилади. Ҳомиладор бўлмаган асосий бачадонда ҳам худди шундай ўзгариш кузатилади. Одатда ҳомиладорлик 3—4-ойларда (найчалардаги ҳомиладорликка нисбатан кечроқ) тўхтайдди.

Бунда ҳомила ўрнашган жойидан ташқарига ёрилиб, қон кўп кетади. Қамдан-кам ҳолларда ҳомиладорлик охиригача давом этади. Бунда одатда қон кўп кетиб (бачадон ёрилиши клиникасини эслатади) аёл ҳаёти учун хавф солади. Баъзи ҳолларда тўғри ташхис қўйилмаслиги ва операция қилинмаслиги натижасида плацента ўрнидан кўчиб, ҳомила нобуд бўлади.

Ташхис қўйиш. Ҳомиладорлик бачадонининг қўшимча шоҳида бўлганда ҳам ҳайз кўриш тўхтайдди. Дастлаб оғриқ бўлмайди. Қин орқали текширганда бачадон ёнида кенг оёқли тана (қўшимча бачадон шоҳи) ва думалоқ боғлам аниқланади. Ҳомила бўлган бачадон шоҳи кўзгалувчан бўлади. Дифференциал ташхис ўтказилганда тухумдон кистаси таранг, эластик қаттиқликда бўлади. Бачадон шоҳи ҳафта сайин ўса боради. Киста ва кистомалар эса унча тез ўсмайди. Бундан ташқари, бачадон сероз қаватига жойлашган миномага ҳам ўхшаб кетади. Аммо у ҳам тез ўсмайди ва анча қаттиқ бўлади. Ташхис қўйишда синчиклаб йиғилган анамнез ёрдам беради.

Найчалар ёки найчаларнинг бачадон девори ичидаги ҳомиладорлик бузилганда жараён ўткир кечади. Бемор қорин пастида оғриқ (кўпинча бир томонида) сезади, боши айланади, ҳушидан кетади, оғриқ вақтида чаноқ остига (тўғри ичак сатҳига) бир нарса тикилганга ўхшайди. Бу ҳолат орқа дуглас чўнтагига қон қўйилиши натижасида пайдо бўлади.

Найчалар абортда оғриқ тутиб-тутиб пайдо бўлади. Дуглас чўнтагига қон йиғилиб оғриқ қорин бўшлиғига тарқалади, аёлда камқонлик пайдо бўлади. Унинг тери

ва шиллик пардалари оқарган, тана ҳарорати пасайган, пульс тезлашган бўлади. Бемор ҳушидан кетиши, вақти-вақти билан бир оз ўзига келиши ва берилган саволларга жавоб қайтариши мумкин. Сут бези катталашиб оғиз сути чиқади. Шчеткин-Блюмберг белгилари унча аниқ бўлмайди. Қорин девори тараंगлашади, бу айниқса гипо-ва мезогастрал соҳаларда кузатилади. Бу соҳа нафас олишда иштирок этиши мумкин. Агар қон қорин бўшлиғига қуйилган бўлса, қоринни перкуссия қилганда унинг пастки қисмида (биқин соҳасида кўпинча бир томонлама) бўғиқ овоз эшитилади. Агар бемор бошқа ёнига ётқизилса, қорин бўшлиғидаги қон шу томонга ўтгани сабабли перкуссияда бўғиқ овоз шу жойдан эшитилади. Ташқи жинсий аъзолар ҳолати деярли ўзгармайди. Фақат қиндан бир оз қорамтир қон ажралади.

Қин кўзгулари ёрдамида қин ва бачадон бўйини кўздан кечирилганда шиллик парданинг кўкимтир тусга киргани, бачадон бўйнидан қорамтир қон ва шиллик тўқима пардалари ажраллишини кўриш мумкин.

Орқа гумбаздан нина ёрдамида қон олиб текширилганда эритроцитлар тут донасига ўхшаб буришиб қолгани аниқланади, олинган қон ивмайди. Бармоқлар ёрдамида текширилганда бачадоннинг бирмунча катталашгани аниқланади (ҳомиладорлик муддатига туғри келмайди). Қиннинг орқа гумбази осилиб ёки текисланиб қолади. Бачадон бўйини қимирлатилганда бемор оғриқ сезади. Орқа гумбаз соҳасига бармоқ ботирилса қин гумбази қон билан тўлгани сабабли осилиб тушади. Бунга А. А. Коган қалпоқча белгиси дейилади. Бачадон соҳасида бир томон (ҳомила йўқ) осонгина, оғриқсиз пайпасланади. Ҳомила бор томонда қорин пардаси тараंगлашгани сабабли оғриқ бўлади, агар ҳали найча ёрилмаган бўлса, колбаса шаклидаги шишни аниқлаш мумкин. Аммо бунини аниқлаш анча мушкул бўлади. Чунки чаноқ шиш соҳасидан юқорига кўтарилмайди ва унинг қўлга илиниши қийин бўлади.

Бачадон ташқарисидagi ҳомиладорлик тухтагач, бачадон ичидаги децидуал парда гўё қўлқоп шаклида қон билан биргаликда кўчиб тушиши мумкин. Агар у сувга солинса, учбурчак шаклидаги (3 та тешikli: 2 таси найчалар тешиги, биттаси бўйин тешиги) бутун тўқимани кўриш мумкин.

Аёлнинг қон таркиби текширилганда (агар ҳомила-

дорлик тўхтаган заҳоти текширилса) эритроцитлар билан гемоглобин бир хилда камаяди. Қоннинг ранг кўрсаткичи дастлаб унча ўзгармайди ва анемия нормохромия кўринишида бўлади. Бунга сабаб аёл кўп қон йўқотганида майда қон томирларининг (капиллярлар) рефлектор қисқариши натижасида улардаги қон йирик-роқ қон томирларга тушишидир. Қон кетиши давом этиши натижасида нормохром анемия гипохром анемияга ўтади. Бунга сабаб суяк илгидидаги эритроцитларнинг йўқотилган гемоглобинга инебаган тезроқ ажраллишидир.

Ҳомиладорлик тўхташи (ҳомила ўрни йиртилиши) нинг биринчи соатидаёқ қисқа муддатли лейкопения ва тромбоцитопения кузатилади. Кейинроқ (3-куни) эритроцитлар ва лейкоцитларнинг ёш шакллари пайдо бўлади. Агар қон кўп йўқотилган бўлса, ЭЧТ ошади.

Бачадоннинг қўшимча шохидидаги ҳомиладорликнинг тўхташи ўткир пельвиоперитонит, тухумдон кистасининг буралиб қолиши, меъда ярасининг тешилиши, ўткир аппендицит, жигар ва қора талоқнинг жароҳатланиши, тухумдон апоплексияси, пайчалардаги хоррионэпителиома каби касалликлар билан дифференциал ташхис қўйишда анамнез йиғиш ва объектив текшириш яхши ёрдам беради. Бачадондаги ҳомиладорлик абортда асосан бачадон улчамининг ҳомиладорлик муддатига тўғри келиш-келмаслиги аниқланади. Баъзан ҳомила бўлмаган асосий бачадоннинг децидуал қавати гўё қўлқопга ўхшаб ажралиб тушади.

Ўткир пельвиоперитонитда камқонлик кузатилмайди, тана ҳарорати юқори, тил қуруқ бўлади, артериал босим пасаймайди, пульс тана ҳароратига кўра кўтарилади. Қорин девори нафас олишда иштирок этмайди. Шчеткин-Блюмберг белгилари мусбат бўлади.

Тухумдон ўсмалари буралиб қолганда камқонлик кузатилмайди. Бунда асосий белги оғриқ бўлади. Пайпаслаб кўрилганда бачадон ташқарисида ўсма аниқланади.

Ўткир аппендицитда оғриқ чаноқ соҳасидан юқорида, ўнг ёнбош соҳасида бўлади. Қон кетмайди, беморнинг кўнгли айнаб, қусиши мумкин. Шу соҳада Шчеткин-Блюмберг ва Ровзинг белгилари мусбат бўлади.

Меъда яраси тешилганда бемор анамнезида илгари ошқозонида касаллик (гастрит, яра) бўлгани, оғриқ эпигастар соҳада эканлигидан шикоят қилади. Бунда бе-

морда камқонликдан кўра шок реакцияси кучлироқ бўлади.

Жигар ва қораталоқ жароҳатлари анамнез ёрдамида аниқланади. Тухумдон апоплексиясида ҳам қон кетади. Бунда ташхис қўйишда кўпгина хатоликларга йўл қўйиш мумкин. Тўғри ташхис қўйишда анамнез анча ёрдам беради. Бу жинсий алоқада бўлмаган аёлларда учраши мумкин.

Хорионэпителиомада ҳам (агар у бачадон найчаларида жойлашган бўлса) касалликнинг клиник кечиши найчалар ҳомиладорлигига ўхшаб кетади. Бу гистологик текшириш йўли билан аниқланади. Бачадон шиллиқ пардасидаги децидуал реакция фақат ҳомиладорликда эмас, балки сариқ тана кистага айланганда ҳам пайдо бўлади.

Қамдан-кам ҳолларда ҳомиладорлик ҳам бачадонда, ҳам найчаларда бўлганда бачадондан ажралган чиқиндида хорион киприкчаларни учратиш мумкин.

Тухумдон ёрилганда ҳам қиннинг орқа гумбазидан қон олиб текширилади. Шунинг унутмаслик керакки, агар ҳомила жойлашган найча ёрилмаган ёки найчаларнинг сероз қаватида қон қўйқумлари жойлашган бўлса, орқа гумбаздан қон чиқмаслиги мумкин. Чунки бу соҳага ҳали қон қўйилмаган бўлади. Бу эса ташхис қўйишда қийинчилик туғдиради. Бундай пайтда кульдоскопия ёки лапароскопия, ультратовушлардан фойдаланиш мумкин.

БАЧАДОН БЎЙНИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни турли муаллифлар турлича талқин қиладилар. Ҳомила бачадон бўйнида ёки бўйин олдида жойлашади. Кўпроқ бачадон бўйнида учрайди.

Маълумки, бачадон бўйнида ҳомиланинг ривожланиши учун шароит йўқ, унинг шиллиқ қавати бачадонникига нисбатан юпқа. Шу сабабли хорион киприклар бачадон бўйни мускуллари орасига ва баъзан сероз қаватига ўтиб кетади.

Бачадон шиллиқ қаватида абортдан ёки туғруқдан кейин бачадон шиллиқ қавати яллиғланса, деструктив ўзгаришлар юз беради ва чандиқ ҳосил бўлади. Ҳомила тухуми учун бачадонда қулай шароит бўлмагани учун у пастга тушиб бачадон бўйни ва унинг олдида жойлашади.

Бу ҳолат камдан-кам учрайди, агар касаллик ўз вақтида аниқланмаса аёл ҳалок бўлади. Аёлдан ҳомиладорликнинг эрта муддатида—биринчи ярмида, камдан-кам ҳолларда иккинчи ярми бошланishiда қон кетади. Қон кетишига бачадон бўйинининг ҳомила тухуми туфайли кенгайиб юққаланиб кетиши ва унинг бағрига жойлашган хорион киприкчалар ва улар ўрнашган жойнинг ёрилиши сабаб бўлади. Ҳомила бачадон бўйнида жойлашганда аёлда ҳомиладорлик белгилари пайдо бўлади (бошқоронғиллик, сут безлари тўлиниши ва ҳоказо). Дастлаб аёл ҳомиладорлик бачадон бўйнида ривожланаётганини сезмаслиги мумкин.

Ҳомила тухуми бачадон бўйинининг қайси томонида жойлашган бўлса, шу томон катталашади, асимметрик ҳолатни олади. Баъзан бачадон бўйни тухум шаклига ўхшаб қолади. Қин кўзгулари ёрдамида кўрилганда бачадон бўйинининг ҳомила тухуми ёпишган томони кўкитир ва дуппайиб чиққан, ташқи тешиги қаттиқ бўлади (юмшамаган). Бачадон бўйни танасидан анча катта бўлади (қин орқали кўриш жуда эҳтиёткорликни талаб қилади, акс ҳолда кучли қон кетиши мумкин).

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни купинча рақ билан, айниқса унинг эндофит тури билан, бачадон бўйни девори ёки қалин мнома билан адаштириш мумкин. Аммо бу ҳар иккала патологик ҳолатда ҳомиладорлик белгилари бўлмайди. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорлик бошланган абортга ўхшайди. Аммо абортда ҳомила тўқимаси бачадон бўйни каналида, бачадон бўйнидаги ҳомила эса унинг бағрида жойлашиши билан фарқ қилади. Агар қон кетиши ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида бошланса (бачадон бўйнидаги ҳомила иккинчи ярмигача ўсмайди) у пастда жойлашган плацентага ўхшайди. Аммо бунда бачадон бўйинининг шакли ўзгармаган бўлади. Бунда аёл илгари ҳомиладор бўлмаган бўлса ёки ҳомиладор бўлгану аммо фарзанди бўлмаса ҳам унинг ёшидан қатъи назар бачадонни олиб ташлашга тўғри келади.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИКДА ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛИ

Бунда қорин девори очилиши билан оқ қон оқиб чиқа бошлайди. Бу турдаги операцияни биринчи марта бажараётган врач учун у анча ташвишли ҳол бўлиб ҳисобланади. Аммо бунда врач узини йўқотиб қўймасдан операцияни тезлатишга ҳаракат қилиши керак.

Бунинг учун қорин деворини тезда очиб, қон оқаётган томир иложи бўлса қисилади ва ёрилган найчани олиб ташлашга киришади. Операция қилаётган врач қўлини чаноқ ичига киргизиб бачадонни пайпаслайди ва унинг орқа томони бўйлаб орқа дуглас чўптагига тушади. Ҳомиладор бўлган найча ва тухумдонни топади. Агар бачадон найчасининг бу томонида ҳомиладорлик бўлмаса, шу йўсинда иккинчи томонга ўтилади. Ҳомиладор найча тухумдон билан бирга қорин девори сатҳига олиб чиқилади, шунда бачадон бурчаги ва туби кўришиб қолади.

Агар найча ёрилганига унча кўп бўлмаган бўлса, унда фақат найча олиб ташланади. Агар бачадон найчасидан ташқари тухумдонда ҳам бирор патологик ҳолат бўлиб, уни олиб ташлашга тўғри келса, унда найча билан бирга тухумдон ҳам олиб ташланади.

Йиртилган найчани олиб ташлаш учун қон тўхтатувчи қисқичнинг биттасини найчанинг бачадонга тушган жойига (бачадон бурчагига), иккинчисини воронка-чаноқ бойламига мезосальпниксга бўйлаб қўйилади. Шунда йиртилган найчадан оқаётган қон тўхтайдди. Шундан кейин найчанинг бачадонга бириккан қисмини пона каби қирқиб бачадондан ажратиб олинади ва шу қирқилган бачадон деворини саккиз рақамига ўхшаш чок билан тикилади.

Агар мезосальпниксга қўйилган қисқич билан унинг ҳаммаси қисиб олинмаган бўлса, унда мезосальпниксга қўшимча учинчи қисқич қўйилади, қисқичлар чок билан алмаштирилади, мезосальпниксга кўпинча давомли чок, бачадон бурчагига саккизсимон чок қўйилиб, кейин перитонизацияга киришилади.

Перитонизациядан олдин мезосальпниксга қўйилган чок ипи ва бачадон бурчагига қўйилган иплар бир-бирига боғланади ва шу йўсинда мезосальпникс бачадонга тиркалиб қолади. Кейин думалоқ бойлам (liq. teres) билан

ярим кесет ёки давомли чок билан перитонизация қилинади. Бу қуйидагича бажарилади: думалоқ бойламнинг шу мезосальпинкс қолдиги устини бекитган ҳолда бачадон бурчаги орқароғига тикилади. Кейин бойламнинг сероз қавати мезосальпинксга давомли чок билан тикилади. Бунда қорин пардасининг ҳар икки варағи олtingан бўлади, найчалар ўрни бўйлаб давомли чок билан бир-бирига яқинлаштирилади.

Агар найча билан тухумдонни ҳам қўшиб олиб ташлаш лозим бўлса, у қуйидагича бажарилади. Бетта қисқичи тухумдоннинг махсус бойламга бачадонга яқинроқ қилиб қўйилади. Бунда найчанинг бачадон қисмини ҳам қисиб олиш мумкин. Бошқа қисқич воронка-чаноқ бойламга қўйилади (кенг бойламнинг юқори қисмига). Сунгра найча билан тухумдон олиб ташланади. Қисқичлар тугунли чок билан алмаштирилади. Перитонизация учун думалоқ бойлам ишлатилади. Бунда перитонизация бачадон бурчагидан бошланиб, ингичка кетгут билан давомли чок тикилади. Қорин пардасининг орқадаги варағи билан биргаликда воронка-чаноқ бойлами қолдиги сероз парда ичига ярим кесет чок билан тикилади. Агар беморнинг аҳволи оғир бўлиб, операцияни тезлатишни тақозо қилса, унда кесилган сероз пардага ингичка кетгут билан давомли чок қўйилади.

Баъзи мутахассислар (И. И. Фейгель, Р. В. Кипарский қайтадан найчанинг бачадонга кирган қисмида ҳомилдорлик бўлишини назарда тутиб шу бачадон бурчагини понага ўхшатиб қирқиб олишни таклиф этадилар. Аммо бу хилдаги ҳомилдорлик жуда кам учрайди. Шу сабабли И. Л. Брауде бачадон бурчагини понага ўхшатиб кесишни ўринсиз деб ҳисоблайди. Чунки аёл қайтадан ҳомилдор бўлса ҳомила тухуми бачадонда жойлашган ҳолда унинг ривожланиши даврида шу тикилган жой жароҳатланиши мумкин. У бу турдаги операцияни фақат ҳомилдорлик шу қисмда бўлган ҳоллардагина қилиш мумкин деб ҳисоблайди.

Найчани олгандан кейин иккинчи қолган найчани мумкин қадар эҳтиётлаш керак бўлади. Аммо бунда найча ҳолатини яхши ўрганиб, унинг ўтказувчанлигини текшириш зарур.

Агар бачадондан ташқаридаги ҳомилдорликнинг бузилганига анча вақт бўлган бўлса, чаноқ ичи ва ундаги аъзолар атрофида қон қуйқалари йиғилган бўлса (ба-

чадоддан ташқаридаги ҳомиладорликнинг ўтиб кетган ҳолати) операция анча оғир кечади. У врачдан моҳирликни талаб қилади, чунки фибринли пардалар билан чандиқлар туфайли аъзоларни бир-биридан ажратиб ва жароҳатланган найчани топишда катта қийинчиликка учиради. Ажратиб жараёнида юлқа фибринли парда ёрилиб ичидан қон қуйқалари ажралади. Қуйқаларни қўл ва тампонлар ёрдамида олиш жараёнида орқа дуглас чўнтаги соҳасидан жароҳатланган найча топилади ва у қўл билан аста-секин ажратиб олинади.

Агар тухумдонда сезиларли даражада нуқсон бўлмаса, унда фақат найчанинг ўзи олиб ташланади. Сўнг-ра юқоридаги каби перитонизация қилинади. Қорин деворини тиклашдан олдин қорин бўшлиғи ва дуглас чўнтагидаги қон қолдиқларини олиб ташлаш лозим. Акс ҳолда бу инфекция манбаи бўлиб қолади. Шундан сўнг қорин девори тикилади. Қовуқни катетрлаб, сийдик миқдори ва ранги текширилади.

Врач шунинг унутмаслиги керакки, бемор анча қон йўқотади. Шу сабабли қон ва қон уринини босадиган эритмалардан фойдаланиш керак бўлади (операциядан олдин ва операция давомида).

ҚИШ ОРҚА ГУМБАЗНИНГ НИНА ЁРДАМИДА ТЕШИШ (ПУНКЦИЯ ҚИЛИШ) (Punctiofornicis posterioris)

Бу хилдаги операция ташхис қўйиш ёки орқа гумбазга дренаж киргизишда ёрдамчи сифатида қўлланилади. Орқа гумбазга нина суқиб ташхис қўйиш кўп ҳолатларда, хусусан бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда аниқ ташхис қўйиш учун ёрдам бериши мумкин. Албатта ташхис қўйишда касалликнинг клиник кечиши ҳам ҳисобга олинади. Ичаклар ҳуқна қилиб тозаланади.

Нина киритиш усули. Ташқи жинсий аъзолар соҳаси ва қин дезинфекция қилувчи эритма билан ювилиб, унга йод ва спирт суртилади. Одатда пункция наркозсиз қилинади. Невроз ҳолатидаги беморларга трелен наркозини қўлласа бўлади. Пункция фақат орқа гумбаз орқали қилинади.

Қиннинг орқа деворига қўйилган қин ойнаси ва олдинги деворига қўйилган қин кутаргичи ёрдамида бача-

дон буйнининг қин қисми кўрилади. Бачадон буйнининг орқа лаби киндик қисқич билан қисиб олиниб унинг банди қов суяги томон йуналтирилади. Фойдаланиладиган инна узун, ўртача йўгонликда бўлиши керак.

Нинани орқа гумбазнинг ўртасидан, қиннинг орқа деворидаги гумбазга бириккан жойидан 1—2 см узоқликда 10—20 граммли шприцга кийгизиб суқилади. Нинани секин-аста суқмасдан бирданга суқиласа, аёл оғриқни сезмай қолади. Бунда акушер гүё бўшлиққа тушгандай бўлади (агар орқа гумбаз чуқурчасида қон бўлса).

Агар орқа гумбазда суюқлик бўлса, у шприц билан осон суриб олинади. Баъзи ҳолларда акушер нинани бир оз узин томонга ёки 1—2 см ичкариги суриши лозим бўлади. Агар қон қуйилиб қолса, бу қон томирига тушилганидан далолат беради. Орқа гумбаздан олинган қон ивимаса, демак бу бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдон апоплексияси борлигидан далолат беради. Қон микроскопда текширилса, у гүё тут донасига ўхшаб кетади.

ХИ БО Б

АКУШЕРЛИҚДАГИ ЖАРОҲАТЛАР

Қин ва вульва клетчаткасига қон қуйилиши гематома деб аталади. Бунда асосан вена қон томирлари шикастланади.

Бунга асосий сабаб туғруқнинг тез ўтиши ва ҳомила бошини сиқиб қўйишидир. Акушерлик операциялари вақтида (эмбриотомия, кранеотомия) қисқич ёрдамида ҳомилани туғдиришда ва бошқаларда гематома чаноқ тубининг асосий мускули (*m. levator ani*) устида ёки остида жойлашади. У ҳомила туғилгандан кейин намоён бўлади. Баъзан у туғруқнинг II даврида ҳам кузатилиши мумкин.

Клиник кўриниши ўзига хос бўлиб, қисқа муддат давомида ташқи жинсий аъзо шишиб кўкара бошлайди. Бемор гематома катталашган сари кучли оғриқдан шикаят қилади. Бунга сабаб қон қуйилган жойнинг таранглаша бориб, нерв охирларини қитиқлашидир. Баъзан қон кўп қуйилиши сабабли аёлда ўткир камқонлик ҳолатини кузатиш мумкин. Баъзан гематома тешилиши ва ташқарига қон қуйқалари оқиши мумкин.

Даволаш асосан гематоманинг катта-кичиклигига ва унинг зўрайиш-зўраймаслигига боғлиқ. Агар гематома кичкина бўлиб, ортик катталашмаса, бунда даволаш консерватив усулда олиб борилади. Қон қуйилган соҳага музли халта қуйилса (2 соатдан ошмаслиги керак), гематома аста сўрилиб кетади.

Агар гематома катталаша борса, бунда шу гематома соҳаси кесилиб, қон қуйқалари олиб ташланади. Агар инфекция туфайли гематома йиринглай бошласа, дарҳол уни очиб даволаш лозим бўлади.

ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР БЎЙНИ ВА ҚИНИНИНГ ТУҒРУҚДАГИ ЖАРОҲАТЛАРИДА ЕРДАМ БЕРИШ

Ташқи жинсий аъзолар, қин ва қин бўйнининг жароҳатланиш сабаблари:

1. Ҳомиланинг туғруқ канали бўйича сурилиш тезлиги. Рахитик ясси чаноқда ҳомила боши анча вақтгача кичик чаноқ киришида суқилган ҳолатда туриб қолади, чунки бу хилдаги чаноқда промоториум олдинга, яъни чаноқ бушлиғи томонга сурилади. Натижада ҳомила боши анча вақтгача чаноқ ичига ўтолмай қолади, сўнгра туғруқ дардини кучи таъсирида бирданига чаноқ ичига тушиб туғилади (штурмли туғруқ). Шу вақтда туғруқ йўлининг юмшоқ тўқимаси жароҳатланади.

2. Туғруқ йўлларидаги морфологик ўзгаришлар (аввалги туғруқдан) қолган ёки яллиғланиш натижасида пайдо бўлган чандиқлар).

3. Ҳомилани туғдириш учун қўлланиладиган операциялар натижасида (врач операцияни қўпол равишда ва нотўғри олиб борганда).

4. Чаноқнинг оғиш бурчаги меъёридан кам бўлганда (меъёрда чаноқнинг оғиш бурчаги аёл пошнасиз оёқ кийимда тик турганда $55-60^{\circ}$ га тенг, чалқанча ётганда 30° га тенг бўлади).

5. Ҳомила бошининг туғилишида туғиш механизмига риоя қилинмаса, яъни ҳали тақалиш нуқтаси бўлмай туриб ҳомила боши очилиб кетса бўйин йиртилиши мумкин.

6. Бачадон бўйни тўла очилмай туриб (айниқса биринчи туғувчиларда бачадон бўйни ички тешикдан бошланиб, сўнгра ташқи тешик очилади. Шу даврда бача-

дон буйни девори жуда юпқа бўлади) аёл бевақт кучли кучанса буйини шу юпқалашган қисмидан йиртилади.

ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ЙИРТИЛИШИ

Қиннинг кириш тешиги соҳаси, катта ва кичик жинсий лаблар, клитор йиртилиши мумкин. Шунинг унутмаслик керакки, шу соҳадаги жароҳат кичкина бўлсада, тикилмай қолдирилса шу ер инфекция манбаи бўлиб қолади ва у чилла даврида учрайдиган юқумли касалликлар авж олишига сабаб бўлади.

Шу сабабли ҳам жароҳатларга турига қараб даво чоралари курилади. Агар гематома бўлса, унда совуқ сув солинган резинка халта билан босиб қўйиш, сувни вақти-вақти билан алмаштириб туриш лозим бўлади. Шунда гематоманинг катталаниши олди олинган бўлади.

Агар гематома катталаша борса, бунда гематомани очиб жароҳатланган қон томирни топиб боғлаш керак бўлади.

Агар ташқи жинсий соҳа йиртилган бўлса, уни туғри ва асептик қоидаларга риоя қилган ҳолда тикиш зарур.

Одатда йиртилган жой нотекис бўлади ва тикиш жараёнида топографик ҳолатни тиклаш осон бўлмайди. Бунда узилган туқималар чоклар орасида қолиб кетса ёки тикканда жароҳатланган соҳа туби билан қўшиб тикилмаса шу жой инфекция манбаи бўлиб қолади. Шунга кўра жароҳатланган соҳани тикишдан олдин четларини текислаб, узилган туқималарни кесиб олиб ташлаш, сунгра эса тикиш керак бўлади. Акс ҳолда чунтак ҳосил бўлиб, инфекция ривожланиши учун шароит туғилади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, қин буйни йиртилмаслиги учун ҳомила боши туғилиши жараёнида туғруқ механизмига риоя қилиш лозим.

Маълумки, йиртилган жароҳатдан кўра қирқилган жароҳатни тикиш анча қулай ва унинг битиши ҳам осон бўлади. Бундан ташқари, шу соҳанинг топографик ҳолати сақланиб қолади. Агар ҳомила боши туғилиши жараёнида бут йиртилиши хавфи туғилса, унда перинеотомия, эпизиотомия ёки парамеднал операциялардан фойдаланиш керак бўлади. Бу турдаги операциялар қўлланилганда бут бутунлиги яхши тикланади. Инфекция кириши камаёди.

Бут йиртилиши 3 даражага бўлинади. Биринчи даражада фақат орқа чандиқ ва қин киришининг девори йиртилади. Мускуллар жароҳатланмайди. Иккинчи даражали йиртилишда эса тери, орқа чандиқ қин киришининг шиллиқ қаватидан ташқари *sentrum tendeneum* мускул қават ҳам йиртилади.

Мускуллардан *m. m. bulbocavernosus, transversus perenei superficialis et profundus m. levatorani*.

Учинчи даражали йиртилишда эса бут туқималаридан ташқари, қиннинг орқа девори, туғри ичакнинг ташқи қисқичи (*spincter ani externa*), туғри ичак йиртилади.

I ва II даражали йиртилиш бўйининг тула бўлмаган йиртилиши, III даражали йиртилиш тула йиртилиш деб аталади. Одатда бут ёнроғидан йиртилади.

Баъзан эса бут териси бутунлигича қолиб, қин девори ва чуқурда жойлашган туқималар йиртилади. Шу чуқурчада гематома (қоннинг йиғилиб, ивиб қолиши)ни кузатиш мумкин. Баъзан аксинча, тери билан чуқурда жойлашган туқима йиртилиб, қин девори бутунлигича қолади. Баъзи ҳолларда *centrum tendeneum* нинг ўзи йиртилиб, мускуллар йиртилмайди.

Баъзи мутахассислар бут йиртиғини ундаги шиш йўқолгандан (12—24 соатдан) кейин тикишни маслаҳат берадилар. Бу хато фикр, чунки бу муддатда жароҳат сатҳи инфекцияланиб қолиши мумкин. Шунга кўра бўйинни туғруқ тугаб, йулдош тушиб бўлгандан кейин тикиш керак. Агар бачадонни қўл билан текшириш лозим бўлса, плацента ва қоғоноқ пардаси қолдиқлари қолгани аниқланса ёки бачадондан қон кета бошласа, қон кетиш сабабини аниқлаш учун қўл билан бачадон текширилади. Шундан кейин бутни тикиш керак бўлади.

Тикишда маҳаллий (новокаин билан) оғриқсизлантириш усулидан фойдаланилади. Бўйинининг I ва II даражадаги йиртилишида унинг юқори бурчагига кетгутдан чок қўйиб кохер билан сиққан ҳолда ёрдамчига берилди. Шундан сўнг жароҳатнинг ён томонларини кохер билан қисиб олиб, икки томонга очилса, жароҳат ҳолатини аниқ тасаввур қилиш мумкин бўлади.

БўЙИНИНИНГ II ДАРАЖАЛИ ЙИРТИЛИШИДА ТИКИШ

Йиртилган сатҳ дока билан қондан тозалаб олиниб, кетгут билан дастлаб жароҳат туби тикилади. Шунда

тикилган жой тўғри чизиқ шаклида бўлиб қолади. Ундан кейин қин деворларининг йиртилган чети кохер ёрдамида юқоридан пастга қараб тикилади.

Кетгутнинг қолган қисмини қирқиб, пастдагисини кохер билан сиқиб ёрдамчига узатилади. Сунгра орқа чиқариш тешиги томонга йўналтирган ҳолда тери тикилади.

Юқорида қайд қилинган усул бутнинг I даражали йиртилиши учун хосдир.

Бўйин II даражали йиртилганда юқоридаги усул билан бирга мускуллар бутунлигини ҳам тиклаш керак бўлади. Бунинг учун қин деворига кетгут билан II даражали чок қўйиб қиннинг киришидан бир оз юқоригача тикилиб, қин деворини тикиш вақтинча тўхтатилади.

Йиртилган сатҳни йиртиқнинг ёнларига қўйилган кохер ёрдамида очиб *m. levator ani* ни топишга киришилади (маълумки, бу мускул чаноқ тубининг асосий мускули ҳисобланади. Агар бўйиннинг II даражали йиртилишида у тикланмаса, кейинчалик қин ва бачадон пастга силжиши ва ҳатто бачадон тушиши мумкин). Бунда жароҳат марказидан бир оз четроқдан (йиртилиб ажралган мускуллар ён томонига жойлашган бўлади) тўмтоқ қайчи ёрдамида мускул томонга қисқа туннел қилинади, кейин шу туннел бўйича кўрсаткич бармоқ киргизиб мускул пайпасланади. Иккинчи томондаги ажралган мускулни ҳам шу йўсинда топиб, аниқ мускул эканлигига қаноат ҳосил қилингандан кейин лавсан ёки кетгутдан (баъзи акушерлар ипак ип ҳам ишлатадилар) айланма нина ёрдамида тугун қилиб тикилади (2—3—4 тугунли чок). Чок солингандан кейин жароҳат юзаси анча тораёди.

Мускул сатҳига инфекция тушиши олдини олиш учун мускул устига жароҳат сатҳидаги юмшоқ туқима 1—2, баъзан ундан кўп қават қилиб тикилади. Сунгра қин шиллиқ қаватининг қолган қисми тикилади. Бут териси эса одатдаги чок билан тикилади. Операция сунгида тикилган чок атрофи қондан тозаланиб, чок устига йод суртилади.

Бут жароҳатини тиккандан кейин шу соҳани инфекция киришидан сақлаш керак. Чок усти ювилмай, спирт билан тозаланади. Уни доим қуруқ тутиш лозим. Бундан ташқари, аёл ҳар гал сийганидан кейин тикилган сатҳни қуритиб, спирт билан артиб туриш керак.

Аёлнинг 4 кунгача ичи келмаслигига ҳаракат қилинади. Бунинг учун клетчаткаси кам овқатлар берилади. Лозим бўлса ичини қотирадиган препаратлар берилади. 4-кунгача сурги буюрилади ёки ҳуқна (яхшироқ қиздирилган пахта мойидан) қилинади. Шундай қилинса, жароҳатнинг битиши осон бўлади.

III ДАРАЖАЛИ ЧОТ ЙИРТИЛИШИДА ТИКИШ УСУЛИ

Бу анча мураккаб жароҳат бўлгани сабабли врачдан ўта моҳирликни талаб қилади. Одатда операция тўғри ичак бутунлигини тиклашдан бошланади. Бунинг учун ичакнинг йиртилган қисми юқори бурчагидан тугунли чок қилиб тикилади (2-рақамли кетгут ёки ингичка ипак). Тикканда ичакнинг шиллиқ қавати қўшиб тикилмайди. Акс ҳолда йиртилган жой қайтадан ажралиб кетади. Тугунлар чок устида қолади.

Яна бир усул борки, бунда ичак ва шиллиқ қават ингичка ипак билан қўшиб тикилади. Бунинг учун ичакнинг барча қаватига бир томондан нина суқилиб, шиллиқ қават остидан чиқилади, сунгра иккинчи томондан шиллиқ қаватга утилади. Ипак учлари ичак бўшлиғига тушириб қолдирилади, калтароқ қилиб кесилади (III даражали чот йиртилишини тикиш).

Ичак тикиб бўлингандан кейин ичак қисқич (sphincter ani externa) ни тикишга киришилади. Бунинг учун қирқилган айланма мускул четлари яқинлаштириб айланма нина билан кетгут ёки ингичка ипак ёрдамида (1—2 та чок) тикилади. Чот тикиб бўлингандан кейин врач қўлини тозалаб ювади, дезинфекция қилади, ишлатилган асбобларни алмаштиради. Операция сатҳини бошқа чойшаб билан чегаралайди. Шундан кейингина чотни тикишга киришилади. Бу ҳам II даражадаги йиртиқни тикиш каби олиб борилади. Чаноқ тубини тиклашдан олдин тикилган ичак сатҳини 1—2 қават юмшоқ туқима билан бекитиш шарт (юмшоқ туқима кетгут билан тикилади, бу билан ичак усти инфекциядан сақланади). Кейин чаноқ туби тикланади ва чот тикилади. Чот III даражали йиртилганда у қанча яхши тикилмасин операциядан кейин яхши парвариш қилинмаса кутган натижага эришиб бўлмайди.

Аёл ҳар гал сийганидан кейин чот соҳасини тозалаб, қуритилади ва унга спирт суртилади.

Теридаги чок 6—7-куни сўкилади. Ичакдаги чок сўкилмайди. Улар ичак ичида бўлса, уз-узидан тушиб кетади, ташқарида бўлса шимилиб кетади. Бунда овқатланишни тўғри ташкил қилишнинг аҳамияти катта.

Операциядан кейин қайнатма шўрва, ширин чой ва турли шарбатлар берилади, 6—7-кундан бошлаб мева, сабзавот, кисел, янги ивтирилган қатик, кефир берилади. Бу хилдаги операцияда 6 кун давомида ич келмаслиги керак. Шу сабабли 7—8 томчидан олий (t-rae orii) настойкасидан ҳар кун 2—3 маҳал бериб турилади. 6-куни сурги (касторка мойи, магний сульфат) берилади. Бундан 3—4 соат ўтгандан кейин илқ мойдан ҳуқна қилинади. Ҳуқна қилганда ойнали найча ишлатилмай, юмшоқ резина найчадан фойдаланилади.

9—10-кундан бошлаб аёл умумий тартибда овқатлана бошлайди. Беморга 10-кундан бошлаб юришга рухсат этилади.

ҚОВУҚ ЖАРОҲАТИДА ҚИЛИНАДИГАН ОПЕРАЦИЯ

Жарроҳ қин-ичак оқмаларини сунъий тўғри ичак ва энтроанастомоз, зарурат туғилганда ичакдаги ҳаво ва чиқиндилар чиқишини вақтинча таъминлаш мақсадида қилинадиган операцияларни бажара оладиган бўлиши зарур.

Агар қовуқда ҳам тўғри ичак оқмаси бўлса, бунда дастлаб тўғри ичак, кейин қовуқ-қин оқмасини тиклаш керак бўлади.

Туғруқ жараёнида қов йиртилиб жароҳатланган бўлса (бу ҳолатни купинча қисқич қўйиш жараёнида, бачадон йиртилганда, баъзан ўлик ҳомилани майдалаб олишда) унда жароҳат сабабларини назарда тутган ҳолда ёрдам курсатиш керак бўлади. Агар қовуқ бачадон йиртилганда жароҳатланган бўлса, унинг чет итекис, перфоратор ишлатганда текис, қисқичдан бўлса юлинган ҳолатда бўлади. Қовуқ жароҳатланганлигини сийдикда қон бўлиши, сийдик ажралмай қолиши ва бошқа белгилардан билиш мумкин. Бунга ташхис қўйишни қин ойналари, бачадон зонди, эркаклар катетери ёрдамида олиб борилади. Агар ташқи сийдик йўли орқали катетер ёрдамида бирор бўёқли эритма юборилса, у қиндан оқиб чиқади, қорин бушлиғига тушиши ҳам мумкин.

Агар кесарча кесиш операцияси жараёнида қовуқ

жароҳатланса, дарҳол унга чок солинади. Жарроҳ шуни унутмаслиги керакки, қовуқ деворининг йиртилган четларини тўла аниқлаган ҳолда тикиш лозим. Бунда йиртилган қовуқ девори четлари бир текис бўлиши (жароҳатланган девор четлари бир-бирдан ажралган, нотекис бўлмаслиги керак), қовуқ деворини тикканда унинг шиллиқ қаватини қушмасдан икки қават қилиб тикиш мақсадга мувофиқдир.

Қовуқ девори жароҳатини тикиб бўлгандан кейин доимий катетер қўйиш йўли билан қовуқдан сийдик ажралиши таъминланади. У 5—7 кунга қолдирилади. Шуни унутмаслик керакки, сийдик таркибидаги туз тикилган чок соҳасига йиғилиб қолиши натижасида чок тўла битмай қолиши мумкин. Шу сабабли унга ҳар куни 2% ли борат кислота ёки калий перманганат эритмаси, риванол, фурациллин (1:5000) эритмаси билан (60—70 мл) қовуқни чайиб туриш керак. Агар катетердан сийдик келмай қолса ёки унда туз, кўчган эпителийлар тикилиб қолганлиги аниқланса, унда албатта катетерни алмаштириш керак бўлади.

Баъзи ҳолларда ҳатто қорин девори орқали сийдик ажралишини таъминлаш лозим бўлади (Sectio acta). Бунинг учун ингичка резинка дренажни қовуқ деворига жойлаштириб (жароҳатни чоклагандан кейин) тикилади. Қовуқ жароҳати битгандан кейин (7—9-куни) аста-секин дренаж олиб ташланади. Бунда қовуқ қорин деворига яқин ва боғлиқ бўлиб қолгани сабабли дренажни олгандан кейин ҳам сийдик қорин бўшлиғига оқмайди.

Баъзан қисқа муддат оз-оздан қорин деворидан ташқарига сийдик оқиб туриши мумкин. Аммо тез фурсатда қорин деворидаги тешик бекилиб сийдик ортиқ оқмайди.

Агар қовуқнинг фақат мускул қавати жароҳатланган бўлса, унда мускул қаватининг ўзига чок солинади.

Агар қовуқ тўла йиртилган бўлса, у лавсан ёки кетгут билан тикилади. Тикишдан олдин жароҳат четлари юмшоқ қисқич билан қисиб олинади ва жароҳат сатҳини очиб кундаланг тикишга ўхшаб тортилади. Дастлаб шу тешикнинг ён четларига чок қўйилиб қисқич олиб ташланади. Бу чок ушлагич вазифасини бажаради. Биринчи қават чок билан мусул қават тикилади. Иккинчи қават биринчи қават сатҳидаги чоклар оралиғига жойлашган бўлиши керак. Агар чок устига чок тушса жароҳат битмайди.

Топографик жиҳатдан жароҳат қорин пардасининг бачадон-қовуқ бурмаси яқинида бўлса, шу бурма ёрдамида перитонизация қилиш мумкин.

Қўп мутахассислар донмий катетер қўйишни афзал қўрадилар. Чунки бир кунда 3—4 марта катетер ёрдамида сийдик чиқариш ва қовуқни чайиш аёл учун анча қийинчилик туғдиришидан ташқари қовуққа инфекция тушиши хавфи бўлади. Бу жароҳатнинг битишига путур етказлади. Агар қовуқ туби йиртилиб, ички сийдик йўли соҳаси ҳам жароҳатланган бўлса, унда операция шу соҳани тиклашга қаратилган бўлиши керак.

ИЧКИ СИЙДИК ЙЎЛИ ЖАРОҲАТЛАНГАНДА ЁРДАМ БЕРИШ

Операция қўйидагича олиб борилади. Қовуқ бўшлиғига ташқи сийдик чиқариш йўли орқали пингичка қориндан ёки эркаклар катетери киргизилиб, уни шу жароҳатланган сийдик йўли томонга, яхшиси қовуққа тушадиган тешик томонга юборилади. Шу соҳа бир оз юқорига қўтарилади ва дўппайиб чиққан соҳа личоқ билан кичкина қилиб кесилади. Қориндан шу тешик орқали қорин бўшлиғига киритилади. Сийдик йўли деворини 1 см қалинликда кесиб 2 га ажратилади. 2 қисмга ажратилган сийдик йўли деворига ўртасидан 0,5 см қолдириб ичкаридан ташқарига йўналтирилган ҳолда узун кетгутли чок солинади.

Ҳар бир ип алоҳида нинга ўтказилади. Иплар бойланганда сийдик йўли деворидаги қисмлар (лоскут) қовуқ деворига маҳкам бирикади, чок қовуқнинг ташқи сатҳига тортиб бойланади. Қўшимча чоклар билан сийдик йўли қовуқ деворига тикилади. Шу йўл билан қовуқдаги тешик бекитилади. Сўнгра қорин пардаси ёрдамида перитонизация қилинади.

Барча операция турларида ҳам сийдик йўлига катетер киртилади. Бунда катетернинг юқори учи буйраккача киртилади, пастки қисми эса ташқи сийдик йўлидан чиқиб туради. Катетер аёл сонининг ички сатҳига пластир ёрдамида ёпиштириб қўйилади. Баъзан қовуққа 5—6 кунга донмий катетер қўйиб қўйилади. Бунга сабаб қовуқ тулиб кетиши олдини олишдир. Сийдик йўлини ичак ва қовуққа бириктиришнинг иложи бўлмаса у тери остига жойлаштирилади. Сийдик йўли бутунлигича ажратилиб, бут соҳасига тикилади. Бунда унинг бир текисда

жойлашишига ҳаракат қилиш зарур, акс ҳолда у сийдик ажралишига тўсқинлик қилади.

Сийдик йўли 3 жойидан қорин деворининг ташқи қийшиқ мускули апоневрозига тикилади. Бунда биринчи чок сийдик йўлининг пастки сатҳига солинади. Бунинг учун қирқилган апоневрознинг ҳар икки четига чок солинади. Тери эса сийдик йўли бўйлаб қисман тикилади (у қўшиб тикилмайди). Катетер буйрак жомчасига юборилади, периферик қисми ипак билан терига тикилиб, шишага киргазиб қўйилади. Сийдик шу шишага оқади.

Агар аёл мустақил сinya бошласа, бунда ажралаётган сийдик миқдорини ҳисобга олиб туриш керак. Қовуқда сийдикнинг қисман тугилиб қолиши парадоксал ишуррияга сабаб бўлиши мумкин. Ички сийдик чиқазиш йўли жароҳатланганда жарроҳлик усулида даволаш талаб қилинади.

Агар ички сийдик чиқазиш йўли кўндаланг кесилган бўлса, унинг кесилган қисмига қараб жарроҳлик усули турлича бўлади.

Бунда сийдик чиқазиш йўлининг кесилган четлари бир-бирига яқинлаштирилган ҳолда тикилади. Бунда киргизилган катетер устидан чок қўйилади, қирқилган четлари шиллиқ қаватни олмаган ҳолда чокланади, сўнгра қорин парда бўлаги билан салла каби ўралади. Сийдик йўлига қўйилган катетер 2 ҳафтача туради.

Ички сийдик йўли жароҳатланганда 2—3 та кетгутли чок солинади ва перитонизация қилинади.

Ички сийдик йўли кўндаланг қирқилганда дастлаб қовуқ томондаги сийдик йўли ипак ип билан бойланади. Кейин унинг шу қисми ёнидан (бойланган еридан бирмунча пастроқдан) тик қирқилади (0,5—1 см) ва сийдик йўли бўшлиғи очилади. Шу очилган жойга ички сийдик чиқазиш йўлининг буйрак қисми (у бир оз қийшайтириб қирқилган бўлади) суқилади. Бунда буйрак қисмига сийдик йўлининг ёнидан 2 та чок олиб қовуқ қисмининг қирқилган ён деворига тикилади ва бойланади. Шундан сўнг жароҳат четлари ингичка кетгут билан чокланади. Шу йўсинда сийдик йўли юқори қисмининг қирқилган охири қовуқ қисми ичига жойлашиб қолади. Бу турдаги операция сийдик чиқазиш йўлининг қовуқ қисми узоқроқда бўлгандагина бажарилади. Акс ҳолда сийдик йўли тикилгандан сўнг тортилиб жароҳатларнинг битишига путур етказилади. Кўпчилик мутахассислар сийдик йўлини

тиккандан кейин шу томонга дренаж қўйишни маслаҳат берадилар.

Баъзи ҳолларда ички сийдик йўлини қовуққа тикишга туғри келади. Агар сийдик йўли жароҳат яқинида бўлса, уни қовуққа бириктиришда қийинчилик туғилмайди. Баъзи мутахассислар қовуққа бириктирилган ички сийдик йўлини 3—4 та чок билан чанок деворига тикиб қўйишни маслаҳат берадилар. Бунда қовуққа бириктирилган соҳанинг қўзғалувчанлиги чегараланади.

ҚОН ВА ВУЛЬВА (ТАШҚИ ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР)ДАГИ ГЕМАТОМА

Қон ва вульва туқимасига қон қўйилишига г е м а т о м а деб аталади. Бунда асосан вена қон томирлари шикастланади. Бунга асосий сабаб туғруқнинг тез утиши ва ҳомила бошини сиқиб қўйиши, акушерлик операциялари (эмбриотомия, кариотомия), қисқич ёрдамида ҳомилани туғдириш ва бошқалардир. Гематома чанок тубининг асосий мускули (*m. levator ani*) устида ёки остида жойлашган бўлиб, у бола туғилгандан кейин намоён бўлади. У баъзан туғруқнинг II даврида ҳам кузатилиши мумкин. Қасалликнинг клиник кўриниши анча ўзига хос бўлиб, қисқа муддат ичида ташқи жинсий аъзо шишиб кўкара бошлайди. Бемор гематома катталашган сари кучли оғриқдан шикаят қилади. Бунга сабаб шу қон қўйилган жойнинг таранглашиб, нерв охирларини қитиқлашидир. Баъзан қон кўп қўйилиши натижасида аёлда уткир камқонлик ҳолати кузатилиши мумкин. Баъзан эса гематома тешилиши ва ташқарига қон қўйқалари оқиши мумкин.

Даволаш асосан гематоманинг катта-кичиклигига ва унинг зўрайиш-зўраймаслигига қараб олиб борилади. Агар гематома кичкина бўлиб, катталашмаса, бунда даволаш консерватив усулда олиб борилади. Бунда гематома соҳасига музли халтача қўйиш (2 соатдан ошмаслиги керак) кифоя қилади. Шунда гематома катталашмайди ва инфекция тушмаган бўлса аста сўрилиб кетади. Агар гематома катталаша борса, унда гематома соҳаси қисилиб, ундан қон қўйқалари олиб ташланади ва оқаётган қон томир бойланади. Агар инфекция туфайли гематома йиринглай бошласа, дарҳол уни очиб даволаш лозим бўлади.

ҚОВ БҒИМИ (СИМФИЗ)НИНГ ЙИРТИЛИШИ

Одатда қов бғимининг йиртилиши камроқ учрайди. Маълумки, ҳомиладорликда чаноқ бғимлари (релаксантлар таъсирида) юмшаб қолади. Релаксантни сариқ тана ва плацента ажратади. Бу релаксант бачадон бойламларини, бачадон бўйни, қин, чот ҳамда чаноқ бғимларини юмшатади, уларнинг чўзилишини осонлаштиради. Ҳомиладорликнинг охирида релаксантлар концентрацияси ошади.

Ҳомиладор аёл рентген ёки ультратовуш ёрдамида текширилганда симфиз бғимининг кенгайганлиги кузатилади. Баъзи аёллар шу симфиз соҳасида ҳомиладорлик муддати ошган сари оғриқнинг кучая боришини сезадилар.

М. Ф. Айзенберг ўтказган рентгенологик текширишлар шуни кўрсатадики, туғруқнинг биринчи даврида (биринчи туғруқда) симфиз бғимининг оралиғи 3 мм, қайта туғаётганларда 7,5 мм кенгайган бўлади. Симфиз бғимининг бундай кенгайиши биринчи марта туғаётганларда 35 фоиз, катта ёшдаги туғаётганларда 60—65 фоиз ҳолларда кузатилган.

Қов бғимининг йиртилиши 2 хил бўлади: а) ўз-ўзидан; б) зўрма-зўракайига йиртилади.

Симфиз бғимининг ўз-ўзидан йиртилиши туғруқ жараёни нормал ўтганда ҳам учраши мумкин. Зўрма-зўракайига йиртилиш кўпроқ ҳомилани туғдиришда қўлланиладиган операциялар (қисқич қўйиш, ҳомилани майдалаб олиш (эмбриотомия ва краниотомия каби операциялар) да кузатилиши мумкин.

Баъзан қўпол ҳаракат қилиш натижасида (бачадонни қўл билан текшириш вақтида) ҳам қов бғими йиртилиши мумкин.

Қов бғимининг ўз-ўзидан йиртилиши ёки чўзилиши ҳолатларини ҳомила катта, туғруқ дарди кучли бўлганда, ҳомила бачадонда нотўғри жойлашганда, ҳомила боши кичик чаноқ киришига нотўғри жойлашган ҳолларда, туғруқ нотўғри бошқарилганда, ҳомилани бир ҳолатдан иккинчи ҳолатга айлантириш жараёнида, ҳомила чаноқ қисми билан келганда уни туғдириш жараёнида (тортиб туғдириш) кузатиш мумкин.

Юқорида санаб ўтилган операциялар қўполлик билан бажарилганда симфиз бғими зўрлик билан йиртилади.

Симфиз бугимининг йиртилганини аниқлаш унча мураккаб эмас.

Аёллар шу бугим соҳасида оғриқ сезадилар, оғриқ оёқни қимирлатганда, ўрнида айланганда ҳам сезиладди. Ташқаридан пайпаслаб текширилганда симфиз бугимига (йиртилиш даражасига қараб) 2,3,4 бармоқни киритиш мумкин бўлади. Қов бугимини босганда беморлар оғриқ сезадилар.

Қов бугими йиртилишини даволашда бемор ўрнида чаноқ соҳасини бинт билан бойлаган ҳолда ётиши керак. Бинт устига 2 кг оғирликда қум ёстиқча қўйиб, оғирлик аста-секин 8 кг гача ошириб борилади. 2—3 ҳафтадан кейин рентген ёки ультратовуш орқали текширилади. Бугимдаги йиртилган жой битган бўлса, аёлга секин-аста туришга рухсат этилади. Агар симфиз бугими йиртилишига ўз вақтида ташхис қўйилмаса, у ерда туқималарнинг яллиғланиши (симфизит) кузатилиб, йиртилган туқиманинг битиши қийинлашади ва аёл туриб юра бошлаганида шу соҳада кучли оғриқсезади, гозга ўхшаб чайқалиб юради. Албатта бундай аёллар ортопед врач ёрдамига муҳтож бўладилар. Бунда ортопедлар бугим четларини бир-бирига яқинлаштириб тикиш операциясини қўллайдилар. Бу ҳол аёл учун албатта анча оғир ҳолатдир. Симфиз бугимининг бундай жараёнини тўғри бошқаришни тақозо этади.

Валхер шу симфиз бугимининг туғруқ жараёнида кенгайишини назарда тутган ҳолда тор чаноқларда ўз усулини тавсия этади. Бунда аёл туғруқ каравоти четига ётиб оёқларини каравотдан пастга осилтиради. Шундай ҳолатда бир оз ётилганда симиз бугими бир оз очилади (0,5 см), натижада кичик чаноқнинг туғри ўлчамига 0,5 см қўшилиб, кенгайади. Бу усулдан агар ҳомила боши ўлчами чаноқ ўлчами билан бир хил бўлиб (Вастен ва Цангиместр белгилари бўйича) бош чаноқ кириш текислиги сатҳида турганда фойдаланилади. Валхернинг фикрича, шу қўшилган 0,5 см чаноқни кенгайтириб, ҳомила бошини чаноқ ичига суқилишини осонлаштиради. Ҳозир бу усулдан деярли фойдаланилмайди.

БАЧАДОННИНГ ЙИРТИЛИШИ (ruptura uteri)

Маълумки, ҳомиладорликда ва туғруқда бачадоннинг йиртилиши энг оғир асоратлардан биридир. Бачадон йиртилиши биринчи марта XVI асрда аёл жасадини патологоанатомик жиҳатдан текшириш вақтида аниқланган.

XIX асрда Боделок, Михаэлис ва бошқалар буни илмий жиҳатдан асослаб бердилар. Бир қатор муаллифлар (Я. В. Вербов 1919, Н. З. Иванов 1926 ва бошқалар) бачадон йиртилишининг этиологияси, унга таъсир қўйиш ва даволаш омилларини ишлаб чиқдилар.

Кўпгина муаллифларнинг айтишича, бачадон йиртилиши 1000—2000 та туғруққа битта ёки 0,1—0,05% ҳолда учрайди.

Бачадон кўпинча қайта туғувчиларда йиртилади. Ҳомиладорликда бачадон йиртилиши барча бачадон йиртилишларига нисбатан ўртача 9,1% ни ташкил қилади. Ҳомиладорлигининг биринчи ярмида айниқса кам учрайди.

Бачадон йиртилиши турларини иккига бўлиш мумкин. Биринчи—бачадоннинг ўз-ўзидан йиртилиши (ruptura uteri spontanea). Бунда бачадон ҳеч қандай таъсирсиз ўз-ўзидан йиртилади. Иккинчи тури зўрма-зўракайига йиртилиш (ruptura uteri violenta).

Кўпгина мутахассисларнинг фикрича (Л. С. Персианинов, 1954 йил), 262 та йиртилган бачадондан 232 таси (88,6% и), Е. Е. Матвеев, 1962 й. 470 та йиртилган бачадондан 370 таси (75,1% и) ўз-ўзидан йиртилган. Бачадон соғлом бўлишига қарамай, механик таъсир (кенгайиб, таранглашиб кетиши) натижасида йиртилса, бундай йиртилиш атипик йиртилиш деб юритилади. Агар бачадонда патологик ҳолат бўлса, яъни унинг деворида морфологик ўзгаришлар мавжуд бўлса, бундай йиртилиш ҳам атипик йиртилиш дейилади. Аммо кўпинча механик ва гистопатик ҳолатлар биргаликда кечади. Бунда патологик ўзгарган бачадон деворига механик таъсир кўрсатилса бачадон йиртилади.

Зўракайига йиртилиш бачадоннинг пастки сегменти механик таъсир натижасида ортиқча кенгайиб кетиши натижасида вужудга келади.

Шундай қилиб, зўракайига йиртилишни икки туруҳга бўлиш мумкин. Биринчиси врачнинг нотўғри аралашини бўлса, иккинчиси бирор сабабдан шикастланганда кузатилиши мумкин.

Бачадоннинг тула йиртилиши бачадон сероз қаватининг бачадон девори билан зич ёпишган жойида бўлади. Тула бўлмаган йиртилишда бачадон шиллиқ қавати билан мускул қавати йиртилиб, сероз қават бутулишигича қолади. Бунда гематома шу сероз парда остида қолади, кўпинча ясси бойлам варақлари орасига тулланади. Баъзан жуда чуқурга тушмаган ҳолда бачадоннинг мускул қаватига ҳам ўтади. Баъзида эса бачадон девори бир оз ёрилади, ammo йиртилмайди (*incompletus ruptura uteri*). Бачадоннинг тула йиртилиши маълумотларга кўра тула бўлмаган йиртилишга нисбатан 10 баробар кўп учрайди. Бачадоннинг тула бўлмаган йиртилиши жойи пастки сегментнинг олдинги ва ён деворларидир.

Бачадон туби ва ташасида одатда эски чандиқлар ўрни йиртилади (операция ва абортлардан кейин). Кўп ҳолатларда ҳомила кўндаланг ётишининг ўтиб кетган турида гумбаз соҳасидан ажралиб йиртилади.

Бачадоннинг қин гумбазидан ажралиб йиртилишини биринчи бўлиб 1875 йилда Ф. И. Гугенберг аниқлаган ва уни кольпопорексис (*colporrhexis*) деб атаган. Уни йиртилган жойига қараб *antica*, *postica* деб қўшиб номлашни тавсия этади. Қин гумбазлари тула йиртилганда ҳомила қорин бўшлиғига тушади, бошқа ҳолатларда фақат қин девори зарарланиб йиртилган қисм фақат сероз парда орқасида қолади.

Одатда қин гумбазларидан ажралиб йиртилиш бачадон бўйни яқинида, қин деворининг энг юпқа жойида кузатилиб, бу ҳам ўз-ўзидан ёки зўракайига бўлиши мумкин.

Л. С. Персианинов куйидаги классификацияни тавсия этади.

I. Йиртилган вақтига қараб.

1. Ҳомиладорликда йиртилиш.
2. Туғруқ жараёнида йиртилиш.

II. Патогенетик белгиларига қараб.

1. Ўз-ўзидан йиртилиш:

- а) механик таъсир натижасида соғлом бачадон бўлишига қарамасдан туғруқ жараёнида механик таъсир натижасида йиртилиш;

- б) гистопатик (бачадон девориннинг патологик ўзгарган ҳолатида) йиртилиш;
- в) механик-гистопатик (механик таъсир ва бачадон девориннинг патологик ўзгарган ҳолатида) йиртилиш.

2. Зурма-зуракайига йиртилиш.

- а) механик таъсир натижасида жароҳатланиш (туғруқ жараёнида ҳали бачадоннинг пастки сегменти юпқалашиб, таранглашмаган ёки ҳомилдорликда бехосдан бўлган механик таъсир);
- б) аралаш (бачадоннинг пастки сегменти таранглашиб, юпқалашганда ташқаридан механик таъсир натижасида) йиртилиш.

III. Клиник кечини бўйича.

- а) йиртилиш хавфи бор;
- б) йиртила бошлаган;
- в) йиртилган.

IV. Жароҳат даражасига қараб.

- а) ёрилган;
- б) тула бўлмаган йиртилиш (қорни бўшлиғига тушмаган);
- в) тула йиртилиш (қорни бўшлиғига тушган).

V. Жоёлашишига қараб.

- а) бачадон тубида;
- б) бачадон танасида;
- в) пастки сегментида;
- г) бачадоннинг қни гумбазидан ажралиб йиртилиши.

Маълумки, бачадоннинг фаол қисми юқори сегменти мускули қанча кучли қисқарса, унинг пастки сегменти шунча тортила боради, чегара ҳалқа (ретракцион-контракцион Бандель ҳалқаси) ҳам юқорига кўтарилади. Бачадон бўйни тула очилганда бу ҳалқа қов суягидан 8—10 см юқорида бўлади. Агар ҳалқа ундан юқорига кўтарила борса, бу пастки сегментнинг шунча кўп тортилганидан далолат беради.

Нормал туғруқ жараёнида бачадон бўйни тула очилши билан ҳомиланинг олдинда келувчи қисми пастга сурила боради, шунга кўра пастки сегмент ортиқ чузилмайди.

Бачадон йиртилишини турли муаллифлар турлича тушунтирадилар.

Бандель 1875 йилда узининг чоп этган китобида шундай фикр юритади:

«Бачадон 2 қисмга бўлинади: юқориси — фаол қисми бўлиб, у қисқаради ва қалинлаша боради, пастки — пассив қисми чўзилиб, юпқалашади». Уларнинг оралиғида контракцион ҳалқа жойлашган. Бачадоннинг пастки сегменти ортиқча тортилишига бачадон бойламлари қаршилик кўрсатади, қорин девори ҳам шу каби таъсир кўрсатади. Бунда бойламлар контракцион ҳалқани нормал ҳолатда сақлаб туради, қорин девори бачадонни чаноқ томон босади. Шу усулда функционал мувозанат сақланади. Агар ҳомила олди суви кетиб қолса, ҳомила боши билан чаноқ ўлчамлари тўғри келмаса (механик қаршилик) бачадоннинг фаол қисми тухтовсиз қисқара боради, контракцион ҳалқа юқорига кутарилишда давом этади. Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бачадон ўз-ўзидан йиртилади.

Бандель туғруқни бошқаришда механик тўсиқларни: тор чаноқ, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши, ҳомиладаги нуқсонлар ва сув кетгандан кейин туғруқ дардини кучли бўлишини ҳисобга олиш кераклигини айтади. Бачадоннинг ҳомиладорликда, туғруқ дарди энди бошланганида, қоғоноқ пардаси бутун ва механик тўсиқ бўлмаганда йиртилиш механизмига Бандель назарияси жавоб бера олмайди.

Н. З. Иванов (1904), Я. Ф. Вербов (1911) лар бачадон йиртилиши ҳақида ўз назарияларини тавсия этадилар. Н. З. Ивановнинг фикрича, бачадонни фаол ва пассив бўлиши ҳақидаги тушунча нотўғри, чунки туғруқда бачадоннинг ҳар иккала қисми фаол равишда қисқаради, дейдилар. Уларнинг фикрича, бачадон танасини олдинги ва орқа девори ҳамда бачадон бўйинининг девори деярли қалин бўлиб, олдинги деворининг пастки сегмент соҳаси ҳомиладорликда, туғруқда кенгайиш хусусиятига эга. Шунга кўра, бачадоннинг шу қисми осон йиртилади.

Н. З. Иванов 20 та йиртилган бачадонни текшириб унинг деворида анчагина чандиқларни, мускул элементларининг атрофияга учраганини аниқлаган. Унинг фикрича, турли хусусиятдаги чандиқлар бачадоннинг осон йиртилишига сабаб бўлади.

Я. Ф. Вербовнинг фикрича, соғлом туқима йиртилмайди, бачадон туқимасининг осон йиртилишига унинг мус-

куллари бушашиши сабаб булади. Бунда арзимаган механик таъсир натижасида бачадоннинг пастки сегменти осон йиртилади. Бачадоннинг юқори сегменти қаттиқ қисқармасдан, аксинча жуда суст қисқаради. Пастки қисми юпқалашмаган, аммо фалажланган булади. Унинг фикрича, бу осон йиртиладиган туқима бачадон ичидаги босимга бардош бера олмайди.

Н. З. Иванов ва Я. Ф. Вербовлар бачадоннинг ўзидан йиртилиши этиологияси ва патогенези ҳақида функционал назарияни олдинга суриб тўғри талқин қилганлар. Я. Ф. Вербов Банделнинг механик назариясини тап олмайди, аммо бачадоннинг йиртилиши хавфи ҳақида етарлича тушунча бера олмайди.

Туғруқнинг яхши ўтишида бачадоннинг морфологик-функционал ҳолати катта аҳамиятга эга. Абортдан кейин бачадон қисмларидаги чандиқлар, миомаэктомия, кесарча кесишдан кейинги чандиқлар бачадон йиртилишига сабаб бўлиши мумкин. Н. С. Бақшеев, Погареловлар қайта кесарча қирққиш операциясидан илгари қилинган операция сатҳида чандиқлар бўлишини аниқлаганлар.

А. С. Слепихнинг (1968) фикрича, дастлаб қирқилган жойдаги мускул туқимасида регенерация жараёни вужудга келади, сўнгра чандиқ пайдо бўлади. Бу ерда чандиқли ва эластик туқима вужудга келади ҳамда шу чандиқ соҳасида моддалар алмашинуви бузилади.

Л. С. Персианинов 262 та йиртилган бачадоннинг 55,4% ида бачадон деворидаги ўзгаришни кузатиб, улардан 74 тасида гистологик текшириш билан шу ўзгаришлар тасдиқланган.

Зўрма-зўракайига йиртилишга кўпинча бачадоннинг пастки сегменти қўшимча тортилиб кенгайиши сабаб булади. Шунингдек, акушерлик операцияларида уринсиз (ҳомила боши юқорида бўлганда) қисқич қўйиш, ҳомилани айлантириш ва бошқалар ҳам бачадон йиртилишига сабаб бўлиши мумкин.

Бундан ташқари, оғир механик таъсир (қоринга уриш, йиқилиш ва бошқалар) ҳам бачадон йиртилишига сабаб бўлиши мумкин.

Л. С. Персианинов 262 та бачадон йиртилиши сабабини ўрганиб, улардан 16,8% и фақат туғруқдаги механик омиллар, 11,4% и зўрма-зўракайига, 55,4% и бачадон девори ўзгарганда, 11% и турли сабабларга кўра келиб

чиқишини аниқлаган. Улардан 5,4% нинг сабаби аниқлашмаган.

БАЧАДОН ЙИРТИЛИШИНИ ХАВФИ

Маълумки, туғруқ жараёнида ҳомиланинг туғруқ йўли бўйлаб сурилиши учун бачадон мускуллари, қорин девори ва тана мускулларидан анча куч талаб қилинади. Аммо нормал ҳолатда ҳомила сурилиши жараёнида туғруқ канали зарар кўрмайди. Бачадон йиртилиши хавфи кузатилмайди. Агар туғруқ жараёнида туғруқ йўлларида механик тўсиқ бўлиб, ҳомила туғруқ канали бўйлаб сурила олмаса, унда бачадоннинг пастки сегменти ва қни чўзилиб бачадон йиртилиши хавфи вужудга келади.

Бачадон йиртилиши белгилари унинг пастки сегменти, бўйни ва қиннинг ҳаддан ташқари чўзилиб кетиши билан яққол намоён бўлади.

Чаноқ суяги улчамин билан ҳомила боши ҳажми мос келмаганда, туғруқ дарди жуда кучли бўлганда ва қоғоноқ суви кетиб қолганда бачадоннинг пастки сегменти кенгайиб таранглашиши кўпроқ кузатилади.

Бунда бачадон узунасига чўзилган, унинг танаси бир томонга оғган, контракцион (ретракцион) ҳалқа киндик соҳасида, ҳатто ундан юқорида, бачадонни ташқаридан кузатганда гўё қум соатига ўхшаш бўлади. Бачадоннинг юқори сегменти кучли қисқарганда қовурга айланасининг бир томонида жойлашган кенгайган қисми унчалик сезилмайди. Думалоқ бойлам, айниқса чап томондагиси таранглашган ва оғриқли бўлади.

Пайпаслаганда бачадоннинг пастки сегменти соҳаси анча таранглашган бўлиб, бемор кучли оғриқдан шикоят қилади. Ҳомила қисмларини пайпаслаб бўлмайди.

Қин орқали текширганда қоғоноқ парда йўқ, бачадон бўйни тўла очиқ, кичик чаноқ кириши юқорисида ёки киришида ҳомиланинг олдида келган қисми пайпасланади. Баъзи ҳолларда ҳомила боши чаноқ кириши сатҳида бўлишига қарамасдан, ундаги туғруқ шиши чаноқ бўшлиғини эгаллаши мумкин. Ҳомила кўпдаланг ётганда унинг елкаси чаноқ киришига қаттиқ сиқилган ҳолатда бўлади. Бачадон бўйнининг чаноқ девори ва суқилган ҳомила боши орасида суқилиб қолиши натижасида

бачадон бўйнининг лаби шишган, туқ кук рангда бўлиб кўринади. Туғруқ дарди (тулғоғи) кучли ва тез-тез тутиши сабабли бачадон деярли бушашмайди.

Туғаётган аёл жуда бетоқат, қорни соҳасида кучли оғриқ бўлиши сабабли у қўли билан қоринни ушлаб, болани қайси йўл билан бўлса ҳам туғдириб олишларини илтижо қилиб сурайди. Юзи қизарган, оғзи қуриб, кўзидан қўрқиш аломати сезилади, пульси тезлашган, тана ҳарорати кўтарилган. Ҳомиланинг юрак уриши аста-секин сустлашиб, ниҳоят йўқолади ва ҳомила нобуд бўлади. Бу турдаги бачадон йиртилиши «бандель» кўриниши деб аталади. Юқорида қайд қилинган клиник белгилар асосида ташхис қўйиш анча енгил бўлади. Бунда врачнинг билими катта аҳамиятга эга.

Бачадон тўқимасида патолого-морфологик ўзгаришлар бўлган аёлда бачадон йиртилиши хавфи белгилари анча суст бўлиб, фақат бир нечта белгиларнигина кўриш мумкин.

Бунда бачадон деворидаги ўзгаришлар юқорида келтирилган бачадон йиртилиши хавфи белгиларини тўла бера олмайди.

Бачадон деворидаги патологик ўзгариш ва арзимаган механик таъсир ҳам бачадон йиртилиши хавфини туғдириши мумкин. Бунда бачадон йиртилиши хавфи атипик кечади. Шунга кўра бу аёл анамнезини яхши ўрганиш ва туғруқ жараёнини қўнт билан кузатишни тақозо қилади.

Агар аёл анамнезида илгари бачадон йиртилганлиги, кесарча қирқиш, фибромнома тугуни олиб ташланганлиги, аборт, яллиғланиш жараёни, туғруқ патологик ҳолатда ўтганлиги, ҳомила операция йўли билан туғдирилгани, плацента қўл билан кўчирилгани маълум бўлса, врач шуларни ҳисобга олган ҳолда туғриқни бошқариши керак бўлади.

Я. Ф. Вербов «Туғруқ дардиниңг суст бўлиши бачадон йиртилишининг манбаи» дир деб айтган эди.

Қайта туғувчиларда ҳар галги ҳомиладорликда ҳомиланинг вазни ортиб бориши мумкинлигини ҳам назарда тутмоқ керак. Агар туғруқ дарди оғриқли бўлишига қарамай, бачадоннинг қисқариши суст бўлса, бу ҳам бачадон йиртилиши хавфи борлигидан далолат беради. Натижасиз ва ихтиёрсиз кучаниш ҳам кўпинча бачадон

Йиртилишига сабаб бўлиши мумкин. Қовуқ атрофидаги тўқиманинг ишвиши туфайли қов усти ишшиб, дуппайиб чиқса, пастки сегмент чўзилиб тараंगлашгани сабабли сийдик чиқиши қийинлашади. Бу ҳам бачадон йиртилиши хавфи белгиларидан ҳисобланади.

БАЧАДОННИНГ ЙИРТИЛА БОШЛАШИ

Бачадон йиртила бошлаганда туғруқ дарди янада кучлироқ бўлади. У тиришиш хусусиятини олади ва туғруқ йўлларида қон кела бошлайди. Қов устидаги ишш катталаша бориб, сийдикда қон бўлади. Ҳомиланинг аҳволи ёмонлашади. Унинг юрак уриши секинлашади ёки тезлашади. Юрак тонлари бўғиқлашиб, ҳомила кучли қимирлай бошлайди. Агар сув кетган бўлса, қондан сув билан бирга ҳомиланинг ахлати келади. Ниҳоят, ҳомила тезда нобуд бўлади.

Бачадон йиртила бошлаши билан унинг бутунлай йиртилиши орасидаги вақт жуда қисқа бўлади. Шу сабабли аёлнинг умумий аҳволини ҳар томонлама тезда ўрганилса, бачадон йиртилиши олдини олиш мумкин бўлади.

Қўпчиллик муаллифларнинг фикрича, бачадон йиртилиши белгисиз бўлмайди. Аммо аёлда оғир яллиғланиш жараёни бўлса, кесарча кесиш операциясидан кейин чилла даврининг инфекцион касалликлари (септик эндомио-метрит, метрит ва бошқалар) бошдан кечирилган бўлса ва унинг атрофида қўпол чандиқлар пайдо бўлган бўлса, бундай бачадон ҳатто ҳомиладорликда ҳам ҳеч қандай белги бермасдан йиртилиши мумкин. Чунки шу соҳада нерв охирлари кам бўлади ва чандиқ осон тортилиб йиртилиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадон йиртилиши олдини олиш анча қийин бўлади.

Бачадон деворидаги чандиқ туғруқ жараёнида тортилади ва юпқалашади. Буни аниқлаш учун қорин деворидаги чандиқни четга суриб, бачадондаги чандиқ топилади. Одатда чандиқнинг юпқалашган жойи юпқалашмаган жойидан анча паст бўлади. Бу белгини А. А. Коган «Токча» белгиси деб атаган. Бу айниқса бачадон қисқарганда яққол кўзга ташланади. Шу юпқалашган жойнинг кўпая бориши бачадон йиртилиши хавфидан далолат беради. Тезда чора кўрилмаса бачадон йиртила боради. Чандиқ ажралиб, бачадон йиртила бошлаганда аёл бу-

шашади, боши айланади ёки ҳушидан кетади, ханжар-симон ўсиқ остида оғриқ сезади, кўнгли айнайдн, қайт қилади. Кўпинча бу белгиларни юрак, овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги патологик ҳолат деб, хатога йўл қўйилади. Кесарча кеснш операциясини бошдан кечирган барча ҳомиладорларни туғруқдан 2—3 ҳафта илгари туғруқ-хонага ётқизиш зарур.

Агар аёлда илгари бирор патологик ҳолат туфайли (тор чаноқ, катта ҳомила, ҳомила ва унинг қисмларининг потўғри жойлашиши) кесарча кеснш операцияси ўтказилган бўлса, шу ҳолатларни тула ўрганган ҳолда туғруқни бошқариш керак бўлади. Агар бачадондаги чандиқ тула сифатли бўлмаса, унда туғруқдан 10—12 кун олдин кесарча кеснш операцияси ўтказилади.

Баъзан плацента ворсинкалари бачадон деворига чуқур жойлашганда ҳам бачадоннинг атипик йиртилишини кузатиш мумкин. Бунда бачадон йиртилиши хавфини аниқлаш қийин бўлади. Шунга кўра, бундай аёлларни синчиклаб ўрганиш лозим бўлади.

Бачадон йиртилиши хавфи бўлганда туғруқ чуқур наркоз остида олиб борилади. Бунда наркоз фақат оғриқсизлантириш омили бўлмасдан, балки тиришиб қисқарган бачадонни бушаштиради, унинг таранглигини камайтиради, кучаниқни тўхтатади. Шу йўл билан бачадон йиртилишининг олди олинади.

Агар ҳомила кўп зарар кўрмаган ва кесарча кеснш учун шароит бўлса, унда шу операциядан фойдаланилади. Ҳозир кўпроқ бачадоннинг пастки сегменти операция қилинади.

Агар ҳомила ўлик бўлса, унда эмбриотомия операцияси қўлланилади. Айниқса, ҳомила кўндаланг ҳолатининг ўтиб кетган турида эмбриотомия қилинади.

Г. Г. Гентер (1937) «Ҳомила кўндаланг ётишининг ўтиб кетган турида ҳомилани айлантириб туғрилаш» муз ва олов билан тенг», деган.

Демак, ҳомила кўндаланг ётишининг ўтиб кетган турида ва бачадон йиртилиши хавфи бўлса, ҳомилани айлантириш асло мумкин эмас, акс ҳолда бачадон йиртилиши аниқ бўлади.

БАЧАДОН ЙИРТИЛИШИ

Бачадон йиртилганда аёл кучли оғриқ сезади. Баъзи аёллар қорин бушлиғида нимадир ёрилгандек сезгидан

шикоят қиладилар: Баъзан эса аёл бирданга бақириб юборади ва қўли билан қорин пастини ушлаб олади, унинг аҳволи жуда оғирлашиб қолади.

Бачадон йиртилганда клиник белги анча аниқ бўлади, айниқса у тўла йиртилганда ташхис қўйиш унча қийинчилик туғдирмайди.

Бачадон йиртилишини бир марта кузатган одам уни асло унуга олмайди. Бунда туғруқ фаолияти тўхтайдди, аёл бўшашади, ортиқ бақирмайди, оғриқдан шикоят қилмайди, териси ва кўринадиган шиллиқ қаватлари оқариб кетади, пульс тезлашиб, тўлиқ бўлмайди. Аёлни совуқ тер босади, кўнгли айнайдди, қусади, ҳиқичоқ тутади.

Қоринни пайпаслаганда қорин бўйлаб оғриқ туради, тукиллатганда унинг пастки қисмида қон қўйилиши туфайли тўмтоқ овоз эшитилади. Шчеткин-Блюмберг белгиси мусбат бўлади, ичаклардаги атония туфайли метеоризм вужудга келади, қиндан бир оз қон келиши мумкин. Шу давргача ҳомила ҳаёт бўлган тақдирда ҳам бачадон йиртилиши билан у нобуд бўлади. Ҳомиланing қорин бўшлиғига тушганини аниқлаш қийин бўлмайди. Бунда қорин нотўғри шаклга кириб, ғадир-будур бўлиб қолади, қорин девори орқали ҳомила қисмлари осон пайпасланади.

Агар ҳомила қорин бўшлиғига тушмаган ёки қисман тушган бўлса, унда бачадон гўё икки шохли бўлиб қолганга ўхшайди (бачадон четга сурилгани сабабли). Қорин пасткидаги кучли оғриқ ҳам бачадон йиртилганидан далолат беради. Агар бачадон йиртилган бўлишига қарамай ҳомила бачадон ичида бўлса, унда туғруқ дарди аста-секин тўхтайдди. Клиник белгилари унча кучли бўлмайди.

Қорин бўшлиғига қон қўйила борган сари шок белгилари кузатилади. Қин орқали текширилганда илгари чанок киришига суқилган ҳомила боши юқорига кўтарилганлиги ва қўзғалувчан бўлиб қолгани аниқланади.

Қовуқ шиллиқ қаватидаги веналарга қон кўп тўплангани ёки у жароҳатланганида (ёрилган, йиртилган) сийдикка қон аралашиб келади.

Бачадон тўла йиртилганда қорин деворини тукиллатиб кўриш орқали қорин бўшлиғига қон қўйилгани (айниқса пастки қисмида) аниқланади.

Туғруқ жараёнида бажариладиган турли операциялар

(ҳомилани айлантириш, эмбриотомия, қисқич қўйиш) дан кейин албатта бачадон бутунлигини аниқлаш учун қўл билан текшириш зарур.

Агар ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқ ичида бўлиб, бачадон йиртилганлиги аниқ бўлмаса, унда ҳомилани операция (емириш) йўли билан туғдириб, кейин бачадон текшириб чиқилади. Чунки буида қорин орқали чаноқ ичига суқилган қисмни олиш мумкин бўлмайди.

Агар бачадон йиртилганига бир кун ёки ундан кўп вақт ўтган бўлса, бунда авж олаётган перитонит (қорин пардаси яллиғланиши) кузатилади. Туғаётган ёки туғиб бўлган аёлнинг аҳволи жуда оғир, кўз олмаси ботиб, бурни чўққайган, тили қуруқ бўлиб, караш боғлаган бўлади. Пульси тез, тўлиқ бўлмайди. Аёл қорин соҳасидаги оғриқдан шикоят қилади. Қорин девори тараңглашган, пайпаслаганда кучли оғриқ сезилади, Шчеткин-Блюмберг белгиси мусбат бўлади, кўнгил айниши, ҳиқичоқ тутиши, қусиш, ичаклар парези, ҳатто фалажи кузатилади. И. Л. Брауде (1941) ва А. С. Персианиновлар бачадоннинг тўла бўлмаган йиртилишида туғруқ дарди тўхтамай, ҳомила ўз-ўзидан туғилишини кузатганлар.

А. С. Персианинов (1947) 262 та бачадони йиртилган аёлларнинг 25 тасида туғруқ мустақил ўтгани ва туғилган боланинг 11 таси тирик бўлгани ҳақида (кўпларида бачадон тўла йиртилмаган) маълумот берган.

Бачадоннинг тўла бўлмаган йиртилишида унинг сероз қавати ҳали бутун бўлади, шунга кўра ҳомила қорин бўшлиғига тушмайди. Бунда бир четга оғган бачадон ёнидан гематома сероз парда остига йиғила боради ва уни янада четга суради. Гематома чаноқ ва буйрак томонга ўса боради. Бунда қорин бўшлиғига қон кам кетади ва шок анча суст бўлади. Баъзан ҳатто бу кузатилмайди ҳам.

И. А. Брауде (1947) думғаза соҳасидаги қаттиқ оғриқ ва унинг оёққа тарқалиши гематома жойлашган ерни белгилаб беради, деб ҳисоблайди.

Г. Г. Гентер (1937), И. Л. Брауде (1947) ва бошқалар қоринни пайпаслаганда клетчатка эмфиземаси туфайли қорғичирлагани каби овоз чиқса, бу бачадоннинг тўла бўлмаган йиртилишидан далолат беради, деб ҳисоблайдилар.

Агар бачадон деворига плацента ворсинкалари ботиб кириб, уни тешган бўлса, клиник кўриниши бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг бузилган турига ўхшайди. Бунда қоринда қаттиқ оғриқ бўлиб, у эпигастрал соҳага, елкага тарқалади. Френикус белгисида пульс тезлашади, тери ва шиллиқ қаватлар оқаради, кўнгил айнаб қусиш ва кўп ҳолларда ҳушдан кетиш кузатилади. Сўнгра қорин бушлиғига қон қуйилиши орта боради, пульс тезлашиб қон босими камая боради. Тукиллатганда қорин бушлиғида қон тупланаётгани аниқланади. Қорин деворини пайпаслаганда оғриқ бўлади, бачадон ўз шаклини сақлаган, юмшоқлиги ўзгармаган бўлиб, ҳомиланинг аҳволи агар қон кам кетаётган бўлса деярли ўзгармайди.

Ташхис аниқланган заҳоти бачадонни ампутация ёки экстирпация қилиш лозим бўлади.

БАЧАДОН ЙИРТИЛИШИДА ЕРДАМ КЎРСАТИШИ

Ҳозирги кунда бачадон йиртилишига фақат жарроҳлик усули билан ёрдам кўрсатилади.

Бачадон йиртилганда акушер учун бирдан-бир туғри йўл қорин девори орқали операция қилиб туғруққа ёрдам беришдир.

— Баъзи ҳолларда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми — йиртилган сатҳдаги қон томирларини қисман босиб, қон кетмаслигини таъминлаш мумкин. Агар бачадон йиртилганда қорин деворини очмасдан олдин ҳомила туғдирилса, бунда бачадон янада кўпроқ йиртилиши ва ҳомилани олгандан кейин уни босиб турган қон томирлардан кўп қон кетиб қолиши мумкин.

Маълумки, қон кўп кетганда аёлда шок ҳолати кузатилиб, унинг аҳволи оғирлаша боради. Бунда дастлаб тери ва шиллиқ қаватлар оқаради, аёл бўшашиб, пульси тезлашади, беморнинг ранги оқариб, юзини совуқ тер босади, аёл саволларга тез жавоб бера олмайди, қисқа ва секин гапирди. Қон босими пасайишига асосланиб шокнинг қайси даражада эканлиги аниқланади. Юқорида келтирилган ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда операцияни бошламасдан олдин аёлга қон ва унинг ўринини босадиган эритмалардан қуйиш керак бўлади. Бу билан оқаётган қон миқдорини тўлатиш ва бир мувозанатда сақлаб туришга эришилади. Бунинг учун қон дастлаб

оқим сифатида, кейинчалик томчи сифатида юборилса, юракнинг бирданига кенгайиб, фаолияти бузилиши олди олинган бўлади.

А. С. Перспианников қуйидаги эритмалар бирикмасини юборишни тавсия этади: натрий бромнинг 10 % ли эритмасидан 10 мл, 33 % ли спиртдан 20 мл, 40 % ли глюкозадан 30 мл, аскорбинат кислотанинг 10% ли эритмасидан 5 мл, 6% ли витамин В₁ дан 1 мл, 10% ли кальций хлордан 1 мл. Унинг фикрича, эритманинг бу таркиби марказий нерв системасининг қўзғалиши ва тор-мозланиш жараёнини яхшилаб, беморнинг умумий аҳволига ижобий таъсир кўрсатади. Юрак-томир, нафас олиш системаси фаолиятини яхшилайди.

Бачадон йиртилганда эндотрахеал наркоз — азот оксид билан биргаликда нейролептик ва анальгетик моддалар юбориш, мускулларни бўшаштирадиган (релаксантлар) ва ўпкани сунъий вентилляция қилиш усулларидан фойдаланиш лозим бўлади. Кўп ҳолатларда бачадон йиртилиши билан бирга бойламлар ҳам шикастланиши мумкин. Операция қилиш усули бачадон йиртилишининг хусусиятига, вақтига, инфекцияланган-инфекцияланмаганлигига қараб танланади.

Г. Г. Гентер (1937), К. К. Скробанский (1937), И. Л. Бауде (1959) ва бошқалар бачадон йиртилганда уни қин юқорисидан ампутация ёки экстирпация қилишни тавсия этадилар. Шундагина операциядан кейинги оғир мураккабланишларнинг олди олинган бўлади.

Кўп муаллифларнинг айтишича, оғир шок ҳолатидаги аёллар йиртилган бачадонни тикишни радикал операциядан кўра осонроқ кечирадилар. Лекин бу операцияни фақат бачадон йиртилганига кўп ўтмаган бўлса ва бачадон четлари эзилиб йиртилмаган, инфекциядан ҳоли бўлгандагина қўллаш мумкин.

И. Ф. Жорданио (1955) агар бачадон йиртилганига кўп вақт ўтмаган бўлса, аъзони сақлаш мақсадида йиртиқни чоклаш, кўп вақт ўтган бўлса, ампутация ёки экстирпация қилишни тавсия этади.

А. С. Перспианников (1961) бачадоннинг чандиқлар соҳаси, туби ва танаси йиртилгандагина чоклаш зарур. Бачадоннинг пастки сегменти эса йиртилганига 24 соатдан ошмаган ва унга инфекция тушмаган бўлса ҳамда беморнинг аҳволи операцияни тезлатишни тақозо қилсагина уни чоклаш мумкин, дейди. Бу кўрсаткичлар

роқ йўлдош тушиши даври нотўғри олиб борилганда ёки Креде усулидан ўринсиз фойдаланилганда кузатилади.

Бачадон ағдарилганда бачадон туби жинсий тешикдан ағдарилиб чиқиши натижасида унинг ички юзаси ташқи юза бўлиб қолади.

Бачадоннинг ағдарилиб чиқишини 2 турга бўлиш мумкин:

а) зўрма-зўракайига ва б) ўз-ўзидан.

Креде усулидан ўринсиз фойдаланилганда (ҳали плацента ўз-ўзидан кучмасдан) ёки киндик тизимчасидан тортиб плацентани туғдиришга уринилганда бачадон ағдарилиб тушиши мумкин. Аммо бачадон атофиясида арзиманган куч билан унинг тубини босиш натижасида бачадон ағдарилиши мумкин.

Агар чанок туби мускуллари ва бачадон бўйни суст ривожланган ёки илгариги туғруқдан кейин яхши тикилмаган ёки йиринглаб ажралиб кетган бўлса, бачадон ўз-ўзидан ағдарилиши мумкин (қорин бўшлиғида босим ошганда).

Бачадоннинг ағдарилиб тушиши бир неча босқичдан иборат бўлади. Дастлаб унинг танаси дўппайиб, бачадон бўйнининг ички тешигига, ундан бўйни каналига яқинлашгандан кейин бўйни каналига ва шўхот қинга ва ундан ташқарига ағдарилиб чиқади. Бунда бачадон бўйни ва тешик ҳалқаси ўз жойида қолади. Бачадоннинг ағдарилиши ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин.

Бачадон ағдарилишининг ўткир турида аёл қорин пастида кучли оғриқ сезади, шок ёки коллапс ҳолати кузатилиб, қон кетади. Шок ёки коллапс бачадонни қоплаган қорин пардасининг, бачадон найчаларининг, яси ва думалоқ пайларининг бирданига кучли тортилишидан пайдо бўлади. Ағдарилиб чиққан бачадон қизил шиш шаклини олади ва ундан 2 та найчасимон тешик кўришиб туради. Агар унинг ағдарилганига кўп вақт ўтган бўлса, бачадон кўкимтир рангга киради. Бачадон тубига плацента ёпишган бўлса қон кетмайди, плацента қисман ажралган бўлса унинг ёпишган сатҳидан қон кетади.

Қорин томондан бачадон тубини топиб бўлмайди, унда воронкасимон ҳолат кузатилади. Баъзи ҳолларда ағдарилиб чиққан бачадон некрозланиши мумкин.

Даволаш. Агар унинг ажралганига кўп вақт бўлма-

ган бўлса, бачадонни асептик эритма билан ювиб, ёпишган плацента бачадондан кўчирилади ва дарҳол уни тўғрилашга киришилади. Бунинг учун врач қўлини дезинфекция қилиб, кафтга стерилланган докага бир оз мой (вазелин) суртади ва аста-секин қўлини бачадоннинг тўб қисмидан ботириб киргизади (бу наркоз остида бажарилади). Агар бачадон бўйни қисқариб қолмаган ва бачадон унча шишмаган бўлса, бунни тўғрилашда қийинчилик туғилмайди. Агар бачадон бўйни сиқилиб қолган бўлса, унда уни ҳар икки томондан аста кесиб, кейин бачадон тўғриланади. Аёлга чилла даврининг 3—4-кунигача антибиотиклардан укол қилиб туриш керак. Шунда аёлни чилла даврининг инфекцияцион касалликларидан сақлаб қолиш мумкин бўлади.

БАЧАДОН АҒДАРИЛИБ ТУШГАНДА ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛИ (reinwesio uteri)

Бу турдаги операция чуқур наркоз остида бажарилади. Бунинг учун икки бармоқ ёрдамида бачадон туби бачадон бўйнининг ички тешиги томон сурилади. Агар бачадон ағдарилганига унча кўп вақт ўтмаган бўлса, унда бачадонни тўғрилаш мумкин (бу операцияни бошлашдан олдин тушган бачадон дезинфекция қилинади), сўнгра уни тўғрилашга киришилади.

1893 йилда биринчи марта ағдарилиб тушган бачадонни операция йўли билан, яъни бачадоннинг орқа деворини орқа гумбаз билан биргаликда кесиб очиб тўғрилаш таклиф этилган (Кюстнер-Никколи-Дюра усуллари). Операция қўйидагича бажарилади. Аёл қин операциясидаги ҳолатда ётқизилади ва бачадон бурчакларига қисқич қўйиб у юқорига кўтарилади. Қинга қин кўзгуси киргизилади ва қиннинг орқа гумбазни кўндаланг қилиб бачадон бўйнигача кесилади. Гумбазнинг пастки деворини кесиб бўлган заҳоти Дуглас бушлиғига тушилади. Қирқилган жойга кўрсаткич бармоқни киргизиб, бармоқ бўйлаб бачадон бўйнидан то тубигача кесилади ва бачадон тўғриланади. Бунда оператор катта бармоғини бачадоннинг сероз пардаси томонига қўйган ҳолда тўғрилайди. Тўғрилаб бўлингандан кейин бачадондаги қирқилган сатҳ тикилади (2 қават чок солинади: мускул билан мускул ва сероз қават билан

мускул қават). Тикилган бачадонни чаноқ ичига жойлаб, қин девори орқали қорин бушлиғига резина пайча киргизилади ва қин девори торайтириб тикилади.

Агар бачадон ағдарилганига кўп вақт бўлган ва унда гангрена белгиси бўлса, албатта бачадонни олиб ташлаш керак бўлади.

БАЧАДОННИНГ ЧАНОҚ ИЧИДА ҚИСИЛИШ ҚОЛИШИ

Баъзи ҳолларда бачадон атрофидаги юмшоқ тўқима яллиғланиши натижасида бачадон орқа томонга (думгаза) чандиқлар туфайли тортилиб қолади. Баъзан эса бачадонни орқага эгилиб қолишига қизларнинг қовуғини тез-тез сийдикдан бўшатиб турмаслиги сабаб бўлади. Бунда кўпинча бачадон нормал ҳолга (anflexio) қайта олмайди. Кейинчалик бачадонга ҳомила тухуми жойлашгач у ўсган сари бачадон ҳам катталаша боради. Аммо бачадон қўзғалувчан бўлишига қарамай, думгаза ўсиғи (промонториум) уни думгаза чуқурчасидан чиқишига тўсқинлик қилади. Шунда ҳомиладан бачадон чаноқ ичида суқилиб қолади.

Бундан ташқари, бачадон чандиқлар туфайли қўзғалмайдиган бўлиб қолади, унда бачадон чаноқ ичидан чиқа олмайди. Бачадон қисилиши сабабларидан яна бири чаноқдаги ўсмалар, кичик чаноқ тўғри ўлчамларининг кириш қисми тор бўлишидир. Бу ҳолат қўшни аъзолар, яъни қовуқ ва тўғри ичак фаоллиятига путур етказди. Баъзан ички сийдик йўли ва буйрак фаоллияти ҳам бузилади.

Баъзан эса қовуқ ёрилиши натижасида юпқалашган ташқи сийдик йўлидан ихтиёрсиз равишда сийдик ажраллади (пародоксал ишурия). Бунда сийдик оз-оздан ажралади, қовуқ эса тўлалигича қолаверади. Бундай ҳолларда инфекция жуда осон авж олиб, қовуқ яллиғланиши (цистит), пиелонефрит, сепсис вужудга келиши мумкин. Баъзи ҳолларда қовуқ гангренага учраши, ҳатто ёрилиб перитонит натижасида беморнинг ҳалокати билан натижаланиши мумкин.

Бачадон чаноқ ичига суқилиб қолганда ҳомила ривожлана олмайди ва ниҳоят аборт ёки унинг ўлими билан тугайди. Бунга ҳомиладорликнинг III ойи охирида ташхис қўйилади. Бунда аёл тез-тез томчилаб сияди, қорин девори пайпасланганда унинг девори юпқалашгани

кузатилади, қовуқ сийдикка тулиб анча юқорига (ҳатто киндиккача) кутарилганда катетер ёрдамида сийдирилганда унинг кўп ва анча туриб қолганлиги аниқланади. Қин орқали текширилганда бачадон буйни қовсуянгига яқин, қин гумбазлари анча дўппайганлиги кузатилади.

Чаноқ ичига суқилиб қолган бачадонни тўғрилаш учун ҳомиладорликнинг III ойи охирида катетер ёрдамида қовуқ бушатилади. Сунгра аёл тиззаси ва тирсагига суяган ҳолда ётади. Унг ёки врач чапақай бўлса чап қўлининг 2 та бармоғини қинга суққан ҳолда орқа қин гумбазини орқали ҳомилали бачадон тубини аста юқорига суради. Бачадон чаноқ ичидан чиққандан кейин аёл чалқанча ётқизилиб, чаноқ қисми юқорига кутариб қўйилади. Баъзан некрозланиб кучиб тушган шиллиқ қават ёки ташқи сийдик чиқариш йўли кучли сиқилиши сабабли катетер қўйиш мумкин бўлмайди. Бундай ҳолларда қорин девори орқали нинна ёрдамида қовуқ аста бушатилади. Баъзан ҳатто қорин девори орқали қовуққа дренаж қўйилади (*sectio alta*).

Агар бачадонни чандиқлар туфайли тўғрилашнинг ва қовуқни сийдикдан бушатишнинг иложи бўлмаса, унда қорин девори орқали бачадон билан чаноқ девори ораллигига врач қўлининг кафт сатҳи билан кириб, бармоқлар ёрдамида арралаган каби чандиқдан ажратиб чиқаради. Сунгра қовуқ катетер ёрдамида бушатилади. Баъзи муаллифларнинг фикрича, бачадоннинг тўғри сақланиб туришини таъминлаш учун унинг думалоқ бойламни (*lig. rotundum*), қисқартириш операциясини ўтказиш керак, деб талқин қиладилар.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚДА ҚОН КЕТИШИ

Маълумки, плацентанинг хорнон киприкчалари бачадон девори билан узвий алоқада, мабодо бу киприкчалар унинг деворидан ажралса, албатта қон кетади ва бу қон киприкчалараро бўшлиқдаги она қони бўлади.

Плацента олдин келганда қон кетиши (*placenta praevia*).

Одатда плацента бачадон туби, унинг олдинги ва орқа деворига жойлашади. Плацента олдин келганда баъзан бачадоннинг пастки қисми бачадон буйинишнинг ички тешиги соҳасига ёпишган бўлади. Агар хорнон

киприкчалар оралиғининг бутуналиги бузилса, унда қон кетади. Бунда бачадон деворининг, хусусан унинг пастки сегментининг кенгайиши натижасида бачадоннинг пастки сегменти юқорига чўзилиб, кутарилишига сабаб бўлади. Плацентада чўзилувчанлик хусусияти бўлмаганидан, у ўз ўрнида қолади ва оқибатда бачадон деворидан куча бошлайди. Бунда хорнон киприкчалар оралиғидаги бўшлиқ очилиб қолади.

Плацентанинг бачадон бўйини канали ички тешиги соҳасига нотўғри ёпишиши сабаби аниқланмаган. Баъзилар бунга шиллиқ қаватидаги яллиғланиш жараёнидан кейинги нуқсонлар, шиллиқ қаватнинг асбоблардан шикастланиши (аборт, бачадонни қириш вақтида), ҳомилдорликдан сақланидиган воситалар (бачадон ичига киритиб қўйиладиган спираллар) ҳам плацентанинг олдин келишига асосий сабаб бўлиши мумкин. Бачадон шиллиқ пардасида зарур шароит бўлмагани туфайли, ҳомила тухуми пастга сурилиб, бачадоннинг пастки қисми, бўйиннинг ички тешиги соҳасига жойлашади. Плацентанинг олдин келишини аниқлашда чаноқ қон томирларининг вазографияси, ультра товуш ва Телол таклиф қилган усулдан фойдаланиш мумкин.

Телол усули бўйича қовуққа 10% ли сергозин эритмаси юборилади (аёлнинг қовуғи тула бўлиши керак), кейин рентгенда кўрилади. Агар йўлдош олдин келган бўлса, унда қовуқ билан ҳомила бошининг пастки қисмида ярим ой шаклидаги ёриқ (оралиқ) бўлади.

Плацентанинг олдин келиши турига қараб рентгенда кўриниши ҳам хар хил бўлади. Плацента бачадон бўйинининг ички тешигига маркази билан ёпишганда (*placenta praevae centralis*) ҳомила боши билан қовуқ оралиғи гўё ётган ярим ой шаклида бўлади (*pl. praevae lateralis*) биқини (*pl. praevae marginalis*) билан жойлашганда эса, ярим ой плацентанинг ёпишишига қараб қийишиқ ҳолатда кўринади.

Бачадонни рангли эритмалар ёрдамида вазография қилиш учун сон артериясига махсус нина киргизилиб мандрени қолдирилади. Мандрен орқали контраст модда юбориб, дарҳол рентгенда кўрилади. Контраст модда юборилаётганда сон артерияси икки томондан бошиб турилади. Шу усулда юборилаётган контраст модда чаноқдаги артерияларга тарқалади ва бачадон артерияси орқали тушиб бачадон томирларига ўтади. Кон-

траст модда кинрикчалараро бўшлиқларга ҳам тушади, бу соҳа (плацента ёпишган соҳа) бошқа томирлардан фарқ қилиши сабабли плацента олдин келганини аниқ билиш мумкин.

Вазография усули аёл ва ҳомила учун зарарсиз бўлиб, аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Плацента олдин келишини аниқлашнинг яна бир қатор қўшимча усуллари ҳам бор. Булардан бири ҳомила бошининг юқори жойлашишидир. Одатда биринчи туғувчи аёлларда туғруқдан бир ой олдин ҳомила бошининг чаноқнинг кириш қисмига суқилишига пастга жойлашган плацента халақит беради. Шу сабабли унинг боши чаноқнинг кириш қисмидан юқориде туради. Бу белги фақат ҳомиладорликнинг охириги ойида аниқ бўлади.

Қин орқали текшириш усули фақат стационар шаронтида, операция хонасида ўтказилади. Қин орқали текширишдан олдин аёлни қон гуруҳи ва Rh и аниқланади. Чунки қон орқали текширишда олдин келган плацента янада кўпроқ кучиши ва оғир қон кетиш ҳолати юз бериши мумкин.

Қин орқали текширилганда плацента маркази билан бачадон бўйинининг ички тешигига жойлашган (pl. praevae centralis) бўлса, у тешик соҳасини бутунлай қоплайди. Ёни билан (pl. praevae lateralis) келган бўлса, плацентанинг бир неча бўлаги бачадон бўйинининг ички тешик сатҳини қоплаган бўлиб, бир четда — бўйин деворига яқинроқ жойда қоғоноқ пардаси аниқланади.

Агар чети билан (pl. praevae marginalis) келган бўлса, плацента чети бўйин тешиги, қоғоноқ пардаси билан қопланганлиги аниқланади. Қин орқали текшириш усулини фақат бачадон бўйини 2½ — 3 бармоқ очилганда амалга ошириш мумкин. Акс ҳолда плацентанинг олдин келиши сабабини аниқлаш мумкин бўлмайди.

Олдин келган плацентанинг ўрнидан кўчганлигини билдирувчи асосий белги қон кетишидир. Бунда дастлаб ҳомиланинг умумий аҳволи ўзгармайди. Қон кетиш давом этаверса, аёлда қон йўқотиш белгилари, ҳатто шок ҳолатини кузатиш мумкин. Ҳомилада кислород танқислиги (гипоксия) оша боради.

Бу турдаги патологик ҳолатда врач қандай йўл тутиши керак?

Агар ҳомила чала бўлиб, қон кетиши тўхтаган ёки оз миқдорда суркалиб кетаётган бўлса, ҳомиладорлик-

ни сақлашга ва ҳомиланинг етилиб туғилишига ҳаракат қилиш керак. Бунинг учун бчадон тонусини камайтирадиган препаратлардан фойдаланиш керак.

Бачадон бўйнининг ички тешигига жойлашган (олдин келган) плацента турларига қараб қўлланиладиган даво тадбирлари ҳам турлича бўлади.

Агар плацента маркази билан жойлашган ва қон кетаётган бўлса, бирдан-бир йўл ҳомиладорликнинг муддатидан қатъи назар кесарча кесиш операциясини ўтказишдир. Бу операция ҳомила ўлик бўлса ҳам аёл ҳаётини сақлаш учун қилинади.

Туғруқ дарди бўлмайд қон кетаётган бўлса, бунда ҳам бирдан-бир йўл кесарча кесиш операциясидир. Плацента чети ёки ёни билан (*marginalis et lateralis*) келганда туғруқ дарди бўлиб, бачадон 4—4,5 см очиқ бўлса, қоғоноқ парда ёрилади. Бунда ҳомила боши сурилиб плацента юзасига тушади ва бачадон бўйни ва чаноқ деворини босади. Бундан ташқари, бачадон бўйни очилиши жараёнида қоғоноқ пардаси йиртилиши сабабли плацента бачадон деворига ёпишиб қолади. Уни кўтарса ҳам плацента ўрнидан кўчмайди. Иккинчи томирдаги ёрилган қоғоноқ пардаси плацентани унча тортмайди. Бу парда ҳам бачадон девори билан биргаликда юқорига сурилади.

Баъзи мутахассислар қинни тампонлаш ва бачадон сатҳини босиш орқали қонни тўхтатиш мумкин деб ҳисоблайдилар.

Ҳомила қоғоноғини ёриш усули купроқ плацента чети билан келганда қўлланилади (биқини билан олдин келганда ҳамма вақт ҳам мумкин бўлавермайди). Н. С. Бакшиев ва бир қатор мутахассислар ҳомила боши юқорида ва қўзғалувчан бўлса, қоғоноқни ёргандан кейин ҳомила боши терисини Дуайн қисқичи ёрдамида сиқиб олиб, унга 300—350 г оғирликдаги юк осиб қўйишнинг тавсия этадилар (Иванов-Гикс усули). Бунда ҳомила боши пастга сурилиб, кучаётган плацентани босади ва қон кетиши тўхтайд.

Бундан ташқари, Брегкстон-Гикс усули ҳам мавжуд. Бунинг учун ҳомила айлантрилади ва оёғи тизза бўғимига чикиши билан айлантририш тўхтатилиб ҳомила оёғига 300—350 г юк осиб қўйилади. Бунда ҳам пастга сурилган ҳомила думбаси плацентани бачадон бўйни ва чаноққа босиб, қон кетишини тўхтатади.

Метрейринтер қўйиш усули ҳам мавжуд бўлиб, бу усул амалиётда деярли қўлланилмаётганини ҳисобга олган ҳолда биз бу усул ҳақида тўхталиб ўтмадик. Ҳозирги кунда она ва ҳомила ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида кесарча кесиш операциясидан кўпроқ фойдаланилмоқда.

Акушер шунинг унутмаслиги керакки, юқорида келтирилган операция усулларини қўллашдан олдин вена орқали қон ва унинг ўрнини босувчи эритмалар юбориш зарур.

МИОЗО ҚИСҚИЧИ ОРҚАЛИ ТУҒРУҚДА ЕРДАМ БЕРИШ (УИЛТ-ИВАНОВ УСУЛИ)

Бу хилдаги операция туғруқ жараёнини тезлатади, плацента (*placenta praeuae lateralis*) ёни ва биқини билан олдин келганда (*et marginalis*), плацента қисман вақтидан илгари кўчганда қўлланилади.

Плацента олдин келганда қоғоноқ пардасини ёриб, қисқич қўйилади. Бунда қисқич бош чаноқ киришига яқинлаштирилиб ўрнидан кўчаётган бачадон бўйни очилишида плацента босилади. Ҳомила пардаси бачадон қисқарганда бачадон девори бўйлаб юқорига сурилади ва бунда плацентага таъсир кўрсатмайди, яъни уни ортиқ тортмайди ва қон тўхтайдди. Меъёردа ёпишган плацента олдин кўчганда эса бачадон ичидаги босимнинг камайишига эришилади. Туғруқ дарди сустлигида настга сурилган бош бачадон бўйни охиридаги нерв охириларини қитиқлаб, туғруқни кучайтиради.

Миозо қисқичи қўйишда бош териси қисиб олинади (бунда эҳтиёткорлик талаб қилинади). Чунки бунда бош лиқилдоқлари жароҳатланиб қолиши мумкин. Сўнг-ра унинг бандига бинт бойлаб унинг учига оғирлиги 250—300 грамм келадиган сув тўлатилган шиша осиб қўйилади. Одатда амалиётда махсус станоклар ишлатилади. Қисқич қўйишда бачадон бўйни юмшоқ ва $1\frac{1}{2}$ —2 бармоқ очиқ бўлиши керак. Шундагина бу хилдаги операциядан фойдаланишда қийинчилик туғилмайди.

**НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ПЛАЦЕНТАНИНГ ВАҚТИДАН
ИЛГАРИ УРНИДАН КҮЧИШИ
(Separatio placentae normaliter insertae
spontanica)**

Нормал кечган ҳомиладорликда плацента бачадоннинг фаол қисмида жойлашиб, туғруқ жараёнининг учинчи даврида ўрнидан кўчади. Бачадоннинг фаол қисмидаги мускуллар қисқарган вақтда плацента ёпишган юза (плацента майдони)даги мускуллар бошқа мускулларга нисбатан сустроқ қисқаради. Бунда плацента ўрнидан кўчмайди.

Плацента ажратган прогестерон плацента майдонида кўпроқ бўлганда бу соҳанинг қисқариши суст бўлади. Бундан ташқари, плацента булутсимон бўлганига кўра унинг бачадонга ёпишган юзаси бир оз сиқилади, кичиклашади, аммо кўчмайди. Ҳомила туғилиб бўлгач, туғруқнинг III даврида бачадон кўпроқ қисқариб, кичиклашади. Бунинг натижасида плацента майдончаси ҳам шу қисқариш жараёнида иштирок этади, плацента ортиқ кичраймай ўз ўрнидан кўча бошлайди.

Плацентанинг барвақт кўчиши деб унинг ҳомиладорликда ва туғруқнинг учинчи давридан олдин кўчишига айтилади. Плацентанинг барвақт кўчиши қайта туғувчи аёлларда кўпроқ кузатилади.

Плацентанинг барвақт ўрнидан кўчиши сабабларини икки гуруҳга:

1. Плацентани барвақт кўчиши учун шаронт яратувчи;

2. Плацентани туғридан-туғри ўрнидан кўчирувчиларга бўлиш мумкин.

Плацентани ўрнидан барвақт кўчиши учун шаронт яратувчи сабабларга қуйидагилар киради:

а) аёллар организмидаги қон томирларининг, хусусан бачадон қон томирларининг мўртлашиши. Бунда қон томирлар бирор патологик ҳолат туфайли осон ёриладиган бўлиб қолади;

б) буйрак касалликлари (пиелонефрит), сурункали юқумли касалликлар (сурункали сепсис, безгак, сўзак, сил ва бошқ.), ҳомиладорликдаги токсикоз, гистозлар (нефропатия, преэклампсия, эклампсия), юрак пороги, гипотония, тиреотоксикоз, тромбофлебит, сариқлик, авитаминоз, грипп, қон ва бошқалар).

Плацентани туғридан-туғри ўрнидан кўчирувчи сабабларга қуйидагилар кирди:

а) бачадон деворининг ҳаддан ташқари кенгайиб ва юққалашиб кетиши (кўп ҳомилали ҳомиладорлик, сувнинг кўп бўлиши, катта ҳомила) натижасида ҳам плацента эрта кўчиши мумкин. Кўш ҳомилали аёлларда биринчи ҳомила тезда туғилиб, бачадоннинг кескин қисқариши натижасида иккинчи ҳомила туғилмай туриб плацента кўчиши ҳам мумкин;

б) қоғоноқ суви кўп бўлганда ҳомила пардалари йиртилгандан кейин сув бирданига кетиб қолади. Бунинг натижасида кенг юзага ёпишган плацента бачадон девори билан бирга қисқара олмай, ўрнидан кўчади;

в) плацентанинг барвақт ўрнидан кўчишига бачадон ичидаги босимнинг бирданига камайиб кетиши ҳам сабаб бўлади;

г) ҳомила кўндаланг келса, бачадоннинг фаол қисми ҳомилани пастки сегментга сиқиб туширади, шунда ўрнида турган плацента жойидан кўчиши мумкин;

д) ҳомила боши билан келиб, қоғоноқ пардаси қалинлигидан ўз вақтида ёрилмаса (туғруқнинг иккинчи даври бошида) қоғоноқ пардаси плацентани тортиб, уни ўрнидан барвақт кўчириб юборади;

ж) бачадонда яллиғланиш жараёни бўлганда плацента бачадонга яхши ёки бир текис ёпишмай ўрнидан барвақт кўчиши мумкин;

е) плацентанинг барвақт ўрнидан кўчишига турли сабаблар: қоринга уриш, ҳомилани ташқаридан қўполлик билан айлантриш, асабий-руҳий ҳолатлар (бехосдан қўрқиб кетиш, қаттиқ асабийлашиш ва бошқалар) сабаб бўлади.

Патогенези. Қон томирнинг спиралсимон артерияларида аёллардаги турли патологик ҳолат туфайли бир қатор ўзгаришлар пайдо бўлади. Бу артериялардаги патологик (тромб), фибрилларнинг ворсинкалараро бўшлиқларда йиғилиб қолиши, плацентада оқ ва қизил инфарктлар вужудга келиши плацентанинг вақтидан илгари кўчишига сабаб бўлади.

Спиралсимон артерияларнинг ўзгариши кўпроқ каттароқ ёшдаги ҳомиладор аёлларда учрайди.

Қон томир охирларидаги ва ворсинкалараро бўшлиқлардаги ўзгаришлар натижасида спиралсимон ар-

териялар эластиклигини йўқотиб арзимаган таъсир натижасида осон ёриладиган бўлиб қолади. Ҳатто арзимаган механик омил, бачадон қон томирларида ёки амнион ичида босимнинг ошишидан ҳам у йиртилиши мумкин.

Децидуал парда томирлари ёрилиши ворсинкалараро қон айланishiни издан чиқаради. Бунда плацента орқасига қон қуйилади. Ворсинкалар оралиғи бузилганда ҳам қон плацента орқасига тўплана боради ва тўқималардаги жароҳатланган децидуал парда ҳамда ворсинкалар ажратган тромбопластин таъсирида қон қуюлади. Қон қуйилган жойда (ҳатто баъзан йўлдош тўла кўчган бўлса ҳам) вақтинча қон айланishi давом этиб туради. Ажралаётган қон бора-бора қисман ёки бутунлай фибриногенни йўқотади ва фибринлар қон қуйқасига тўплана боради. Кейинчалик қон парчалади.

Плацента қисман ажралганда бачадон томирларида тиқилар ҳосил бўлиб, ажралган қондан ҳосил бўлган қон қуюлмаси плацентанинг шу кўчган сатҳида қошиқсимон чуқурчани ҳосил қилади. Бунини плацента туғилгандан кейин кўриш мумкин.

Плацента кенг сатҳи билан ажралган бўлса, унда қуйилган қон плацентани амнион бўшлиғи маркази томон суради. Бунда қон ташқарига оқа бошлайди. Оқаяётган қон миқдорини аниқлаб бўлмайди, чунки қон бачадон деворлари тўқималари орасига кирб қон қуйқаларини ҳосил қилади (Кувелер бачадони).

Бачадоннинг бундай ҳолатини 1911 йилда Кувелер таърифлаб ўтган, шунга кўра «Кувелер бачадони» деб юритилади (бачадон-плацента апоплексияси).

Клиник кўриниши. Плацента барвақт кўчишининг клиник кўриниши унинг кечиш жараёнига боғлиқ. Шунга кўра унинг кечиши енгил, ўрта ва оғир турларда ўтади. Бу турлар бир-бири билан осон алмашиб туриши, қисқа вақт ичида енгил турдан оғирга ўтиши мумкин.

Плацента эрта кўчишининг енгил турида клиник белгиларни деярли аниқлаб бўлмайди.

Плацента барвақт кўчишининг енгил турида оғриқ ва қон кетиши каби белгилар бўлмаслиғи ҳам мумкин. Плацентанинг вақтидан илгари кўчишининг ўрта турида, яъни плацента юзасининг 40% и кўчганда клиник манзара дарҳол намоён бўлади. Бунда аёлнинг ранги оқариб

кетади, томир уриши тезлашади, артериал босим 10—15 мм симоб устунга камаяди. Аёл оғриқдан шикоят қилади, бўшашади, кўнгли айнаб, боши айланади. Оғриқ асосан плацента ёпишган жойда бўлиб, бачадон шакли ўзгаради (асимметрик ҳолатда бўлади), плацента ёпишган бачадон девори дўппайиб қолади.

Плацентанинг вақтидан илгари кўчишининг оғир турида оғриқ кучаяди (пичоқ санчгандек оғрийди), аёлнинг боши айланиб қусади, қон кўп кетади. 20% аёлда қон ташқарига оқмаслиги мумкин. Бу қоннинг бачадон ичига йиғилиши ва деворларига шимилишига (Кувелер бачадони) сабаб бўлади. Беморда камқонлик ва оғриқ туфайли шок юзага келади.

Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмай қолади. Аёлнинг юзи оқариб, тер билан қопланади, кислород танқислиги юз бериб, лаблари кўкимтир тусга киради. Нафас олиш минутига 35—40 маротабага етади. Томир уриши 110—120 тагач етади. Баъзан уни ҳисоблаб бўлмайди. Артериал босим 80/40—70/30 гача тушиб, аёлнинг тана ҳарорати пасайиб кетади. Бачадон девори ўта тараңлашиб, оғриқли бўлади, ҳомила қисмларини пайпаслаб бўлмайди.

Плацента туғруқ дарди бошланмасдан олдин кўчган бўлса, унда бачадон бўйни берк бўлади.

Даволаш. Даволаш тадбирлари асосан плацентанинг қайси деворида ва қандай даражада кўчганига қараб олиб борилади. Енгил турида консерватив усул қўлланилади. Бунда аёлга тинчлантирадиган, бачадон тонусини камайтирадиган, қон тўхтатадиган дорилар берилади.

Артериал қон босими, пульси мунтазам кузатиб турилади.

Туғруқ дарди бошланиб, бачадон бўйни 4—5 см очилганда қоғоноқ ичидаги босимни камайтириш мақсадида у ёрилади. Баъзан ҳомила бошига Иванов-Гаус қисқичи қўйиш ҳам таклиф этилади.

Бордию, туғруқ дарди бошланмасдан беморнинг ахволида ўзгариш сезилса, бу туғруқ кучайганидан далолат беради. Бундай ҳолларда она ва ҳомила ҳаётини сақлаш мақсадида кесарча кесиш операцияси қўлланилади. Операция бошланмасдан олдин танада оқаётган қон миқдорини сақлаш учун вена орқали қон ва унинг ўрнини босадиган препаратлар юбориб туриш ва

операция вақтида ҳам бунн давом эттириш лозим.

Плацента барвақт кўчишининг ўрта ва оғир турларида тугруқ дарди бўлмаса, аммо ҳомила ўлик бўлса, кесарча кесиш операциясини қўллаш керак бўлади.

Тугруқ дарди давом этаётганда бачадон бўйини тўла очик, ҳомила боши кичик чаноқ ичида ёки унинг чиқishi қисмида ҳамда у тирик бўлса, бола қисқич ёрдамида тугдирилиб, бачадон ичи қўл билан текшириб чиқилади.

Ҳомила ўлик бўлса, краниоклазия (перфорация, кейин клейдотомия) усули қўлланилади. Буида ҳам бачадон ичи қўл билан текшириб чиқилади.

Акушерлик операциялари давомида қон ва унинг препаратларини венага юбориш билан бир қаторда бачадонни қисқартирувчи дорилардан фойдаланилади.

Шунинг унутмаслик керакки, кўп ҳолларда бачадон яхши қисқарганига қарамай, қон кетиши давом этади. Бу қон қуюлиши фаолияти бузилганидан далолат беради (ДВС синдроми — томир ичида қоннинг қуюлиши ва фибринолизга учраши). Бу қуйидагича бўлади:

Плацента ва децидуал пардадаги қон томирлар ёрилганда тромбопластик субстанция ажралади ва гематомага йиғила боради, у ердан йиртилиб, очилиб қолган қон томирлар орқали умумий қон оқимига ўтади ва протромбинга таъсир этади ҳамда уни тромбинга айлантиради, бу эса фибриногенни ўз навбатида фибринга айлантиради. Бу биринчи босқич ҳисобланиб гиперкоагуляция фазаси деб юритилади. Бу босқич 1 минутдан 20 минутгача давом этиб, бирданига ёки аста-секин касалликнинг кечиши қонга тушган тромбопласт миқдорига боғлиқ. Одатда бу босқичда қон унча кўп кетмайди. Қон кетиши 1—4 соат ичида кучаяди.

Ажралган фибрин қуйқалари ҳаётий зарур аъзолар (ўпка, мия, буйрак ва бошқалар) капиллярларда тикилиб қолади. Натижада шу аъзоларнинг ҳаётий фаолияти бузилиб, фибринли шок юзага келади. Фибриноген камая боради, қон ивиши сусаяди. Организмда қон ивишига қарши фибринолитик система фаоллашади. Натижада туپланиб қолган фибринлар эрийди (фибриномия) ва қон кетиши авж ола боради. Бу фибринолиз босқичи деб юритилиб, тромбеморрагик синдромни пайдо қилади. Ҳамма қисмлардан, ҳатто ина суқилган жойлардан ҳам қон кета бошлайди, аъзоларга, тери остига ҳам қон қуйилади. Бу ҳолат жуда оғир бўлиб, кўпинча

ўлим билан тугайди. Кўп ҳолатларда буйракнинг ўткир етишмаслигини кузатиш мумкин.

Даволаш асосан индивидуал равишда олиб борилади. Асосий эътибор қон айланишини нормаллаштиришга қаратилади. Дастлаб қон ивиши босқичи бўлса, томирларда қон ивишини тўхтатадиган препаратлар, кейинги босқичларда эса қон ивишини таъминлайдиган препаратлардан фойдаланилади.

Прокоагулянт препаратлардан иссиқ қон—тўғридан-тўғри донор қонини қуйиш, шунингдек концентранган плазма, қуруқ плазма, криопреципитат ва бошқалар юборилади.

Антифибринолитиклардан контрикал — трасилолдан дастлаб 60000—80000 ТБдан венага юборилади.

Гордекс 500000—600000 ТБдан венага аста-секин юборилади.

Томирларда қон ивишини тўхтатадиган препаратлар — гепарин (лабораторияда қон ивишини текшириб туриш зарур)дан 1500—2000 ТБ олиб бошқа эритмалар билан биргаликда юборилади. Агар қоннинг ивиш хусусияти йўқолган бўлса, гепарин юбориш асло мумкин эмас (гепарин асосан қон ивишининг биринчи босқичида ишлатилади). Гистаминга қарши препаратлардан пипольфен, димедрол, супрастин ва бошқалар ишлатилади. Агар йўқотилаётган қон тана вазнининг 2 фоизидан ошса (бунда беморнинг индивидуал ҳолатига аҳамият бериш керак) ва қон кетиши давом этса, бачадонни олиб ташлаш зарур бўлади.

ҲОМИЛА ПУФАГИНИ СУНЪИЙ УСУЛДА ЁРИШ (Amniotomia)

Ҳомила пуфагини сунъий усулда ёриш Гиппократ замонида ноқ маълум. Қоғоноқни кечкииб, вақтидан илгарги ёки эрта ёриш туғруқ жараёнига салбий таъсир қилиши ҳақида фикрлар маълум.

XVII асрнинг охирида ўша даврда машҳур бўлган акушерка Юстина Зигемундин ҳомила пуфагини қон кетганда ёришни, 1750 йилда англиялик Маколлей биринчи марта ҳомилани сунъий равишда туғдириш мақсадида қоғоноқни бармоқ ёрдамида ёришни, даниялик Шелл 1799 йилда қоғоноқ пардасини зонд ёрдамида

ёришни тавсия этади. Мейсснер қоғоноқ пардасини бачадон бўйинининг ички тешиги юқорисидан ина ёрдамида ёриш билан ҳомила олди сувини қисман сақлаш мумкин, деб ҳисоблайди.

Сўнгги йилларда баъзи акушерлар ҳомила олди сувини қиннинг олдинги гүмбази соҳасидан сўриб олиш, ҳомиладорликни тўхтатиш мақсадида турли эритмалардан фойдаланишни тавсия этадилар.

Ҳомила олди суви пардаси (қоғоноқ) учи ўткир қисқич ёрдамида ёрилади. Бундай операция туғруқ жараёнини тезлаштириш ва бачадон бўшлиғи ҳажминини тортайтириш мақсадида қилинади.

Агар бачадон бўйни тўла очилган, аммо қоғоноқ пардаси қалин ёки яссилги туфайли ҳам ёрилмаган бўлса, бундай ҳолатда қоғоноқ пардаси ўзи йиртилмайди. Айниқса ясси пардада босим кам бўлганлиги сабабли у ёрилмайди. Бунда туғруқ дарди узоқ чўзилади, ҳомилада афсия кузатилади. Агар туғруқ дарди кучлилиги таъсирида ҳомила туғилса ҳам у ўз пардасига ўралган ҳолда туғилишидан ташқари, плацентани бачадон деворидан нотўғри кўчириш каби оғир ҳолатлар кузатилади.

Халқ ичида бундай туғилган болаларни «ўз кўйлақлари» билан туғилган бахтли болалар деб ҳисоблайдилар.

Аммо акушер бундай ҳолатлар рўй беришига йўл қўймаслиги ва ўз вақтида ташхисни аниқлаб, ёрдам бериши зарур. Ҳомила пардаси (қоғоноқ)ни ёришга асосий кўрсаткичлар:

1. Қоғоноқ пардаси қалин бўлиб, бачадон бўйини тўла очиқ бўлганда.

2. Ҳомила пардаси ясси, унинг олдинги суви (тақалиш камаридан олдинги суви) кам бўлганда сув ичидаги босим қоғоноқ ёрилишида иштирок эта олмайди. Шунга кўра қоғоноқни ёриш керак бўлади.

3. Кўп сувли ҳомиладорликда бачадон девори ҳаддан ташқари кенгайиб кетади. Натихада юққалашган бачадон девори етарли қисқара олмайди ва туғруқ жараёни узоққа чўзилади. Бу эса ҳомила ҳаётига путур етказди. Шу сабабли туғруқ жараёнини тўғри таъминлаш ва ҳомила ҳаётини сақлаш мақсадида қоғоноқ пардасини ёриш керак бўлади (яхшиси ина ёрдамида сувни чиқариш керак).

4. Плацента олдин келганда (placenta praevia) бачадон буйини очилиши жараёнида у ўрнидан куча бошлайди. Бу ҳолатни тўхтатиш, ортиқча қон кетиши олдини олиш мақсадида бачадон буйини 2—2½ бармоқ очиқ бўлганда қоғаноқни ёриш керак бўлади. Бунда ҳомила боши анча пастга тушиб, қон кетаётган плацента сатҳини босади. Қоғаноқ пардаси йиртилганда бачадон буйини очилган сари кенгаётган бачадон пастки сегменти буйлаб юқорига кўтарила боради ва плацентага ўз таъсирини кўрсата олмайди.

5. Эклампсияда туғруқни тезлатиш мақсадида қоғаноқ пардаси ёрилади. Баъзи мутахассислар ҳомила олди сувида эклампсияга салбий таъсир кўрсатиб, унинг давом этишини таъминлайдиган омил бор деб тахмин қиладилар.

6. Бачадонда нормал жойлашган плацента вақтидан илгари қисман кўчганида ҳам бачадон буйини ҳали тўла очилмасдан туриб қоғаноқ пардасини ёриш мумкин. Бунда ҳомила боши териси Мюзо қисқичи билан қисилади ва унга 250—300 г юк осиб қўйилади. Шунда бачадон ичидаги босим камайиши билан бирга ҳомила боши пастга сурилади ва бачадон буйинининг очилиши тезлашади.

Агар чаноқ тор, ҳомила бачадон ичида нотўғри жойлашган ва ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқ киришида нотўғри турган бўлса, кўп ҳомилали ҳомиладорликда ҳомила чаноқ қисми билан олдин келган бўлса қоғаноқни эрта ёриш ярамайди. Чунки бундай ҳолларда тақалиш камари бўлмагани сабабли ҳомиланинг майда қисмлари тушиши мумкин.

Ҳомила кўндаланг ёки қийшиқ ётганда ҳам қоғаноқни ёриш ярамайди. Бунда у кўндаланг келишининг ўтиб кетган турига ўтиб кетиши мумкин. Демак, қоғаноқни ёришдан олдин юқорида айтилганларга амал қилиш керак бўлади.

Операция қилиш усули. Кўрсаткич ва ўрта бармоқ қинга киритилади. Агар бунда қоғаноқ таранг бўлса, кўрсаткич бармоқ ёрдамида босиб ёрилади.

Қоғаноқ анча пастга тушган бўлса, қин ойналари, пинцент ёки кохер игнаси ёрдамида қин очилади. Агар ҳомила пуфаги қалин ва ясси бўлса, унда узун пинцент, корнцанг ёки ўткир учли қисқич билан ёрилади.

ТУҒРУҚНИНГ III ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Туғруқ нормал ўтганда аёл ўртача 350—400 мл миқдоридида қон йўқотади. Маълумки, туғруқнинг I—II даврларида плацента бачадон деворидан ажралмайди. Бунга сабаб плацентанинг булутсимон бўлганлигидир, аммо у ёпишган еридан ажралмайди. Бачадон туғруқ жараёнида қисқаради. Бундан ташқари, плацентадан ажралган прогестерон бачадоннинг биоэлектрик ҳолатини ўзгартиради, унинг бирданга қисқаришини пасайтиради, фармакологик реактивлигини сусайтиради.

Серотонин ва бошқа қисқартирувчи моддалар таъсирида плацента ёпишган соҳа қисқармайди. Плацента асосан туғруқнинг III даврида бачадон деворидан ажраллади. Бунда ворсинкалараро бўшлиқ томирлари очилиб қон кетади, аммо бу қон кетиши физиологик қон кетиш ҳисобланади. Плацентанинг бачадон деворидан ажрალიш жараёнида шу соҳа қисқара бошлаб, ворсинкалараро қон томирлар тромбланади, натижада қон кетмайди (бу ҳақда олдинги бобларда айтиб ўтган эдик).

Туғруқнинг III даврида қон кетиш сабаблари:

1. Плацентанинг бачадонда тутилиб қолиши.
2. Плацентанинг бачадон деворидан нотўғри ажрალიши.
3. Вена қон томирларининг варикоз кенгайиши.
4. Туғруқ йўлидаги жароҳатлар.
5. Плацентанинг бачадон деворига қаттиқроқ (*placenta adherens*) ва қаттиқ (*placenta accreta*) ёпишиши.
6. Бачадон гипотонияси.
7. Плацента аномалияси (қушимча булаклар).

Қон кетишига плацентанинг патологик ҳолатда бачадон деворига қаттиқроқ ёпишиши (*placenta adherens*), бачадон децидуал қавати спонгиоз қисмининг яхши тараққий қилмагани сабаб бўлади. Бунга ворсинкаларни мускул қаватидан ажратиб турувчи кўчиб турадиган парданинг бўлмаслиги сабаб бўлади. Натижада плацентанинг бачадон деворидан ажрალიши қийинлашади. Бачадон шу соҳада бир текис қисқармагани сабабли плацентанинг ажрალიши ҳам яхши кечмайди.

Плацента қаттиқроқ ёпишганда (*placenta adherens*) унинг бир қисми ажралиб, қолган қисми ажралмай қолса ҳам қон кетади. Бунинг бошқа консерватив усуллар ёрдамида ажратиб бўлмайди. Шунга кура қўл

билан ажратилади. *Placenta accreta* икки кўринишда учраши мумкин.

1. *Placenta accreta* — плацентанинг ҳамма юзаси билан бачадон деворига чуқур ёпишиши. Бунда туғруқнинг III даврида плацента ажралмайди, шунга кура қон кетиши ҳам кузатилмайдн.

2. *Placenta increta* — плацента қисман чуқурга, ҳатто мускул қаватигача етиб жойлашади. Бунда плацентанинг юзага жойлашган қисмигина кўчади, қаттиқ ёпишган қисми эса кўчмай, кўчган юзадан қон кетади.

Плацентанинг бу тури жуда хавотирли. Шунинг учун плацента қаттиқ) ёпишишининг ҳар икки турида ҳам уни консерватив усул билан, ҳатто қирғич (кюретка) ёрдамида туғдиришга уриниш мумкин эмас. Бунда бирдан-бир йул бачадонни олиб ташлаш ёки ампутация қилинидир.

Pl. accreta ва *pl. increta* да ҳам шу усулни қўллаш лозим бўлади, чунки плацентанинг бу турида хорион ворсинкалар бачадоннинг мускул қаватига анча чуқур жойлашади.

Е. А. Чернуха ва бошқаларнинг фикрича, туғруқнинг III даврида одатда плацентанинг ажралишини 0,5—1 соат кутилади. Агар шу вақт ичида плацента ажралмаса плацентанинг қаттиқроқ ёпишганлигига (*placenta adhesans*) ишонч ҳосил қилиш мумкин. Бунда бачадонга қўл билан кириб, плацента аста кўчирилади, кейин массаж қилинади. Ажралган плацента бачадон бўйни олдида қислиб қолганда бачадон бўйнидаги тиришиш (спазм)ни бўшатиш учун чаноқдаги парасимпатик нерв охирига таъсир қиладиган препаратлардан фойдаланилади (лидаза, атропин, новоканн, но-шпа, тропацин). Агар тиришиш тўхтамаса наркоздан фойдаланилади ва ниҳоят, бунда ҳам туғдиришнинг иложи бўлмаса, қўл билан олиб чиқиш лозим бўлади.

Плацента ажралиб, бўйин соҳасида қислиб қолганда шу соҳадан оққан қон бачадон ичига тўплана боради. Натижада бачадон кенгайиб катталашади, ниҳоят топусини йўқотади. Аёлда эса камқонлик белгилари (оқариб кетиш, бош айланиши, артериал қон босимининг пасайиб кетиши, пульс тезлашиши ва бошқалар) кузатилади. Барча туғаётган аёлларда юқорида келтирилган патологик ҳолатлар хавфи мавжуд бўлса, қон кетишининг олдини олиш мақсадида трансфузия ва инфузия

усулларидан фойдаланилади. Плацента туғилгандан кейин унинг ўрнидан қон томирларнинг йўналиши (агар қон томирлар йўлдош четидан қоғаноқ томонга йўналган бўлса, бу қўшимча бўлагини борлигидан далолат беради) ва қоғаноқ пардасининг бутунлиги аниқланади.

Плацента фақат думалоқ шаклда бўлмай, ярим доира, буйраксимон, чўзинчоқ бўлиши ҳам мумкин. Бундан ташқари, икки, уч ва ундан кўп бўлакдан иборат бўлиши ҳам мумкин. Умуман, плацента аномалияда ҳомила тухуми нуқсонларидан ташқари, аёлдаги турли патологик ҳолатлар, хусусан бачадон шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши, дистрофик ўзгаришлар, операциядан кейинги чандиқлар, абортдан кейинги ҳолатлар кузатилади. Баъзан врач аборт вақтида бачадоннинг баъзи функционал қаватинини ҳам шилиб олади. Натижада бачадон шиллиқ қаватининг айрим қисмларида йўлдош нотўғри бирикади (ҳомила ва она Rh ининг мос келмаслиги туфайли плацента ҳажми катта бўлишига кўра, у нотўғри жойлашиши мумкин).

Плацентада қўшимча бўлақлар (pl.bipartiala) 0,8—10% ҳолда учрайди.

Плацентанинг қўшимча бўлақлари марказдан узоқда ёки ҳомила пардаларига жойлашган бўлади. Шу плацента бўлақлари йўлдош туғилиши даврида қон кетишига, чилла даврида эса турли септик касалликларга сабаб бўлади. Бундан ташқари, асосий плацента билан унинг оралиғида киндик тизимчаси ёпишган бўлса, ҳомиланинг туғилиш жараёнида қоғаноқ шу киндик ёпишган жойдан ёрилиши ёки ҳомила чаноқ канали бўйлаб сурилганда киндик тизимчаси тортилиб, осон йиртилиши натижасида ҳомила қон йўқотиши мумкин. Бу камдан-кам учрайдиган ҳолат. Шунга кўра, йўлдош туғилиши билан уни синчиклаб кўздан кечириш лозим. Бунда қон томирлар йўналишини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Агар қўшимча бўлак қолган бўлса, уни қўл билан олиб чиқиш ва бачадон деворини синчиклаб текшириш керак.

Баъзи ҳолатларда плацента четлари бир оз қутарилган, ранги оқиб бўлиб, бу ҳомила пардаси бурмаси ёки фибрини йиғилиб қолганлигидан бўлиши мумкин. Плацента четларидаги ёриқ (синус) кўчганда шу ерга ҳам қон йиғилиши мумкин. Аммо бунда қон унча кўп кетмайди. Плацентанинг кичкина қисми ёки бўлагини

ҳамда қоғаноқ парданинг $\frac{2}{3}$ қисми бачадонда қолган бўлса ҳам, унда албатта бачадонни (қин орқали) қайта текшириб чиқиш керак.

ПЛАЦЕНТАНИ БАЧАДОН ДЕВОРИДАН ҚЎЛ БИЛАН АЖРАТИШ ВА ЙЎЛДОШНИ ТУГДИРИШ

Баъзи ҳолларда, хусусан плацента бачадон деворига чуқурроқ (placenta adherens) ёпишганда бу усулдан фойдаланилади. Чунки плацента бунда ўз ҳолича ажралмайди. Ёпишишнинг турига қараб, баъзан оғир қон кетиши кузатилади. Агар плацентанинг бир қисми нормал ёки юза ёпишган, бачадон деворида жароҳат ёки яллиғланиш туфайли чандиқлар бўлса, бачадон деворидан қаттиқ ёпишган плацента қисми ажралмай, нормал ёки юза ёпишган қисми ажралади. Натижада қон кетиши кузатилади. Агар плацента чуқур ёпишган бўлса, плацента умуман ажралмайди. Бундан ташқари, агар акушер Алефольд хитобига амал қилмай (йўлдош деворида бачадондан қўлингни торт) бачадон деворини пайпасласа, унда бачадоннинг нормал қисқариши издан чиқади, яъни ёрилган плацентанинг бир қисми қисқариб, шу ерда плацента кўчади, натижада қон кета бошлайди. Шундай қилиб, нормал кечиши мумкин бўлган физиологик ҳолат патологик ҳолатга ўтиб кетади.

Юқорида келтирилган ҳолларда плацентани қўл ёрдамида бачадон деворидан ажратиш, йўлдош туғдирилади. Бу турдаги операциядан кейин бачадонга инфекция кىриши ва чилла даврида турли оғир ҳолатлар вужудга келиши мумкин. Йўлдошнинг қўл билан олиб чиқиш асосан аёлнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун хизмат қилади. Операция оғриқсизлантириш усулларини қўллаш (қисқа муддатли рауш наркози ва бошқалар) билан биргаликда бажарилади. Бунда беморнинг умумий аҳволига қараб унинг тури белгиланади.

Агар аёл кўп қон йўқотган бўлса, дастлаб қон миқдорини тўлдириш ва уни сақлаб туриш омилларидан фойдаланилади (игна доим венада туриши керак). Одатда бу операцияни дезинфекция қилинган қўл ёки юпқа резинка қўлқоп кийиб бажарилади.

Л. Л. Окинчиц жинсий аъзоларга ва қинга қўл орқали инфекция тушиши олдини олиш учун қўлқоп ўрнига матодан тикилган халтасимон аммо икки томони

очик узун қўлқоп кийишни таклиф этади. У автоклавда дезинфекция қилинади. Қўлқопни қўлни қинга киргизишдан олдин кийилади. Ташқи жинсий аъзолар ва қин спирт ва йод билан тозаланади (қўлқоп ишлатилмаганда ҳам шундай қилинади). Сўнгра қўлқопни қўлга киритиб унинг панжа қисми тешиги бармоқлар ёрдамида беркитилади ва шу ҳолатда қинга киритилади (бу усулдан деярли фойдаланилмайди), ёрдамчи акушерка қўлқопни ушлаб, бир оз тортиб туради.

Ҳозирги вақтда йўлдош қўл билан ёки резина қўлқоп кийган ҳолда кўчирилади (қўлқоп операция вақтида бир оз ноқулайлик туғдиради). Операция қилаётган врач қўлини киндик ўқи бўйлаб плацента томон юборади ва ташқаридаги қўли билан қорин девори орқали бачадон тубини тутган ҳолатда ушлаб туради. Плацента четини аниқлаб топгандан кейин плацента билан бачадон девори орасига бармоқларини киргизади ва панжаларни билан арралагансимон ҳаракат қилиб плацентани бачадон деворидан ажратади.

Агар бачадон девори билан плацента ораллигига яхши тушилган бўлса, уни ажратишда қийинчилик туғилмайди. Плацентани бачадон деворидан ажратиб бўлгандан кейин уни қўл панжаси билан ушлаб пастга суради. Аммо қўлини бачадондан чиқазмайди. Ёрдамчи эса киндик тизимчасидан тортиб, йўлдошни қабул қилиб олади. Бунда врач шунини унутмаслиги керакки, у плацентанинг четини аниқ топиб, уни четидан ажрата бошлаши керак.

Плацентанинг булутсимон қавати гадир-будир бўлади. Агар буни билмасдан плацента қолдиги деб ажратиб олишга ҳаракат қилинса, бундай ҳолда бачадонни тешиб қўйиш ҳам мумкин.

Агар плацентанинг бачадон деворига чуқур жойлашгани аниқланса, уни ажратишга уриниш билан оғир хатога йўл қўйилади. Бунда оғир қон кетиш ҳоллари кузатилади. Йўлдош туғдирилгандан кейин албатта бачадон ичини ва плацента ёпишган сатҳни қайта текшириб чиқиш лозим. Чунки баъзан плацента бўлаклари кўчмай қолган бўлиши мумкин.

Бачадон ичини текшириб бўлгандан кейин 3 та дока тампонни 5% ли йод ёки йоданат эритмасига хўллаб бачадон ичига суртиб чиқилади. Кейин тампон санала-

ди, бачадон бутунлигига қаноат ҳосил қилингандан кейингина операция тугаган ҳисобланади.

ХIII БОБ

ЕЛБЎҒОЗ (*Mola hydatidosa*)

Елбўғоз ҳомила тухумининг касаллиги бўлиб, бунда хоррион ворсинкаларнинг тузилиши ўзгаради. Касалликдан олдин нозик, бир хил йўғонликда бўлган ворсинкалар елбўғоз касаллиги бошланиши билан боғичсимон танага айланади. Бу таналар худди узум шипигли сингарри жойлашган ва ўзига хос суюқлик билан тўлган пуфакчалар билан ўралади.

Ворсинкалар сифатининг бузилишига (ўзгариб қолишига) сабаб унинг стромаси ликилдоқ массага айланиши ва ворсинка эпителийларининг ўсиб қалинлашувидир. Эпителийлар ўсиб қалинлашуви натижасида ўзгарган хоррион ворсинкалар баъзан децидуал пардадан бачадон мушкул қаватигача, ҳатто бачадон деворларини бузиб, қорин бушлиғигача киради. Елбўғознинг бундай тури кам учрайди ва бузувчи елбўғоз (диструктив тури) деб аталади. Елбўғоз кўпроқ қайта ҳомиладорликда учрайди. Елбўғоз ривожланганда дастлаб ворсинкаларнинг сифати ўзгаради. Агар елбўғоз ҳомиладорлигининг сўнги даврларида бошланса, плацента зарарланади.

Агар плацентанинг бир қисми (учдан бир қисмидан камроғи) елбўғоз билан зарарланган бўлса, ҳомила ўз тараққиётини давом эттириши мумкин. Елбўғоз бўлган плацентанинг функцияси одатда бузилади ва у ҳомилани озиклантирмай қўяди. Натижада ҳомила ҳалок бўлади. Ўлган ҳомилага ўз вақтида ташхис қўйилмаса, ҳомила чирийдиги ва она организмга шимилиб кетадиги ёки қоғозга айланиб қолади.

Елбўғозда тухумдонларда майда кисталар кўпайиб кисталар туфайли тухумдон ғадир-будур бўлиб қолади. Уларнинг ҳар иккаласида ҳам сариқ тана ҳосил бўлади. Кейинчалик сариқ тана катталашади. Унинг катталиги баъзан ҳомила бошидек бўлиши мумкин. Бемор соғайгандан кейин (елбўғоз олиб ташлангандан кейин)

кисталар ривожланишдан тўхтаб йўқолиб кетади. Елбўғознинг ҳосил бўлиш сабаби ҳозиргача аниқланмаган.

Клиник кечиши. Елбўғоз касаллиги бир қанча белгилар билан ифодаланади. Улардан энг асосийлари қуйидагилардир: елбўғозда ҳомилдорликнинг дастлабки ойларидаёқ бачадондан қон кетади (елбўғоз ўрнидан кўча бошлайди) ва бу қон кетиш елбўғоз туғилгунча давом этади. Бунда қон кетиши турлича бўлади. Баъзан қон вақтинча тўхтайдди, кетаётган қон суюқ, қорамтир рангда бўлади. Баъзан эса қон билан бирга елбўғоз пуфакчалари ҳам ажралади. Бачадоннинг ҳажми ҳомилдорлик муддатига тўғри келмайди. Чунки елбўғоз тез ўсади, бачадоннинг баъзи жойи юмшоқ, баъзи жойи эса қаттиқ бўлиб, пайпаслаб кўрганда ҳомил қисмларини топиб бўлмайди. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилмайди, қимирлаши сезилмайди. Баъзан елбўғоз касаллигида токсикоз авж олади, оёқ-қўлларда шиш пайдо бўлади, альбуминурия, кучли қусиш ҳоллари кузатилади.

Елбўғозга ташхис қўйиш унча қийин эмас. Юқоридаги асосий белгилар елбўғозга тўғри ташхис қўйишга имкон беради. Булардан ташқари, касалликни тасдиқлашда биологик реакциялар (Ашгейм-Цондек, Майнини) ҳам анча ёрдам беради. Аёл елбўғоз билан касалланган бўлса, унинг организмида гонадатроп гормонлар кўпаяди, шунинг учун биологик реакциялар суюлтирилган (1:200) сийдикда ҳам мусбат бўлади. Ташхис қўйишда ультратовушдан ҳам фойдаланиш мумкин.

Даволаш. Елбўғоз она учун ҳам ҳомил учун ҳам хавфлидир. Елбўғознинг диструктив турида у бачадон девори ва ҳатто сероз пардадан қорин бўшлиғигача ўтиши мумкин. Бундай вақтларда кўп қон кетиши кузатилади ва елбўғознинг тез ривожланишидан ташқари, уни олгандан кейин ҳам агар бўлаклари қолган бўлса хавфли ўсма — хорионэпителиома ривожланиши мумкин.

Елбўғоз билан касалланган аёлга стационар шаронтида тез ёрдам кўрсатиш зарур. Баъзан бачадоннинг қисқариши яхши бўлган ҳолларда елбўғоз ўзи мустақил туғилиши мумкин. Бинобарин, елбўғознинг бачадондан тезроқ кўчиб туғилишини таъминлаш учун бачадон мускулларининг қисқаришини оширувчи воситалар (питуитрин, окситоцин, маммафизин ва бошқалар) дан фойдаланиш зарур.

Маълумки, кўп қон кетиши аёлниң ҳаёти учун хавф-лидир. Шунга кўра қон кетишини тўхтатиш учун елбўғозни тезда олиб ташлашга киришилади. Бунинг учун бачадон бўйни етарлича очиқ бўлган вақтда бачадон ичига бармоқларни суқиб елбўғоз олинади. Бундан олдин бачадоннинг қисқаришини тезлаштириш учун аёлга 1 мл питуитрин ёки окситоциндан укол қилинади.

Елбўғозни олиш учун аввал бачадон бўйни қанча очилганлиги аниқланади. Агар у бармоқ сиғадиган даражада бўлса, унда қўл ёки бармоқлар билан бачадон ичига кириб, гуё арралаган каби елбўғоз бачадон деворидан ажратилади. Бу вақтда ташқаридаги қўл билан девори босиб ушлаб турилади.

Елбўғоз бачадондан ажралгандан кейин у бачадон ичидаги қўл бўйлаб ташқарига чиқади. Шунинг унутмаслик керакки, агар елбўғознинг деструктив тури бўлса, уни зўрлаб бачадондан кўчириш асло ярамайди, акс ҳолда бачадон тешилиб, қон кетиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадонни ампутация ёки экстирпация қилишга тўғри келади. Агар бачадон бўйни канали берк бўлса, Гегар кенгайтиргичи ёрдамида кенгайтирилади, сўнгра бармоқлар ёрдамида олиб ташланади.

Бачадон ичига асбоб киритиш жуда хавфли, чунки елбўғоз натижасида бачадон деворлари юпқалашиб қолади. Бачадонга суқилган асбоб уни тешиб қўйиши мумкин.

Агар бирор сабаб билан елбўғозни бармоқлар ёрдамида бутунлай олиб чиқиш мумкин бўлмаса, бачадон бўшлиғида айрим пуфакчалар қолгани учун қон кетиши давом этаверса ва бачадоннинг қисқариши суст бўлса, бачадон ичини катта қирғич ёрдамида жуда эҳтиёткорлик билан қириб олиш ва қириб олинган массани гистологик текширишга бериш керак. Бунда ҳам елбўғознинг деструктив тури кузатилиши мумкинлигини унутмаслик керак.

Елбўғоз билан оғриб тузалган аёл 2—3 йил давомида мунтазам равишда клиник ва биологик текшириудан ўтиб туриши керак. Чунки бу даврда хоринэпителнома пайдо бўлиши мумкин.

ЭРТА ЧИЛЛА ДАВРИДА ҚОН КЕТИШИ

Эрта чилла даврида қон кетишининг 3 та асосий сабаби бор.

1. Туғруқ йўлларининг йиртилиши.
2. Иўлдош қолдиқларининг бачадон ичида қолиши.
3. Бачадон гипотонияси ёки атонияси.

Чилла даврида қон кетиши сабабларига қараб ёрдам берилади.

Агар туғруқ йўллари йиртилган бўлса, у асептика ва антисептика қондаларига риоя қилган ҳолда тикилади. Иўлдош қолдиқлари қолган бўлса (одатда плацентанинг жуда кичкина бўлаги қолган бўлса ҳам) қўл билан олиб чиқиш керак бўлади. Қоғоноқ пардасининг $\frac{1}{3}$ бўлаги қолган бўлса ҳам қўл билан олинад.

Плацента бўлаги ва қоғоноқ пардаси қолганини қандай аниқлаш мумкин. Плацентани тарелкага ёки қўл кафтига ёзиб, унинг она сатҳи кўздан кечирилади. Плацентанинг она юзаси оқ парда (децидуал парда) билан қопланган бўлса, демак у бутун, бачадон бўлаклари қолмаган ҳисобланади. Агар оқ парда сатҳининг бирор жойида парда бўлмай, туқ қизил ранг кузатилса, демак шу ердаги плацента бўлаги бачадон деворидан ажралмай қолган бўлади. Ҳомила пардасининг бутунлигини аниқлаш учун у ёйиб кўрилади.

Юқоридаги ҳар иккала ҳолатда ҳам қон кетади. Шунга кўра аёлнинг умумий аҳволига ва қон кетиш ҳолатига қараб қон ёки қон ўрнини босадиган препаратлар юборилади.

Маълумки, атония ва гипотонияда одатда қон кўп кетиб, аёлда камқонлик белгилари тезда намоён бўлади.

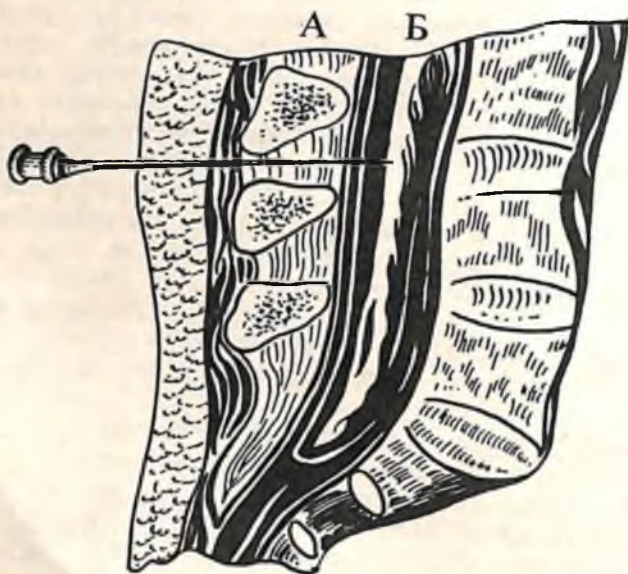
Бачадон гипотониясида турли чораларни қўллаш йўли билан унинг қисқаришини таъминлаш мумкин. Аммо бачадон атониясида бунга эришиш жуда қийин бўлади. Бунда бачадон мускуллари бутунлай қисқармай қўяди.

Баъзан бачадоннинг плацента ёпишган жойи қисқармай, бошқа қисми қисқаради. Шунга кўра қон кетади. Чунки плацента соҳасида қон томирлар кўп ва ворсинкалараро бушлиқларга она қони келиб тушади, бу соҳа ҳали қисқармаган бўлади.

СУРАТЛАР



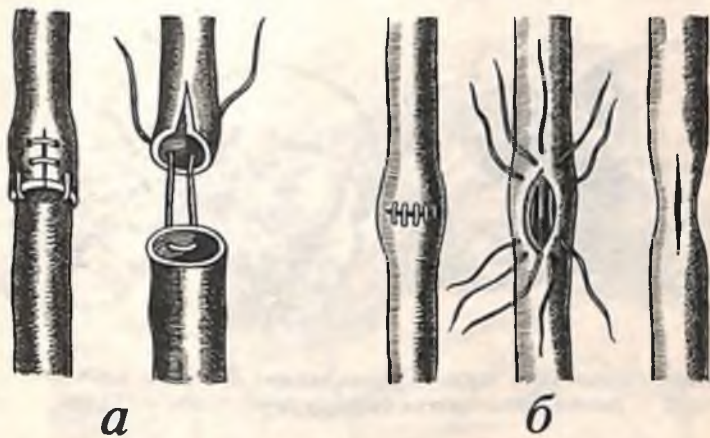
1-расм. Орқа миядаги
3—4-умуртқа ораллиғига
игна санчиш.



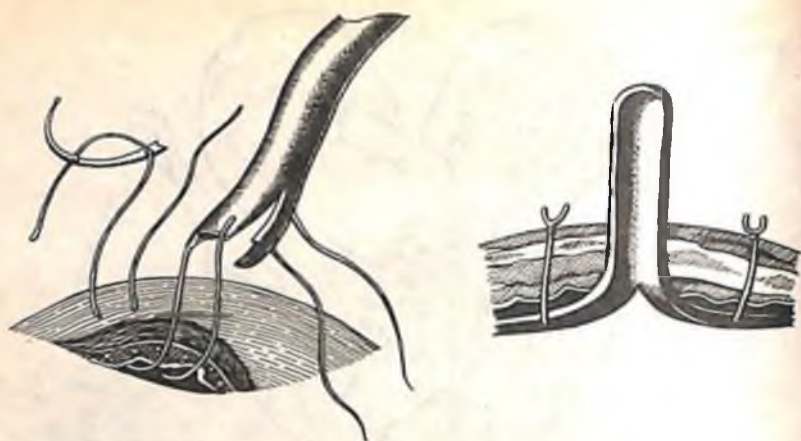
2-расм. Орқа мия анестезиясида игна ана шундай
йўналади (А, Б).



3-расм. Ҳомила бошчасини танасидан ажратиш.



4-расм. Сийдик йулини қундалангига кесиб, чок қўйиш(а), Uretero-cystostomia усулида чок қўйиш (б).



5-расм. Uretero-cystostomia (Сампсон усули).



6-расм. Стерилизация. чапда — найча истмик бўлимида кесилган; унгда — понасимон кесилган бачадон бурчагига чок қўйиш.

7- расм. Марковский усу-
ли билан найчаларни боғ-
лаш (стериллаш).



8-расм. Аппендектомия. Чарви тикилган, кистет чоки ипни
бир-бирига боғланган.



9-расм. Бачадон бурчагидаги ҳомилдорликнинг бошланиши.



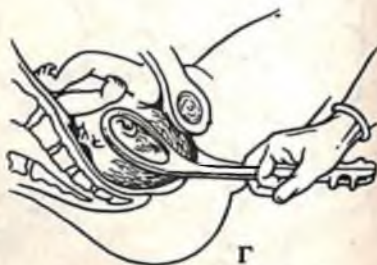
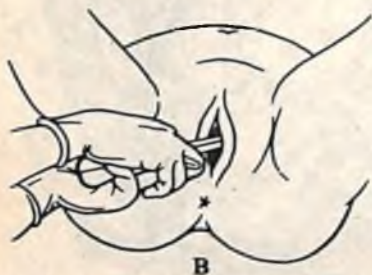
а



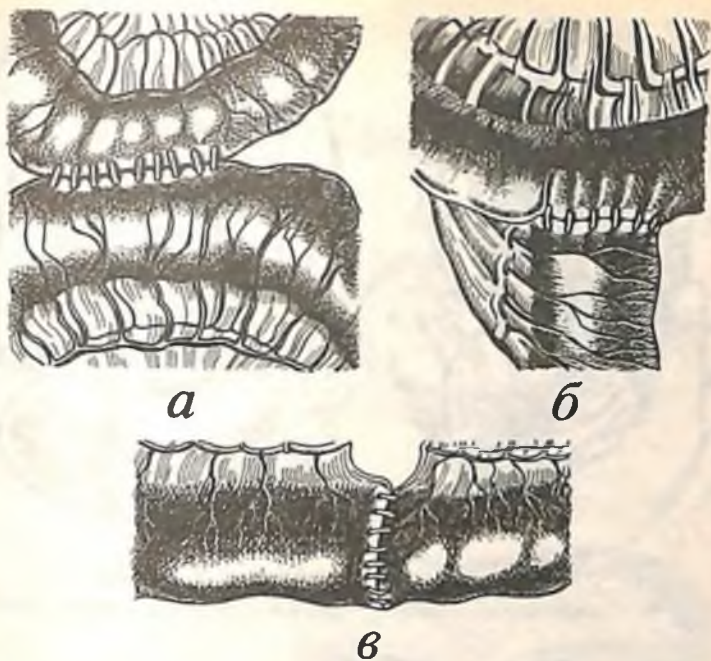
б

10-расм. Акушерлик муолажаси:

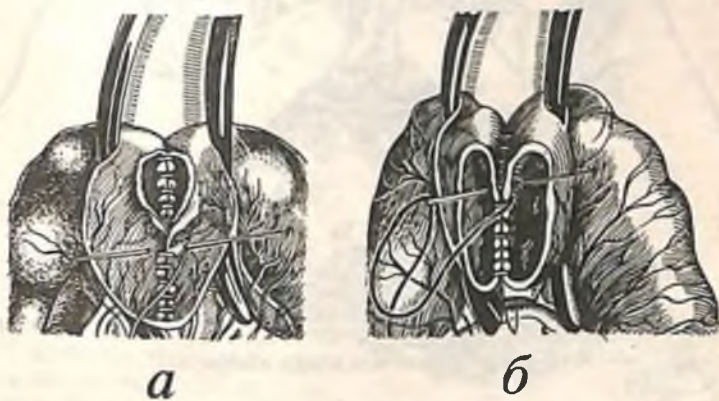
а — Уксимон перфоратор билан бошчани тепшиш, б — крайнокласт ёрдамида бошчани олиб чиқиш.



11-расм. Кичик чаноқ чиқишида қисқичларни қўйиш йўллари (а, б, в, г, д)



12-расм. Ичаклар кесилган жойлари билан бир-бирига уланган.



13-расм. Ингичка ичакни кирқиш(а), қирқилган охирларини чоклаш (б).



14-расм. Кюстнер—Пикколи—Дюре усули:

а — бачадон аударилганда қилинадиган муолажа, б — бачадон орқа деворини тик кесиш.



15-расм. Бачадонни ичига ағдариш.

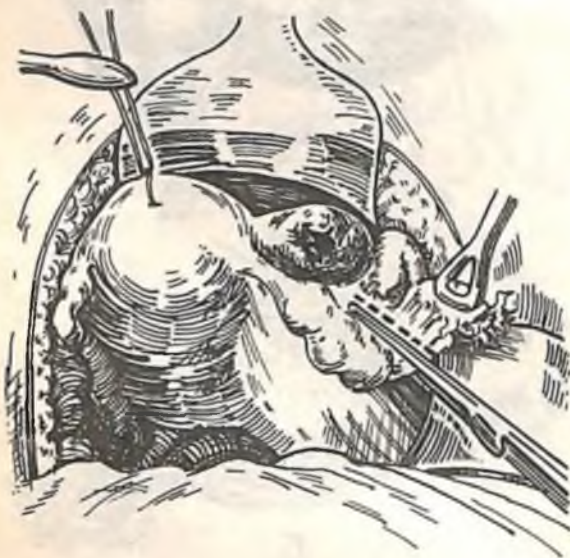
16-расм. Бачадондан ташқаридан ҳомиладорлик (а, б).



17-расм. Бачадон ташқарисидан ҳомиладорликнинг тугалланиши (а, б).



18-расм. Бачадон найдаги ҳомиладорлик (қон кетишини тўхтатиш учун қисқичлар қўйилган). Мезосальпинкс уртасига яна битта қисқич қўйилган.



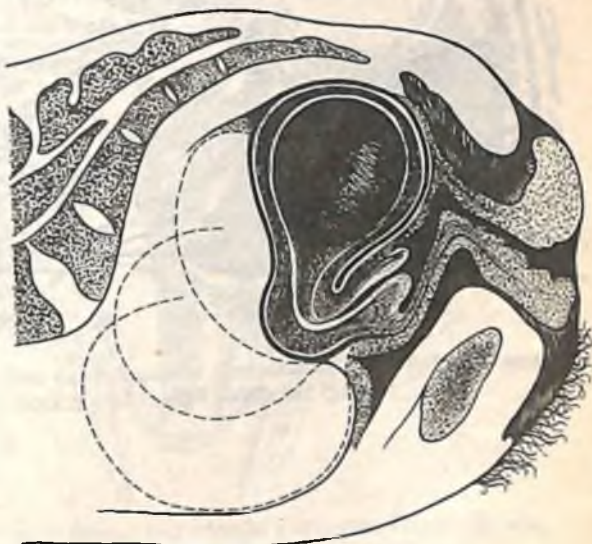
19-расм. Найчадаги ҳомиладорлик операциясида ҳомила тухуми бачадон бурчаги ёнида булганида найчалар ампуляр қисмидан бошлаб кесилади.

20-расм. Ҳомиладорликнинг бачадондан ташқари жойлашиш хиллари (1, 2, 3, 4, 5, 6).



20-расм. А. Ҳомила тухумининг жойлашиш турлари:

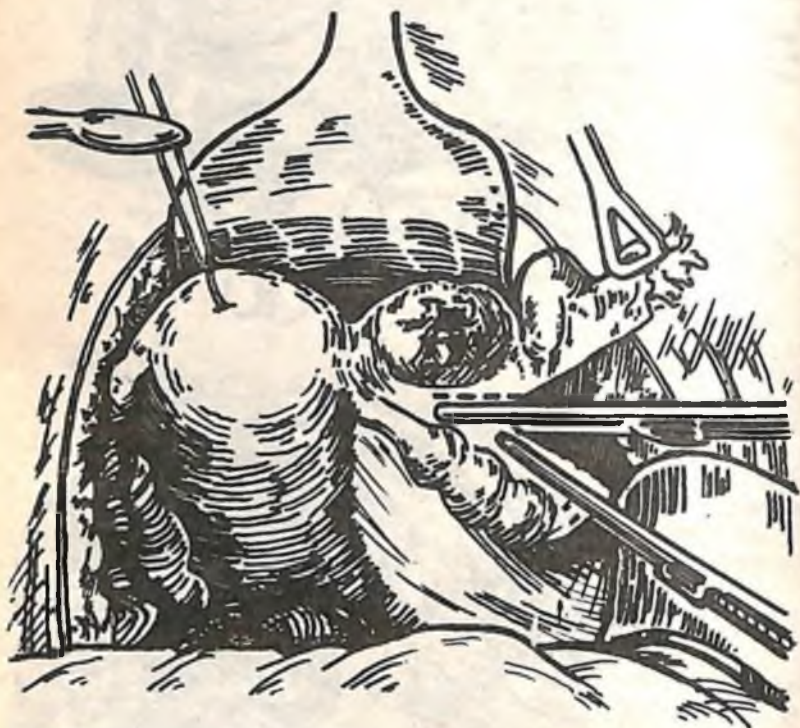
а — найчаларнинг бачадон девори қисмида, б — найчалар бўйи олди қисмида, в — ампулар қисмида, г — тухумдонда, д — қорин бўшлиғида, е — бачадон бўшлиғида.



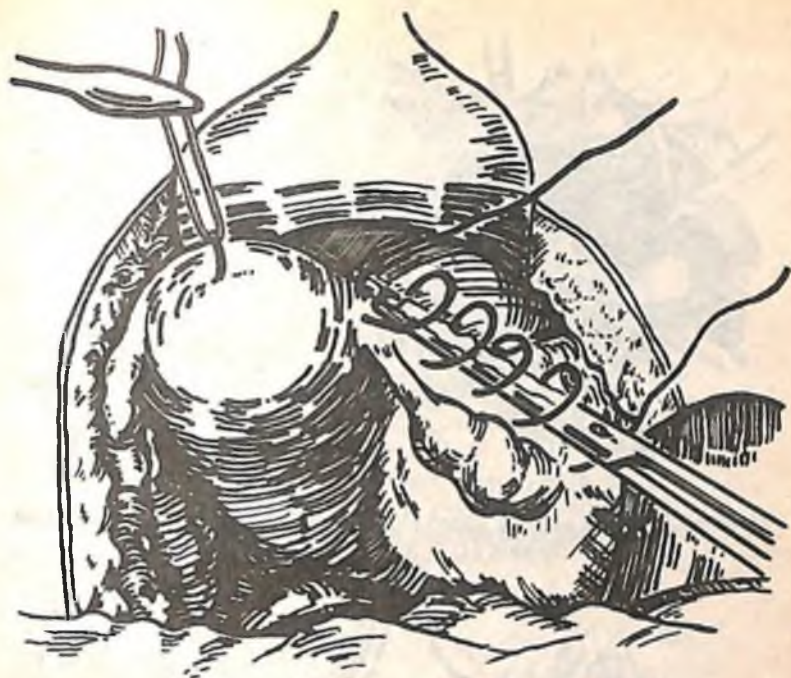
21-расм. Ҳомиланинг бачадоннинг чаноқ ичида сиқилиб қолиши.



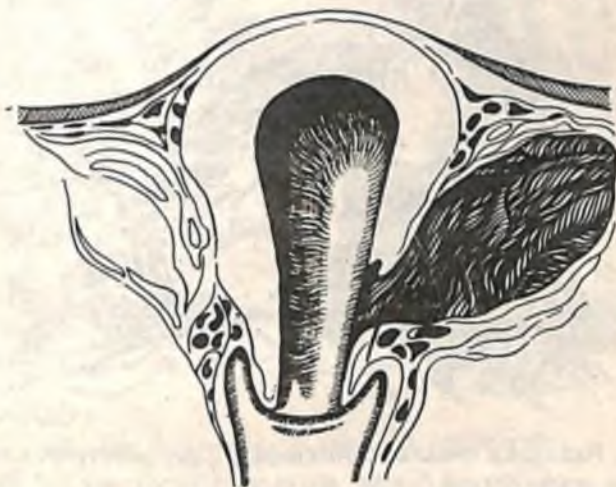
22-расм. Бачадон-
нинг қўшимча шо-
ҳидаги ҳомиладор-
лик.



23-расм. Найчадаги ҳомиладорлик операциясида найча сероз пардаси-
ни бир чеккадан бирма-бир кесиш.



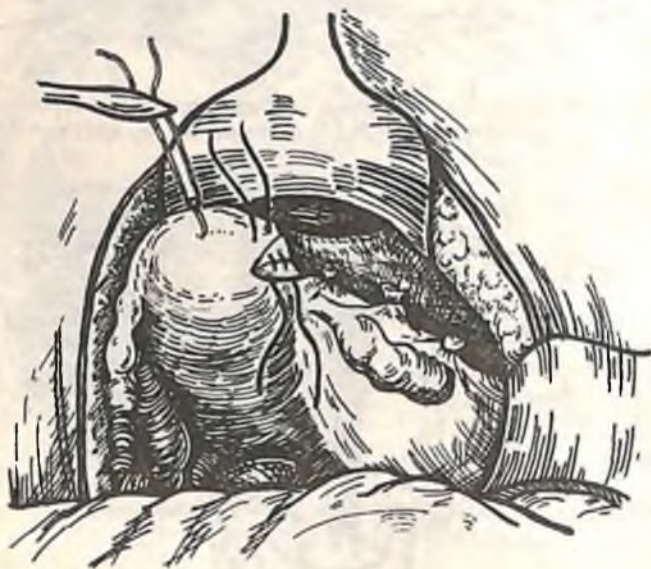
24-расм. Найчадаги ҳомиладорлик операциясида найча сероз пардаси қолдигига қисқич бўйлаб айланма чоклар қўйиш.



25-расм. Бачадон буйни чап девори жароҳати. Гематома кенг бойлам варақлари орасидан жой олган.



26-расм. Думалоқ бойлам ҳисобига мезосальпинксни перитонизация қилиш (1, 2, 3, Серебровдан).



27-расм. Найчадаги ҳомиладорлик операциясида найча сероз пардаси-да мезосальпинксни боғлаш, яра сатҳи икки тугунли чок билан белгиланган.



28-расм. Найчадаги ҳомиладорлик операциясида кесиб боғланган қолдиқларни найча ва тухумдон билан бирга олиб ташлаб, кенг бойлам қолдиғи билан перитонизация қилиш.



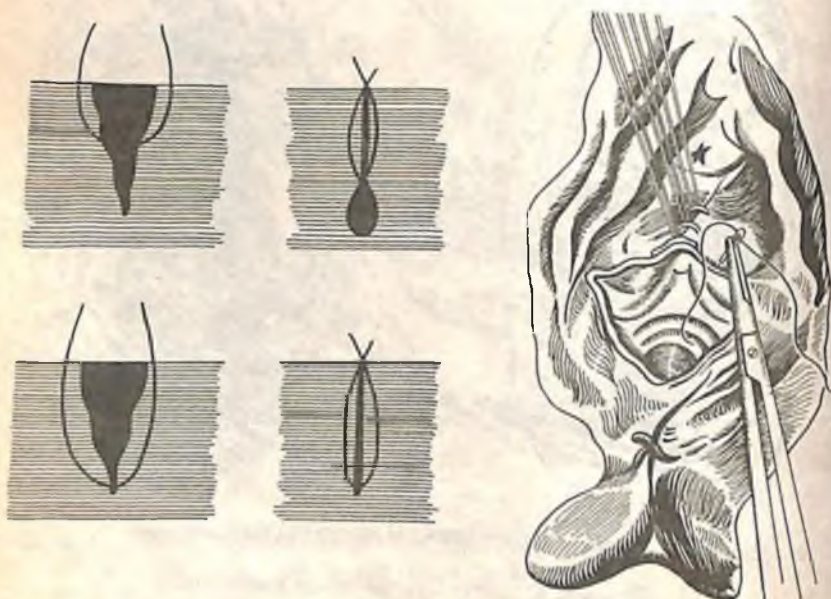
29-расм. Оралиқнинг II даражали йиртилиши.



30-расм. Оралиқнинг тамомила йиртилиши.



31-расм. Найчадаги ҳомиладорликни операция қилиш.



32-расм. Оралқ йиртиқларини тикиш усуллари.



33-расм. Қин ва оралиқ йиртиқларига тутунли чоклар қўйиш.



34-расм. II даражадаги оралиқ йиртилишида мушакларга чоклар қўйиш жараёни.



35-расм. Бачадон ва қиннинг ағдарилиб тушиши.



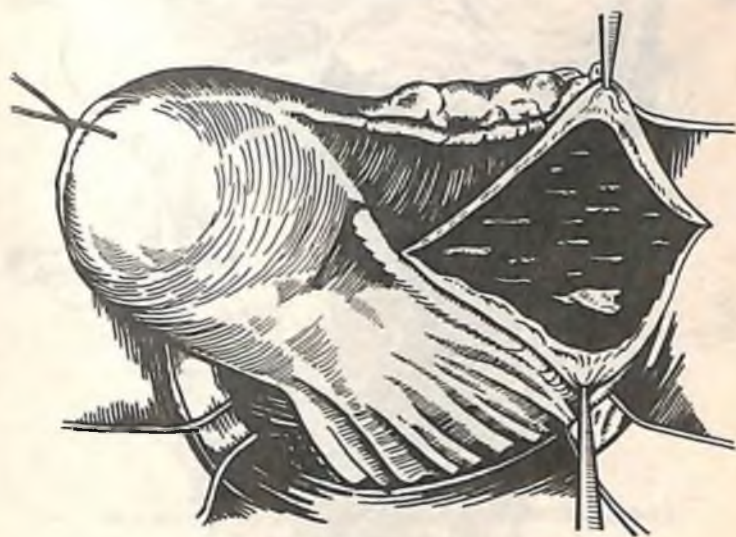
36-расм. Бачадон
бўйнининг йиртили-
ши.



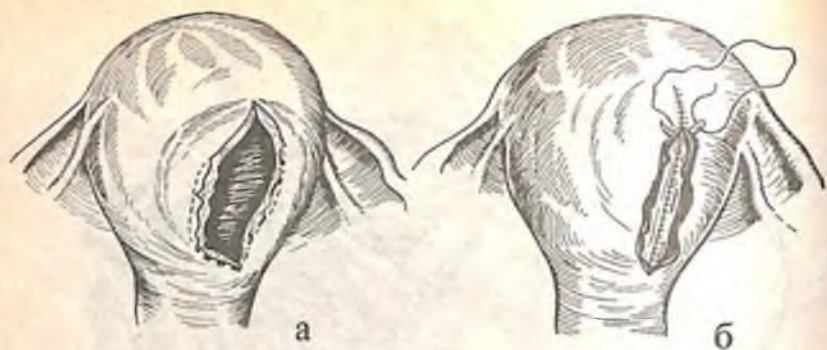
37-расм. Йиртилган
бачадон бўйнини ти-
киш.



38-рasm. Гематома олиб ташлангач, бачадон қон томирини боғлаб қўйиш.



39-рasm. Бачадон тула йиртилганда гематома усти қорин парда думалоқ бойлами буйлаб кесилган.



40-расм. Йиртилган бачадонни тиклип жараёни (а, б).



41-расм. Бачадон тўла йиртилган. Унинг ёнида кенг бойлам гематомаси бор.

42-расм. Ичакка чок қўйилган. Сфинктерга ҳам қўшимча чок қўйилган.



43-расм. Бачадоннинг тамомила йиртилиши.





44-рaсм. Синов тракцияси узига қаратиб қилинади.



45-рaсм. Қисқич шохларини бир-бирига бириктириш (а), бошни тортганда қисқични ушлаш усули (б).



а



б



в

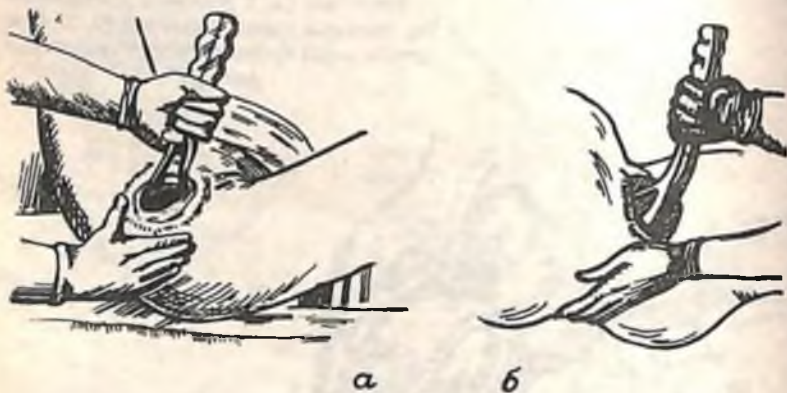
46-расм. Қисқичнинг чап шохини қинга қиритиш (а, I босқич), қисқичнинг ўнг шохини қинга қиритиш (б, II босқич), ҳомила бошини қисқич орқали ушлаш (в).



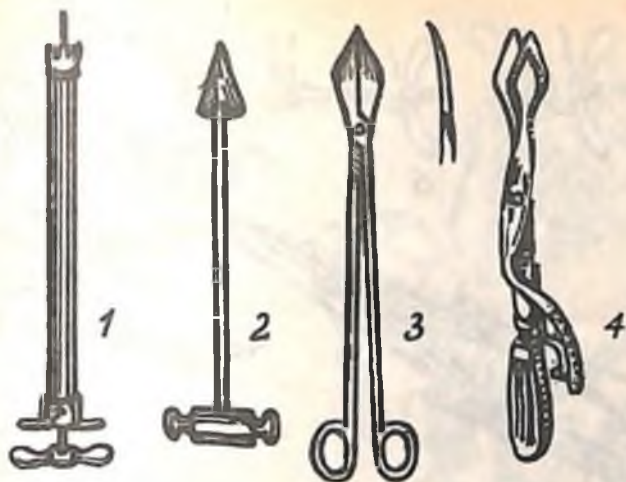
47-расм. Ҳомила энсаси билан орқа қуринишда келганда қисқич қуйиш. Қисқични врач узига қараб тортади.



48-расм. Ҳомила боши чаноқ ичидалигида атипик қисқич қўйиш.



49-расм. Ҳомила бошчасини қисқич ёрдамида чиқариш жараёни (Груздедан, а, б).



5

50-расм. Перфорация қилиш учун асбоб-аслаҳалар:

1— трепонацион перфоратор, 2— Феноменов хили, 3— найзасимон хили, 4— било хили, 5— храниокласт.



51-расм. Ҳомила чаноғи билан олдин келганда бошчани перфорация қилиш.



52-расм. Бошчани перфорация қилиш. Перфоратор браншлари кенг қилиб очилган (а, б).



53-расм. Ҳомилани тортиб чиқариш жараёни:
а — Браун илмоғи, б — илмоқни ҳомила бўйнига ўрнатиш.

54-расм. Ҳомила бошчаси ажратилгач, танасини тортиб олиш.

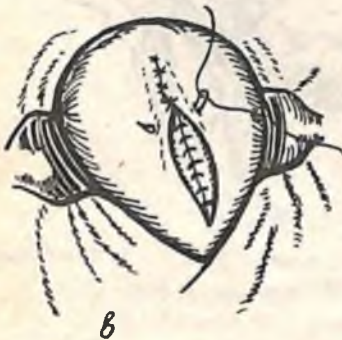


55-расм. Эвсцерация: 1— кўкрак қафасини очиш, 2— қорин бўшлиғини очиш.

56-расм. Спондилотомия.



57-расм. Қирқилган қов-бачадон бур-
масини пастга тушириш жараёни (а,
б, в, г).





a



b



в



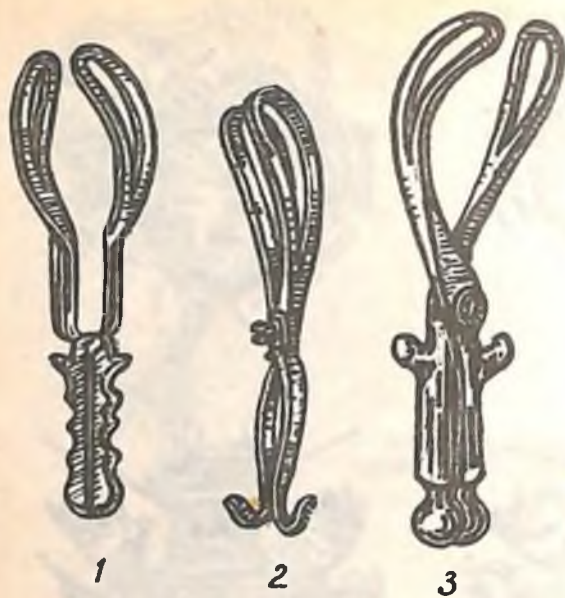
г

58-расм. Бачадонни
экстирпация қилиш
(а, б, в, г).



59-расм. Қов-бачадонда
бажариладиган муолажа.

60-расм. Симпсон-
Феноменов ва Негель-Карнигларнинг
акушерлик қисқич-
лари (1, 2, 3).



61-расм. Тотал
экстирпация.

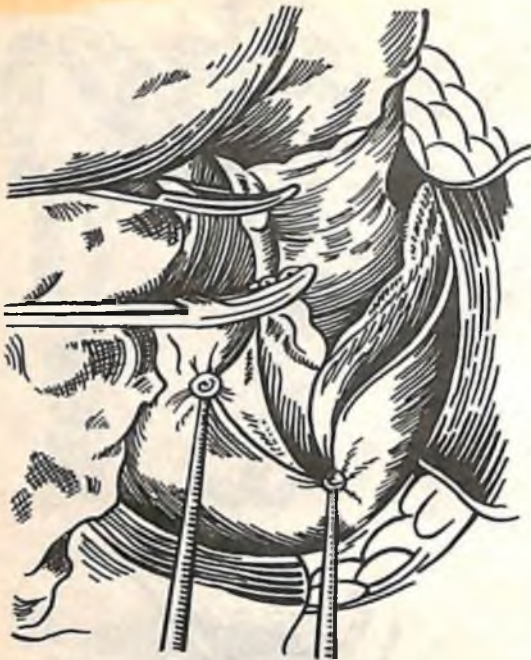


62-расм. Ампутация
(кесиб ташлаш) опера-
цияси.



63-расм. Найчаларни
Кохер усулида қирқиш.

64-расм. Ампутация.
Қин юқорисидан бача-
донни кесиб ташлаш.



65-расм. Кесарча кесиш
усули:

а — қин орқали кесарча кесиш
(бачадон девори тикилади), б
— қин девори ана шундай ти-
килади.



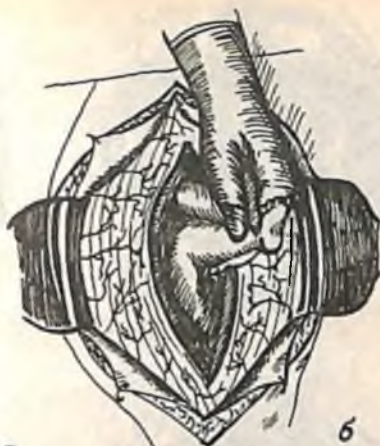
а



б



a



б

66-расм. Бачадонни кесарча кесиш операцияси:

a — юқори сегментдан кесиш, б — ҳомилини оёвддан тортиб тундириш.

67-расм. Бачадонни пастки сегментда кесарча кесиш. Қорин пардасининг қовуқдан бачадонга ўтадиган бурмаси кундалангига кесилиб, қовуқ ажратиб қўйилган.



1



2

68-расм. Кесарча кесиш операцияси:

1— Браун усулида кесилг ва иккинчи қаватли чок қўйилг, 2— бачадон иккинчи қават қилиб тикилган, қорин пардаси ёрдамида перитонизация қилинган.



а

б

69-расм. Кесарча қесиш операцияси:

а — мускул қаватини чоқлаши ва икки қаватли чоқ, б — бачадон деворига икки қават чоқ қўйилган ва перитонизацияни қовуқ-бачадон бурмаси билан беркитилган.



70-расм. Қирқилган қов-бачадон бурмасини пастга тушириш жараёни.



а



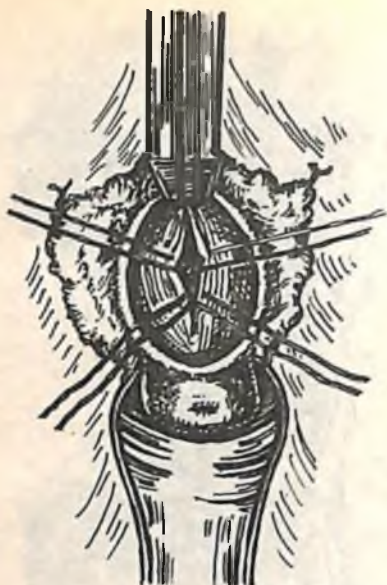
б

71-расм. Қин орқали кесарча кесиш операцияси:

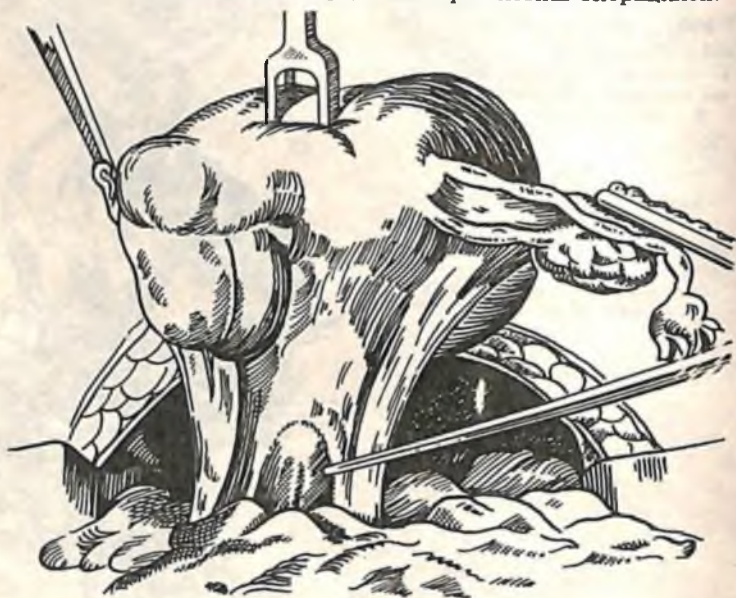
- а — бачадон бўғини қин девори бирик хан чегарасида яримой шаклида кесиш,
- б — бачадон бўғини тик кесилган.



72-расм. Бачадонни экстирпация қилиш.



73-рaсм. Қин орқали кесарча кесиш операцияси.

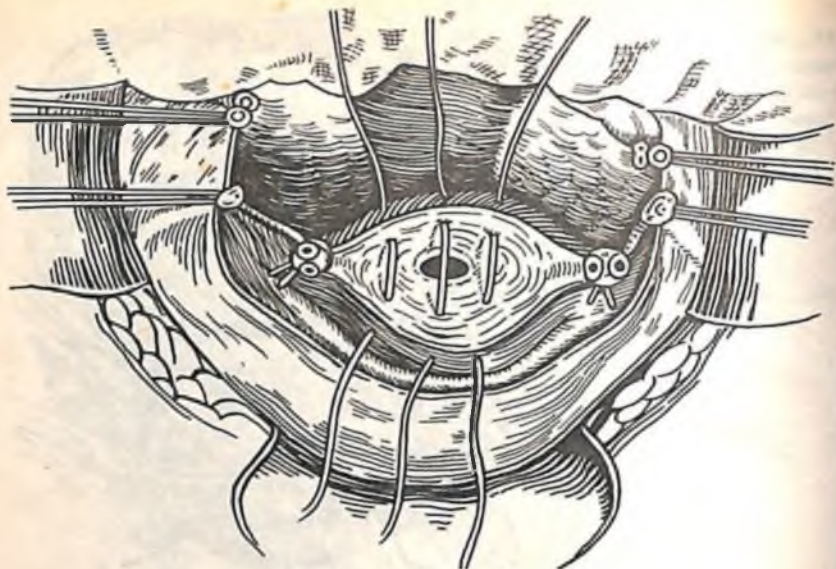


74-рaсм. Тотал экстирпация.

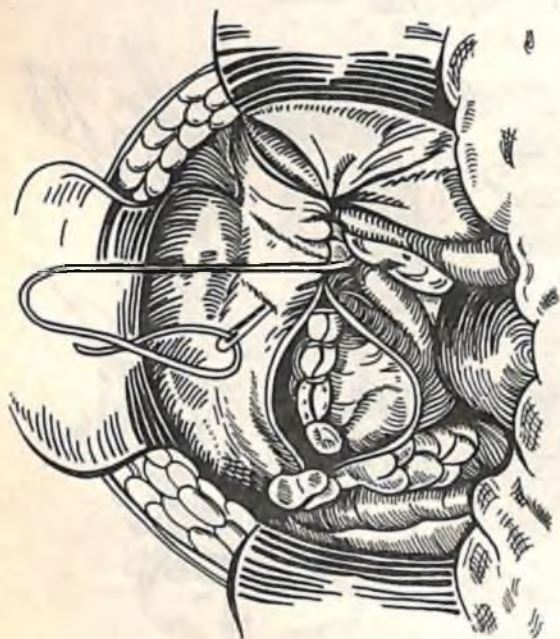
75-рasm. Қов-ба-
чадон бурмасини
пинцет билан ку-
тариб туриб, қай-
чи билан қир-
қиш.



76-рasm. Уқси-
мон қисқич би-
лан бачадон буй-
нидаги қон то-
мирни юқори
қисмидан кесиш
операцияси.



77-рasm. Бачадон
қолдиғи.



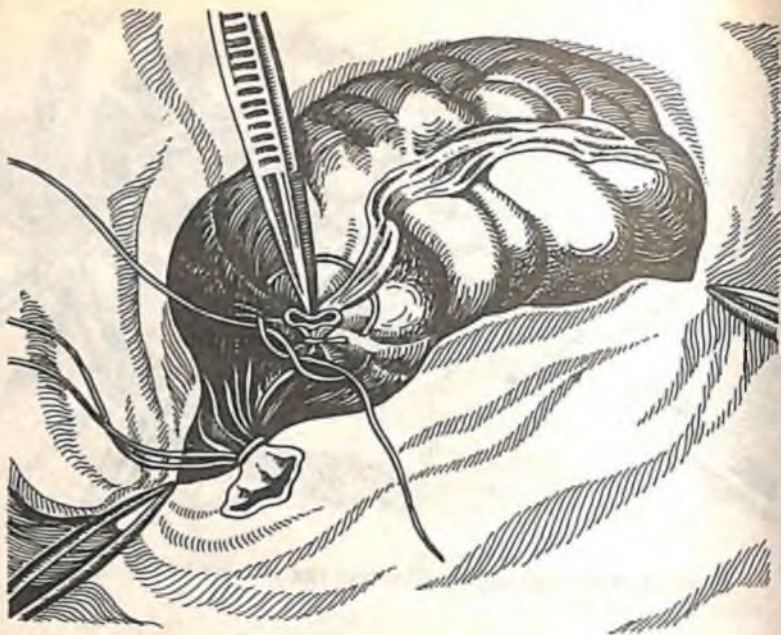
78-рasm. Бачадонни
қиндан юқорироқда
ампутация қилиш
(хесиб ташлаш).



79-расм. Аппендектомия. Давомли (жисет) чок билан тикиш.



80-расм. Аппендектомия. Куричак чарвисини боғлаш.



81-расм. Апендектомия. Апендикс қолдигини кисет билан тикиш.



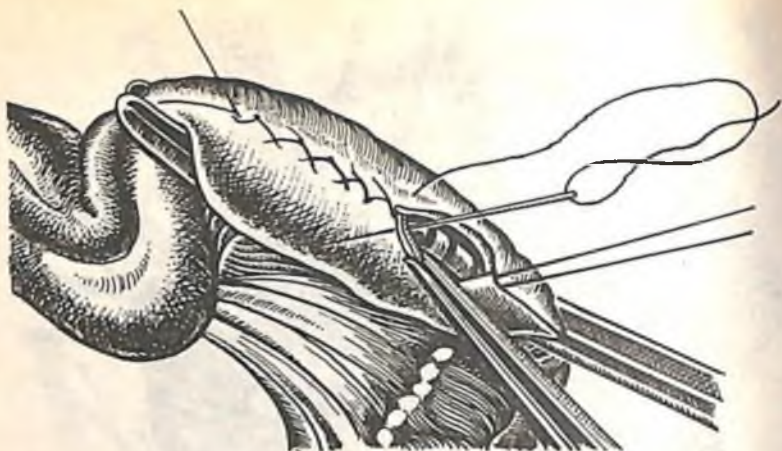
82-расм. Ёвлама анастомоз. Олдинги серо-сероз чок тамомланган, ип учлари қирқилган.



83-расм. Бармоқлар билан силаб, ичак ичидагиси ана шундай бушатилади.



84-расм. Бачадоннинг ағдарилиши.



85-расм. Ёнлама анастомоз. Анастомоз орқа чеккасининг барча қаватини қамраб тикиш.



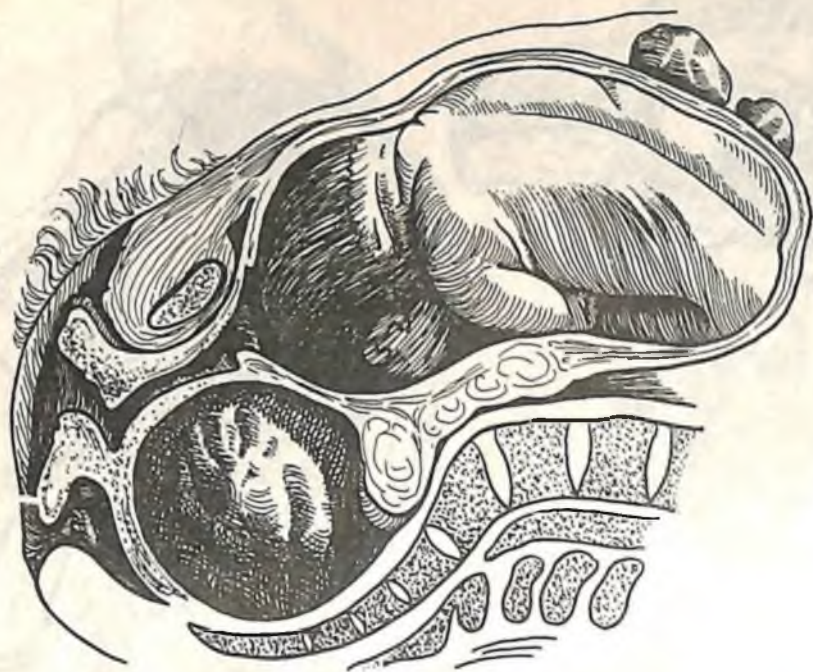
86-расм. Ингичка ичакни қирқишдан олдин чарвисини боғлаш жараёни.



87-расм. Бачадон миомаси.



88-расм. Кистома ва ҳомиладорлик.



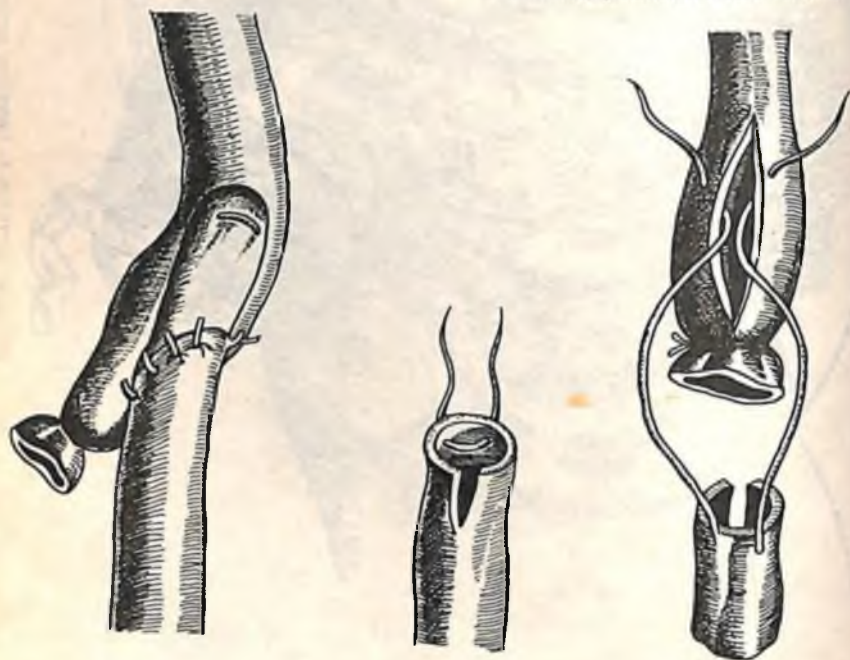
89-расм. Ҳомиладорлик ва миома.



90-расм. Бачадон ва қиннинг ағдарилиб чиқиши.



91-расм. Аппендикснинг
ҳомилдорликлаги жойлашуви.



92-расм. Uretero-ureteroestomia an — Моок усулида бажарилган.

Атония ва гипотония натижасида қон кетиш сабаблари:

1. Кўп ҳомилали ва кўп сувли ҳомиладорликда бачадон мускуллари чузилиб, юпқалашиб кетади. Шунга кўра у туғруқдан кейин яхши қисқара олмайди.

2. Агар туғруқ жараёни узоқ давом этган ва оғир кечган бўлса, туғруқ дарди бирламчи ёки иккиламчи ривожланса туғруқдан кейин шу ҳолат давом этиши натижасида қон кетади.

3. Бачадон мускулларининг яхши қисқармаслиги ёки бачадон бўйни тешигининг торайиб қолиши (спазми) натижасида бачадондан қон кетиб у қуйилиб қолади. Қон кетган сари бачадон тўла бошлайди ва катталашиб кетади. Натижада у қисқариш хусусиятини йўқотади. Бунда қон қин орқали камроқ келиб, кўп қисми бачадонда тўпланиб қолади. Аёл борган сари қонсизлана боради.

4. Туғруқ тез ўтганда (қисқич қўйиш, кесарча кесиш, краниотомия ва бошқалар) ҳам бачадон мускуллари тез фурсатда ўз тонусини тиклай олмайди, натижада қон кетади.

5. Бирор ўсма туфайли (миома) бачадон яхши қисқара олмайди.

6. Яллиғланиш жараёни (метрит, эндометрит) бўлганда ҳам бачадон мускулларининг гипотония ёки атонияси кузатилади.

7. Плацента пастга жойлашади.

8. Плацента бачадон бўйнида жойлашганда ҳам шу соҳа қисқармай қон кетади.

Бачадон ичида қон тўпланиб қолганда (унинг гипотониясида) Креде усули бўйича сиқиб чиқариш зарур. Агар бу ҳам натижа бермаса, қўл билан олиб ташлаб, бачадон тонусини ошириш лозим бўлади.

Бачадон бўйни сиқилиб, бачадонда қон тўпланган бўлса, бачадон бўйнини кенгайтириш омилларидан фойдаланган ҳолда (агар препаратлар ёрдам бермаса) бармоқлар ёки корнцанг билан кенгайтириб қон чиқарилади ва бунда ҳам бачадон тонусини ошириш керак бўлади.

Гипотонияда эса даволаш усули бир неча босқичли бўлади.

Гипотонияда эса даволаш усули бир неча босқичли бўлади.

1. Дастлаб қовуқ бўшатилди, қорин деворига совуқ қўйилди.

2. Бачадон танаси ўнгга ва четга сурилган бўлса, у ўрта чизиққа келтирилиб, қорин девори орқали массаж қилинади.

3. Агар бу ҳам ёрдам бермаса ҳам ташқаридан, ҳам ичкаридан массаж қилинади (Хробок усули).

Бунинг учун бачадондаги қўлни муштум қилган ҳолда (гўё бачадонни қўлга кийгизилади) тутиб, иккинчи—ташқаридаги қўл билан бачадон туби массаж қилинади. Массаж эҳтиёткорлик билан қилинади. Акс ҳолда бачадон тўқимасини жароҳатлаб қўйиш мумкин.

Давомли массаж ҳам бачадон тонусини ошириш ўрнига янада пасайтириб қўяди. Шунинг учун 3—4 минут массаж қилиб, 10—15 минут дам берилди, бачадон тонусини оширишга эришилади.

4. Баъзи мутахассислар сочиқни думалоқлаб, бачадон туби юқорисига жойлаштириб, устидан битт билан боғлашни; баъзилари эса аортани бармоқ билан қисшни тавсия этадилар.

5. Аортани муштум билан бошиш. Бунинг учун врач қўлини мушт қилган ҳолда аортани чаноққа яқин жойдан, умуртқанинг чап томонидан (аорта умуртқанинг чап томонида жойлашган) босади. Иккинчи қўли биринчи қўлига ёрдам бериши ҳам мумкин. Бунда биринчи қўлни билагидан ушлаб босади. Босганда аорта йўналишини аниқ тасаввур қила билиш керак. Бундан ташқари, аортанинг муштумдан юқори қисмида томир уриши аниқ билиниб, пастки қисмида томир урмайди. Бу аорта тўғри босилганидан далолат беради. Аорта бел умуртқасининг чап томони бўйлаб пастга йўналиб. *a. iliaca communis* (*interna* ва *a. iliaca externa* бўлиниб, сўнгга *a. hepogastica* га ажралади ва *a. hepogastica* дан *ar. uterina* чиқади. Бу бачадонни таъминлайди. Аортани босганда бачадонга қон кам келиб, у қонсизланади. Натижада бачадон қисқариши ва қон кам келиши натижа-сида қон кетиши тўхтайд.

6. Бачадон ичини тампонлаш усулидан ҳозир деярли фойдаланилмайди, чунки бачадон бўшлиғи зич тампонланмаса, қон кетиши давом этаверади. Бундан ташқари, бачадонга инфекция тушиб унинг ривожланиши-

га шаронт туғилади. Шунга кура бу усулни қўллаганда асептика қондаларига қатъий рноя қилиш лозим.

Тампон учун узунлиги 15—20 метр, кенлиги 10—12 см бўлган, автоклавда стерилланган дока ишлатилади. Бундан ташқари, қин кузгуси, 2 та Мюзо қисқичи, узун пинцет ёки корнцанг керак бўлади.

7. Баъзилар тампонни антибиотиклар аралашган илиқ ош тузи эритмаси ёки риванол, фурациллин, кальций хлор эритмасига ҳўллаб бачадонга киритишни тавсия этадилар. Бунинг учун сийдик қоли бўшатишгандан кейин қинга қин ойналари киритилади, пулевой қисқич билан бачадон бўйнининг юқори ва пастки қисми сиқилиб аста пастга тортилади.

Қисқични ёрдамчига бериб, врач чап қўли билан бачадон тубини ушлайди, унғ қўлига узун пинцет ёки абортцангга қисилган бинтни ушлаб бачадонга киритилади. Тампон жуда зич тиқилиши зарур, акс ҳолда бачадон қисқармай, қон кетаверади.

Тампон яхши жойлашганига қаноат ҳосил қилинса, уни 12 соатга қолдириш мумкин. Лекин шу вақт давомида аёлнинг қон босими, пульси, бачадонининг ҳолати ва умумий аҳволини кузатиб туриш керак.

8. Бачадонни икки қўл билан қисиш. Бунинг учун қўл муштум қилинган ҳолда қиннинг олдинги гумбазига жойлаштирилади. Ташқаридаги бошқа қўл билан бачадон танасини қисган ҳолда қиннинг олдинги гумбазига жойлаштирилади. Ташқаридаги бошқа қўл билан бачадон танасини қисган ҳолда ичкаридаги қўл томон босилади.

9. Г. Г. Гентер усули.

Сийдик қопини бўшатгандан кейин аёлни Тренделенбург ҳолатида ётқизилиб (боши пастда бўлади), бачадоннинг пастки сегментини қаттиқ сиққан ҳолда бачадон юқорига кўтарилади. Шу билан бир вақтда бачадон орқа умуртқага босилади. Шу ҳолатда бачадонни 5—15 минут тутиб туриш керак бўлади. Бунда қон томирлар сиқилиб, қон тўхташига ёрдам беради.

10. Пискачек усули — чап қўлнинг бош ва курсаткич бармоқлари билан бачадоннинг пастки сегменти қорин девори орқали қовуқ устида қисиб ушланади (бачадоннинг қон томирлар соҳаси), қўл билан ушнинг танаси ва туби массаж қилинади.

11. Квантал усули — 7—8 дона учли қисқич билан

бачадон буйинни қисиб олиб (олдинги ва орқа лаби биргаликда) буйин канали бекитилади.

12. Арендт усули — бачадон буйиннинг олдинги ва орқа лаби пулевой қисқич билан ушлаб олинади ва тортиб жинсий йирикқача келтирилади. Вақти-вақти билан шу тарзда бачадон буйни тортиб турилади. Унинг фикрича, қиннинг орқа гумбазига жойлашган нерв тугунлари қитиқланиши натижасида бачадон қисқаради ва қон тўхтайдди.

13. Бакшеев усули — бир нечта абортцанг бачадоннинг ён сатҳига қўйилади (ҳар бир томонига 3—4 та абортцанг) қисқичнинг битта шохи бачадоннинг ички сатҳидан ёнига қўшилади, иккинчиси қиннинг ён гумбазига қўйилади. Кейин бачадонни сиққан ҳолда пастга тортилади. Бачадоннинг ён томони сиқилиши уни рефлектор равишда қисқаришига сабаб бўлади.

14. Агар юқорида келтирилган усуллар ёрдам бермаса, бачадон артериясини қисиб қонни тўхтатиш мумкин.

15. Генкел буйинча бачадон артериясини қисиб.

Бунинг учун сийдик қоғи бўшатилади. Пулевой қисқич ёрдамида бачадон буйни пастга сурилади (қин кўзгуси орқали назорат қилиб турган ҳолда), қисқичлар вульвадан орқа ва ёнга сурилади. Кейин қин орқали бачадон ёни буйинча йўналтирган ҳолда 2 та қисқич (Мюзо қисқичи) қўйилади. Қисқичлар қаттиқ босмаслиги учун унинг учига резина кийгизилади.

И. Е. Тиканадзе — Мюзо қисқичи ўрнига ичак қисқичлари қўйишни тавсия этади. Генкел қисқичи 12—24 соатга қўйилади. К. Н. Жмакин уни 3—4 соатдан ортиққа қўйиш ярамайди, дейди.

З. А. Чиладзе бачадонга электр қисқартиргич билан таъсир қилишни тавсия этади. Электр кучи 2000—4000 вольт, 0,01 секунд давомида қўйилади. Бу бачадонни қисқартириб, қон кетиши тўхташига имкон беради. Бу усулдан бошқа усуллар ёрдам бермаган ҳолларда фойдаланилади.

М. М. Медведева ва бошқалар бачадон тонусини ошириш учун токдан фойдаланишни тавсия этадилар. Улар фарадик токидан фойдаланганлар.

Бунинг учун универсал таъминотга эга бўлган, алмашиниб турадиган 127—220 вольтли токка ва чўнтак фонари батареясига уланган аппарат ишлатилади. Бун-

да 15—20 минут давомида бачадон қисқариб, қон тўхтайди.

В. А. Лосицкая бачадон бўйинини кўндаланг қилиб тикишни тавсия этади.

Бунинг учун сийдик қони бушатилади. Бачадондан қон қуйқумлари олиб ташлангандан кейин бачадон бўйини қин ойналари ёрдамида текширилади ва унинг орқа лабига 2 та пулевой қисқич қўйилади. У қов томонга қисқич ёрдамида йўналтирилади. Бачадон бўйини каналига чап қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқлари киритилади. Қин шиллиқ пардаси билан бачадон бўйинининг орқа девори бачадон бўйини ичидаги бармоқлар ёрдамида йўғон кетгут билан шу дўмбаийиб чиққан сатҳ бўйича кўндаланг чок билан тикилади.

Нина чап томондан (қин томонидан) суқилиб бачадон бўйини канали томонга йўналтирилади (у бўйини каналининг олдинги девори бўйлаб бармоқлар ёрдамида каналга киргизилади) ва қиннинг ўн томонидан чиқазилади. Чок сийрак бўлиши керак, акс ҳолда юмшоқ тўқимага қон келиши суестлашади ёки келмай некрозга учраши мумкин. Нина суқилган жой билан у чиқазилган жой оралиғи 4—4,5 см бўлиши керак.

Ипни сиқмасдан бойлаш керак. Одатда шундан кейин бачадон қисқаради. Бунга сабаб бачадонни тикиш ва ипни бойлаш вақтида пайдо бўлган рефлектор таъсирдир.

Д. Р. Шнцшвили ва М. С. Цирульниковлар бачадонни таъминлайдиган асосий қон томирларни боғлашни тавсия этадилар. Бу усулнинг яхши томони шуки, бунда аёлнинг аъзоси бутунлигича қолади. Бачадонни ампутация қилиш аёл руҳига таъсир қилади, бунда у ҳайз кўрмайди ва бепушт бўлиб қолади.

БАЧАДОН ИЧИНИ ҚўЛ БИЛАН ТЕКШИРИБ ЧИҚИШ

Бу хилдаги операция туғруқнинг учинчи даври тугагандан кейин бажарилади. Бунинг учун асосий кўрсаткичлар:

1. Туғилган йўлдошнинг бутунлиги текширилади. Агар унинг бутун эмаслигига ишонч ҳосил қилинса, яъни плацентанинг кичкина бўлакчаси ёки қўшимча бўлаги борлиги аниқланса, қоғаноқ пардасининг $\frac{1}{3}$ қисми бачадон ичида қолган бўлса.

2. Бачадоннинг бутунлигига шубҳа бўлса, ҳомилани емириш, ҳомилани айлантириш операциясидан кейин, қисқич қўйгандан сўнг ва ҳоказо.

3. Аёлда туғруқдан кейин қон кетаётган бўлсаю, бошқа омиллар ёрдам бермаса. Бунда бачадон ичинн қўл билан текшириб, кейин бачадон ичидаги қўлни муштум қилган ҳолда ташқи қўл билан массаж қилинади. Бу билан бачадон девори қисқариши кучайишига эришилади. Натижада қон кетиши камаяди ёки бутунлай тўхтайд.

4. Баъзи ҳолларда бачадон бўйнининг ички тешиги бирмунча тиришиб қолади. Шунга кўра бачадондан ажралаётган қон унинг ичига йиғила боради. Ташқарига деярли қон оқмайди, аёл қонсизланади, қон билан тўлган бачадон катталашиб, юқорига кўтарилэди. Бундай ҳолларда бачадон бўйнини бир оз кенгайтириб, қон ва унинг қуйқалари ажралишини таъминлаш мумкин. Агар бунда ҳам мақсадга эришилмаса, унда бачадонга қўлни киргизиб улар ёрдамида қон ва қон қуйқалари олиб чиқилади.

Баъзан бачадон деворидан ажралган плацента унинг бўйни ичи тешиги соҳасида қисилиб қолиб, қон бачадон ичига йиғилади. Ниҳоят, қон билан тўлади ва аёл қонсизланади. Бунда бачадон бўйни очилишини таъминловчи препаратлар ишлатилади. Кейин бачадонга қўл билан кириб плацента олиб чиқилади ва плацента ёпишган соҳа текширилади. Врач шуни унутмаслиги керакки, агар аёл қонсизланган бўлса, албатта йўқолган қон ўрнини тиклаш ва сақлаб туриш учун унга қон ва қон ўринини босадиган препаратлар юборилади. Врач бачадон деворини текширганда ташқаридаги қўли билан қорин девори орқали бачадон тубини ушлаб туриб ичкаридаги қўли билан маълум режа асосида унинг ҳамма сатҳини текшириб чиқиши зарур.

Бачадоннинг тозалиги ва бутунлигига қаноат ҳосил қилингандан кейин 3 та дока тампонча олиб, уни йодланат ёки 5% ли йод эритмасига хўллаб бачадон ичига суртиб чиқилади. Кейин тампончаларни олиб саналади.

БАЧАДОН БУШЛИГИНИ ЗОНД ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ

Зонд билан текшириш осон операциялар қаторига кирсада, бачадон бўйни инфекцияланган бўлса буни

бажаришдан олдин асептика, антисептика шаронтига риюя қилиш, бачадон ҳолатини аниқлаш зарур бўлади. Зонд билан текшириш биринчидан ташхис қўйиш учун ишончли усул ҳисобланса, иккинчидан бачадонни қиришдан олдин бачадон бўшлиғининг чуқурлигини аниқлашга имкон беради. Зонд билан текширишдан олдин ташқи жинсий аъзолар ювилади, қин чайилади, унга спирт ва йод суртилади. Ташқи жинсий аъзолардаги жунни олиб ташлаш керак.

Зонд билан текширишда аёл гинекологик столга ётқизилади. Қинни қин ойналари ёрдамида очилиб, бачадон бўйинининг олдинги лаби пулевой қисқич билан қисилади, сўнгра қиннинг олдинги деворига қўйилган ойна олинади. Орқа деворига қўйилган ойнани ёрдамчи бир оз пастга тортган ҳолда ушлаб туради. Зонд кўрсаткич ва ўрта бармоқлар билан ушланади ва бачадон бўйинга киритилади. Баъзан зондни бачадон бўйни каналининг ички тешигига киритишда қийинчилик туғилади. Бу жуда эҳтиёткорликни талаб қилади. Қиннинг орқа деворини пулевой қисқич ёрдамида пастга тортилганда агар чандиқлар бўлмаса, бачадоннинг туриш ҳолатини ўзгартириш осон бўлади.

Зондни бачадонга киритишда унинг эгилган қисмини бачадоннинг ҳолатига қараб киритиш керак. Агар бачадон олдинга букилган ҳолатда бўлса, зонднинг эгилган сатҳи олдинга, орқага қараган бўлса, уни орқага қаратган ҳолда бачадон ичига киритилади. Акс ҳолда бачадонни тешиб қўйиш мумкин.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИН БАЧАДОННИ ҚИРИШ ОПЕРАЦИЯСИ

(Abrasio cavi uteri post) partum

Бачадон ичинин қириш учун кўрсаткичлар:

1. Эрта чилла даврида бачадон ичиди йўлдош булакларни қолган бўлса.
2. Плацента қўл билан олинган бўлса.
3. Абортдан кейин қон кета бошласа.

Бачадонни қириш учун ишлатиладиган асбоблар: қин кўзгуси ва кутарма пишсет, пулевой қисқич, бачадон зонди, қирғич ва боғлов материаллари. Бу хилдаги операцияларда Гегар кенгайтиргичи ишлатилмайди. Чунки бунда бачадон бўйни ҳали тула бекилмаган бў-

ладн. Қириш учун ишлатиладиган қисқичлар ўткир бўлмаслиги керак. Бу операция анча хатарли бўлиб, албатта мутахассис врач томонидан бажарилиши керак. Баъзан врачлар бир қатор хатоларга йўл қўядиларки, бунда бачадон, унинг шиллиқ қаватининг базал қисми ҳам қирилиб кетади. Бунда аёл умуман ҳайз кўрмайдиган ва бепушт бўлиб қолади. Бундан ташқари, бачадонни қириш вақтида мускул қавати жароҳатланиб, ҳатто у тешилиб қолади. Агар бу ўз вақтида аниқланмаса, аёлда оғир септик ҳолат вужудга келади ёки операциядан кейин қон кетади. Бачадонни қирганда маълум режа бўйича унинг ҳамма девори, айниқса плацента жойлашган сатҳ синчиклаб текшириб чиқирилиши керак. Қириб бўлгандан кейин унга йод ёки йоданатга ҳўлланиган дока тампон кохер қисқичи ёрдамида киритилади ва бачадон ичига суртилади.

ҲОМИЛА ҚОЛДИҒИНИ АСБОБЛАР ЁРДАМИДА ОЛИБ ТАШЛАШ

Бу хилдаги операция ҳомиладорлик 12 ҳафталигида тўхтатилганда ёки бола тушгандан кейин бажарилади. Бундан ташқари, катта муддатларда ҳам операциядан кейин шу усулдан фойдаланилади. Операцияга худди абортга тайёрланган каби тайёрланилади. Оғриқсизлангирш асосан жойли усулда олиб борилади.

Асосан сунъий абортда ишлатиладиган асбоблардан фойдаланилади. Қовуқ бўшатилади. Одатда бунда бачадон бўйинини кенгайтиришга эҳтиёж бўлмайди. Чунки бўйини бир оз очиқ бўлса қирғич киргизиш осон бўлади. Ташқи жинсий аъзолар, қин ва бачадон бўйини дезинфекция қилингандан кейин бачадон бўйинининг олдинги лаби пулевой қисқич билан қисиб олинади. Бачадоннинг чуқурлиги ва бачадоннинг ҳолати зонд ёрдамида аниқлангандан кейин қирғични киргизиб маълум режа бўйича бачадон девори текшириб чиқирилади ва ҳомила тухуми қолдиғи аста қириб чиқарилади.

Бачадонни қирганда ташқи қўл кафти ёрдамида бачадон ушлаб турилади, қириб бўлгач унинг қисқаришини таъминлаш учун массаж қилинади. Сўнгра қуруқ ва йодли тампон билан бачадон ичи артиб олинади. Бунда ҳам учрайдиган мураккабланишлар худди абортдаги каби бўлиши мумкин.

БАЧАДОН ШИШЛАРИДА ҚОН КЕТИШИ

Бачадон раки ҳомиладорликда инфилтратив равишда ўсади ва лимфа безларига тарқалиб (метастаз), бачадон буйни ва қин тўқималарини емиради. Бачадон буйни ракида дастлаб қиндан сувга ўхшаш оқсил ва қон аралаш ажралма келиб туради.

Одатда ҳомиладорликнинг охириги ойларида аёллар қин орқали текширилмайди.

Қиндан қон келса, плацента олдин келган деб гумон қилинади. Ўз вақтида ташхис қўйиш учун қандай қон келишини ва ҳомиладорликнинг муддатига қарамай, қин кўзгулари ёрдамида бачадон буйнини текшириш керак. Шунда рак, полип ва эрозияларни ўз вақтида аниқлаб, даволаш мумкин бўлади. Бордию рак ёки хорионэпителиома аниқланса, тезда ҳомилани кесарча кесиш йўли билан олиб ташлаш, ўз вақтида радикал операция қилиш зарур.

Чилла даврида бачадондан қон кетишига мнома сабабчи бўлиши мумкин. Мнома хавфсиз ўсма ҳисобланади. Асосан мускул ва бириктирувчи тўқимадан ўсиб чиқади. Хавфсиз дейишимизга сабаб у метастаз бермайди, аммо чилла даврида анча кўнгилсиз воқеаларга сабаб бўлади. Одатда мнома тугун-тугун бўлиб жойлашади. Агар мнома тугунлари бачадон сероз пардаси остида пайдо бўлса ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврида асорат қолдирмайди.

Мнома тугунлари мускул қавти қалинлигига жойлашиб, бачадон бўшлиғи томонига ўсган бўлса, бунда бачадон вақтидан илгари қисқариб, плацентанинг бачадон деворидан кўчиши натижасида ҳомиладорлик ёки туғруқ даврида қон кетади.

Агар мнома тугунлари кўп бўлсада ҳомила тухуми шу тугунлар орасида жойлашса, унинг сўнгги ривожланиш даврида мавжуд мнома тугунлари оралиғи торлик қилиб ҳомила тухуми, хусусан плацента бачадон деворига яхши ёпиша олмайди. Натижада у ўрнидан қисман ёки бутунлай кўчиб, қон кетади.

Мномани аниқлаш унча қийин эмас.

Қон кам кетиб, аёлнинг умумий аҳволи ўзгармаган бўлса, бачадон қисқаришини тўхтатувчи дорилар (прогестерон, тропацин)дан укол қилинади. Бемор ўрнида ётиши шарт. Қон кўп кетганда тезда кесарча кесиш

операциясини қўллаш, сўнгра бачадонни ампутация қилиш керак. Аёл ўзи тугса, унда консерватив усуллар билан қон тўхтатилади. Кучли тонатрон (бачадонни қисқартирувчи) дорилардан фойдаланилганда мнома тугунлари некрозга учраб, кўнгилсиз ҳодиса (сепсис ва бошқалар)га сабаб бўлиши мумкин. Агар шунда ҳам қон тўхтамаса, бачадонни олиб ташлаш ёки ампутация қилиш керак бўлади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, ҳомиладорликда, туғруқда, чилла даврида бачадондан қон кетиши одатда бирданга бошланади. Шунга кўра у шошилич ёрдам кўрсатишни талаб қилади. Шу сабабли ҳам ҳар бир туғруқхонада албатта қон, қон ўрнини босувчи суюқликлар, оқсил препаратлари бўлиши зарур. Бундан ташқари, туғруқхонанинг махсус донорлари бўлиши керак.

ҚОН КЕТГАНДА ИЧКИ ЕНБОШ ВА БАЧАДОН АРТЕРИЯЛАРИНИ БОҒЛАШ

Қорин девори очилгандан кейин думгаза думбоғи пайпаслаб тонилади. Шу соҳада *art. iliaca communis* нинг шохланганлигини кўз билан кўриб пайпаслаб аниқланади. Ички сийдик йўлини қорин девори пардаси ости бўйича йўналган киндик артерияси орқали аниқланади.

7—8 см узунликда тик кесиш йўли билан қорин пардасининг париетал орқа варағи артерия шохлари қўшилган жойдан қорин пардаси бурмасига параллел ҳолда кесилади. Шу ерда ички сийдик чиқариш йўли жойлашган бўлиб, бу *a. iliaca interna* ни аниқлашда енгиллик туғдиради.

Сийдик йўли атрофидаги юмшоқ тўқимага зарар етказмаган ҳолда қорин пардасининг қирқилган ўрта чети сийдик йўли билан четга сурилади. Бунда сийдик йўлининг юмшоқ тўқимага ўтадиган қон томири очилиб қолади.

Art. iliaca interna — нинг фасциал қинни 2—3 см узунликда *a. iliaca communis* бифуркацияси, киндик артерияси бошланиш жойида 2—3 см узунликда қирқилади. Киндик артериясининг йўналиши *art. iliaca interna* учун мўлжал ҳисобланади. Унинг пастиди ва бир оз ўртароғида *a. uterina* жойлашган. *a. iliaca interna* ва *a. uterina* лар қиннинг фасциал чегарасидан бошланади.

Ип-ли вина (Дишамба винаси) парабазал томирлар

атрофидаги юмшоқ туқима орқали *art.iliaca interna* остига киндик артерияси юқорисидан киргизилади.

Агар *a.uterina* киндик артериясидан чиққан бўлса, унда шу киндик артериясини ҳам боғлаш керак.

Маълумки, бачадон ҳомиладорликда қон томирларга бой бўлгани сабабли баъзан *art.iliaca interna* ва *a.uterina* ни бойлаш ёрдам бермаслиги мумкин. Бунда бачадонни қушимчасиз олиб ташланади.

Қонни тўхтатиш усулларидан яна бири бачадонга келадиган қон томирларни бойлаш бўлиб, бунда ҳам қорин девори очилиб, қўл ёрдамида артериялар пульсацияси топилади.

Думалоқ катта нинага ипак ёки лавсан ип утказилиб, бачадон ёниндан унинг кенг бойламига бачадон артериясини бачадонга тушиш жойидан нина қадалади ва иплар боғланади. Иккинчи томонда ҳам худди шундай қилинади.

Тухумдон артерияси унинг махсус бойлами асосидан (бачадонга бириккан жойидан) боғланади. Бачадон найчаларига тегилмайди. Иккинчи томон ҳам худди шундай бойланади. Шунда ҳам қон тўхтамаса, унда бачадоннинг думалоқ бойлами бачадонга бириккан жойидан боғланади. Бу операция узоғи билан 10—15 минут давом этади. Бачадон шунда ҳам қисқармаса, унда ампутация ёки экстирпация қилинади.

Қон томирлар боғлангандан кейин бачадон кўкимтир, кул ранг, қаттиқ бўлиб қолса, демак бачадон яхши қисқарган ҳисобланади ва қон кетмайди.

Баъзан бачадонни таъминлайдиган қон томирлар бойланса, бачадон туқимаси қонсизланиб (агар аёлда кесарча кесиш операцияси қилинган бўлса), шу соҳа атрофидаги туқималар некрозланади.

Бу операцияни (қон томирларни бойлаш) аёлнинг терминал ҳолатида қилинса, фойдаси бўлмайди.

ХV БОБ

ШОҚ ВА КОЛЛАПС

Травматик шокнинг клиник кечиши биринчи марта Н. И. Пирогов томонидан таърифлаб берилган. XX асрда Г. В. Алпов, Н. Н. Бурденко, Э. А. Асратян ва бошқалар шокнинг этиологияси ва патогенези ҳақида фикр-

ларни мукаммал айиб ўтганлар. Бу ҳақда 3 хил назария мавжуд.

1. Токсик назария.
2. Плазма ва қон йўқотиш.
3. Нейроген назариялар.

Токсик назарияда жароҳатланган жойда тўқималарнинг парчаланиши, бузилиши натижасида токсик моддалар ажралиб чиқиши, уларнинг қонга тушиб шок пайдо қилиши ҳақида фикр билдирилади. Бу моддалар ўз хусусиятига кўра гистаминга ўхшаш бўлади ва қон босимини пасайтиради. Натижада шокнинг клиник манзараси намоён бўлади. Бу назарияни қўлчиллик мутахассислар тан олмайдилар.

Плазма ва қон йўқотиш натижасида пайдо бўладиган шок қон томирларда айланаётган қон миқдори камайиши туфайли рўй беради.

Баъзи мутахассислар шок пайдо бўлиши фақат плазма ва қон йўқотиш натижасида юзага келмай, рефлектор реакция натижасида қоннинг аъзоларда, мускулларда тупланиб қолиши натижасида пайдо бўлади, деб ҳисоблайдилар.

Ҳозир нейроген назария исбот қилинган. Бу назария шундан иборатки, бунда қитиқловчи омил марказий нерв системасига таъсир кўрсатади. Унда маълум даражада рефлектор қўзғалиш сусаяди (парабиоз ҳолат). Шокда асосан организмнинг вегетатив фаолияти бузилади. Қон айланиши, нафас олиш, иссиқлиги назорат қилиш ва метабولىк ҳолат издан чиқади. Моддалар алмашишуви бузилгани сабабли айрим аъзо ва системаларда, марказий нерв системасида гипоксия ҳолати кузатилади. Натижада марказий нерв системасининг фаолияти анча издан чиқади. Вегетатив нерв системасининг қўзғалиши эндокрин системаси, биринчи навбатда буйрак усти ва гипофиз бези фаолиятини оширади. Шундай қилиб, шокда бутун аъзо ва системаларда чуқур ўзгаришлар кузатилади.

Ўткир анемия натижасида пайдо бўлган шокни қоллашдан ажрата билиш зарур. Шокнинг патогенезида ҳолдан тойиш, ҳаддан ташқари чарчоқлик сезиш билан биргаликда қон йўқотиш катта ўрни тутади. Баъзи муаллифлар ўз тажрибаларида шунини аниқлаганларки, жароҳатдан қон кетса шок тезроқ, жароҳатсиз қон кетганда эса шок енгилроқ кечар экан. Амалиётда шок

кўпинча коллапс билан биргаликда кечади. Деярли барча ҳолатларда фақат шокнинг ўзи кузатилади.

Акушерлик амалиётида кўпинча кўп қон кетиши билан биргаликда коллапс пайдо бўлиши, бошқа ҳолатларда эса жароҳатдан қон кетиши натижасида шок ҳолати кузатилган. Шок бир қатор патофизиологик кўринишлар билан намоён бўлади. Бунинг асосий белгиларидан бири қон босимининг пасайишидир. Натижада қон босими пасаяди, томирларда оқаётган қон миқдори камаяди, тана ҳарорати пасайиб, ёпишқоқ тер босади. Шокни пайдо қилувчи кучли омилнинг туғридан-туғри нерв системасига таъсири натижасида бирламчи шок рўй беради. Агар шок жароҳат пайдо бўлгандан бир неча соат кейин пайдо бўлса, иккинчи шок деб аталади. Артериал босимнинг пасайишига қараб шок 3 даражага бўлиниди. Биринчи даражада максимал артерия босими 100—90 мм симоб устунига тенг бўлади. Иккинчи даражада 80—70 мм симоб устунига, учинчи даражада эса 70—70 мм симоб устунидан паст бўлади.

Биринчи даражадаги шокда шокка қарши воситалар қўлланилгандан кейин беморнинг аҳволи тезда тикланади. II ва III даражадаги шокда эса даво чораларидан узоқ вақт фойдаланишга туғри келади. Шокнинг III даражасида беморнинг аҳволи анча оғир бўлади. У саволларга жуда секин жавоб беради ёки фақат лабларини қимирлатиб қўяди.

Агар беморнинг артерия босими камая борса, у ҳушидан кетади, нафас олиши ёмонлашади, бир оздан кейин нафас олиш ҳаракати қайтарилади.

Агонал босқичда унинг хусусияти ўзгаради. Кўкрак қафаси билан нафас олиш минимал ҳолатга тушади. Бунда бурун ва оғиз иштирок этади, терминал нафас чиқаришда бош орқага эгилади. Агонияда бош мия пўстлогининг фаолияти тормозланади, кейин аста-секин узунчоқ мияда ҳам шу ҳолат кузатилади. Беморда клиник ўлим кузатилганда нафас олиш ва юрак фаолияти тўхтайдди. Бунда 5—6 минут давомда тўқималарда моддалар алмашинуви жараёни суст равишда давом этади. Кейин биологик ўлим ҳолати кузатилади.

Туғруқ жараёнида шок пайдо бўлишига кўп омиллар сабаб бўлиши мумкин. Бу хилдаги омилларга туғруқ жараёнининг узоқ давом этиши, оғриқ туфайли нерв

системасининг ҳаддан ташқари қитиқланиши, туғруқдаги жароҳатлар, қон кетиши сабаб бўлиши мумкин.

Туғруқ шоки одатда мустақил туғруқда, жароҳат, операция бўлмаган ва қон йўқотилмаган ҳолда ҳам учраши мумкин. Баъзи мутахассисларнинг айгишича, ҳомиладор аёл бирданига горизонтал ҳолатда ётганда (орқа мия орқали оғриқсизлантирилганда) ҳам ҳушидан кетиши мумкин. Аммо агар аёл ёнига ётқизилса, тез фурсатда ўзига келади. Бу ҳолатни шок деб ҳисобламаслик керак.

Туғруқ жараёнида ҳомила суви эмболиясида бехосдан шок бўлиши мумкин. В. И. Попов амалий тажриба ўтказиб, шокнинг асосий сабабини ҳомила суви ва мойи эмболияси билан боғлайди. Бундан ташқари, патофизиологик текширишларда ўпканинг майда қон томирларига ҳомила меконийси (ахлати)нинг сув билан биргаликда тиқилиб қолиши ҳоллари кузатилади. Бундай эмболия одатда туғруқ дарди кучли бўлганда пайдо бўлади.

Туғруқ жараёни тугаган заҳоти аёл кўкрак қафаси соҳасида кучли оғриқ сезади, унинг аҳволи оғирлаша боради, нафаси сиқади, лаби кўкаради, совуқ ёпишқоқ тер чиқади, пульси қийинчилик билан пайпасланади, қон босими камайиб кетади. Ҳомила олди суви туфайли рўй берган эмболия кўпроқ қайта туғувчиларда, катта ўлик ҳомилада кузатилади. Бундай ҳолларда ҳомила олди сувида меконий кўп бўлади. Бу хилдаги эмболияни плацентанинг четидаги бўшлиқ йиртилганда ҳам кузатиш мумкин. Шу бўшлиқ орқали ҳомила олди суви қонга тушиши мумкин. Аммо бунда қонга кўп сув тушмайди. У ўпканинг майда қон томирларида тиқилиб қолиши мумкин. Шунга кўра аёлни шок ҳалокати деярли кузатилмайди.

Баъзи муаллифлар (Беллер ва бошқалар) ҳомила олди суви эмболиясида қон томирларда рефлектор ҳуссиятдаги спазма шокка сабаб бўлади десалар, бошқалар уни аллергия билан боғлайдилар. Эмболияни фақат патологоанатомик текшириш йўли билангина аниқлаш мумкин.

М. С. Малиновский, Л. С. Персианиновлар бачадон йиртилгандаги ҳолатни шок деб талқин қилишни туғри деб ҳисоблайдилар. Бунда шок қорин бўшлиғига қон кетиши билан намоён бўлади. Қорин бўшлиғига кам

қон кетганда ҳам оғир шок ҳолати пайдо бўлиши кузатишган. Бачадон бўйни йиртилиши ҳам анча оғир қитқловчи омил бўлиб ҳисобланади. Бачадон бўйни йиртилгандан кейин эзилган туқималарнинг бузилиб тоқсин ажратилиши ҳам шок пайдо бўлишида маълум ўрин тутаяди. Бачадон йиртилганига қанча кўп вақт ўтган бўлса, шок шунча оғир кечаяди. Баъзи ҳолларда, масалан бачадон ағдарилиб чиққанда кузатиладиган шок бачадон йиртилгандагига кўра оғирроқ кечаяди.

Девис, Рид ва бошқалар йўлдошни қўл билан олиб чиқишда ҳам шок кузатилиши мумкин, дейдилар.

Воронез клиникаси акушерлари йўлдошни бачадондан қўл билан олиб чиқишда наркоз бериш шарт эмас, фақат биринчи туғувчиларга ёки бачадон бўйни спазмида наркоз бериш лозим, деб ҳисоблайдилар.

Тиббий кўрсатмалар бўйича қилинган абортда шок кузатилмайди, аммо енгил хушдан кетиш ҳолатини кузатиш мумкин. Агар бир неча соатдан кейин шок рўй берса, бу бачадон тенитилганидан ва қорин бўшлиғига қон кетаётганидан далолат беради.

Баъзи ҳолларда питуитринини венага юбориш жараёнида шок кузатилади. Шунга кўра уни венага томчилаб юбориш афзал ҳисобланади.

Меъёрида жойлашган плацента вақтидан илгари ўрнидан кўчганда ҳам оғир шок ҳолатини кузатиш мумкин. Бунда шокка йўқотилган қон миқдори эмас, балки мускул толалари орасига қўйилган қон (Кювлер бачадони) сабаб бўлади.

Афибриногенемияда қоннинг бирданига қўйилиш хусусиятини йўқотиши натижасида шок пайдо бўлиб, оғир коллапс аёлниг ҳалокати билан натижаланиши мумкин. Ҳомила ўлик бўлганда ва плацента барвақт ўрнидан кўчганда ўткир қон йўқотиш натижасида шок кузатилиши мумкин. Плацента бачадоннинг пастки сегментида жойлашганда қайта-қайта қон кетиши кузатилади. Бу ҳомиладор учун анча хавотирлидир. Йўқотилган қон миқдори қанча бўлишидан қатъи назар, оз ва тез-тез қон йўқотиш бора-бора аёлниг тинкасини қуритади ва коллапс ҳолати рўй беради. Акушер шуни унутмаслиги керакки, ҳар галги қон йўқотиш босқичи аёл учун анча хатарли бўлиб, шок ёки коллапс хавфи кўпроқ бўлади.

Ф. П. Патушинскаянинг кўрсатишича, плацента ба-

чадоннинг пастки сегментига жойлашган 214 та аёлни кузатганда 15,4% аёлда қон босимининг I-даражали пасайиши, 8,8% аёлда II даражали пасайиши ва 5,1% аёлда III даражали пасайиши аниқланган. 6 та аёлда операциядан олдин қон босимини аниқлаш мумкин бўлмаган.

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда ҳомила ўрни йиртилганда у ердан қон кетади. Бунда ўткир қон кетиш билан биргаликда шок ҳам кузатилиши мумкин (И. Л. Брауде ва бошқалар). Кўпинча беморнинг умумий ҳолати ўткир қон кетиш — коллапс билан намоён бўлади. Бошқа бир ҳолатда қорин бушлиғига қон кам кетган бўлишига қарамай, бемор ҳушидан кетади. Бунда қон босими пасайиб, шокнинг I даражаси кузатилади.

Агар аёл организми шу қон йўқотишга мослаша олса, қон босими пасаймаслиги мумкин. Беморни шок ҳолатида операция қилинганда дастлаб қон ва қон ўрнини босадиган эритмалар қўйиш зарур. Операция мумкин қадар эҳтиёткорликни ва беморнинг умумий аҳволини ҳисобга олган ҳолда олиб борилишини (тезроқ бажариладиган операция усулларида фойдаланишни) талаб қилади.

Агар бачадондан ташқарида, хусусан найчаларда ҳомила тухуми жойлашган бўлса бачадонни қорин девори сатҳига олиб чиқмасдан, фақат йиртилган найчани олиб ташлаш билан чегараланиш керак. Шунда коллапс ва шокнинг олди олинган бўлади. Шок профилактикасини ҳомиладор аёлга аёллар маслаҳатхонаси врачлари ўргатиши лозим. Шунда аёлнинг туғруққа бардош бериши осон бўлади. Маълумки, шок жароҳат ва кўп қон кетишида осон рўй беради. Шунга кўра, туғруқ жараёнида қон физиологик меъёрдан ошгани кузатилса, дарҳол бу ҳолатни тугатиш чорасини кўриш керак.

Клиник кузатишлар ва патологанатомик текширишлар натижасида морфологик жиҳатдан гипофизда чуқур ўзгаришлар аниқланган. Қон йўқотилиши натижасида шок бўлганда ҳаётий зарур аъзолар (юрак, мия, ўпка) фаолиятини тиклаш бошқа аъзоларни қон билан таъминлаш анча пасайиши ҳисобига бўлади. Шунга кўра, бир қатор аъзоларда қон томирлар спазми кузатилади. Бунда узоқ давом этадиган томирлар сиқилиши шу аъзоларни некрозга олиб келади. Туғруқ жараёнида рўй

берган коллапс ва шок ҳатто гипофизнинг олдинги бўлаги ёки гипофизнинг некрозига сабаб бўлиши мумкин. Девиснинг айтишича, ўткир қон йўқотган аёлларнинг $\frac{1}{3}$ қисмида гипофиз фаолиятининг етишмовчилиги кузатилади. Гипофиз беги ҳомиладорликда ва туғруқ жараёнида қон айланишининг бузилишига сабаб бўлади. Шу сабабли шок ва коллапсдан кейин эндокрин безларида тузалмайдиган патологик ҳолат бўлади.

Баъзан кўп қон йўқотган аёлларда гипофиз беги қисман ёки бутунлай некрозга учраганда Шихан деб юритиладиган оғир патологик ҳолатни кузатиш мумкин. Бундан ташқари, буйракда қон айланиши бузилиши натижасида ажралаётган сийдик миқдори камаяди ёки йўқолади (олигурия, анурия). Бундай ҳолатни эклампсияда, нормал жойлашган плацента вақтидан илгари ўрмидан кўчгандаги шокда ҳам кузатиш мумкин. Йўқотилган қон ўрнини 100 фоиз тўлдирishга ҳаракат қилиш зарур. Бунинг учун: 1. Қўйиладиган қон аёлнинг қон гуруҳи ва резуси билан бир хил бўлиши керак.

2. Қон қўйганда вақти-вақти билан 10% ли глюкозат кальций эритмасидан 10 мл (400—500 мл қон қўйгандан кейин), 0,5% ли новоканин эритмасидан 10—15 мл дан венага юбориб туриш керак.

3. Агар йўқотилган қоннинг 30—50 фоизи ўрни тўлатилганда ҳам артериал қон босими тикланмаса, унда симптоматиклар (мезатон, норадреналин ва бошқалар) дан фойданиш зарур. Бунинг учун 1 мл норадреналинни 500—250 мл полиглюкинга аралаштириб, томчилаб венага юборилса, периферик қон томирлар таранглиги (тонуси)ни ошириш билан артериал қон босимини кўтаришга эришилади. Артериал қон босими 80—90 мм снмоб устунигача кўтарилса, томчи миқдори камайтиради. Мабодо бу турдаги препаратлар тез юборилса, бунда аксинча, қон томирлар охири (капиллярлар) тонусини янада кўпроқ бушаштириб юбориши мумкин. Йўқотилган қон миқдорини оз бўлсада тикламасдан туриб бу препаратлардан фойдаланиш асло мумкин эмас.

4. Агар йўқотилган қон ўрни тўлдирилган бўлишига қарамай, юқорида қайд қилинган препаратлар юборилганда гипотензия тикланмаса, бу буйрак усти беги фаолияти етишмовчилигидан далолат беради. Бунда 100—

150 мг гидрокортизон венага юборилади. Лозим бўлса, бунинг такрорлаш мумкин.

5. Глюкоза билан витаминлар: 300—500 мг аскорбинат кислота венага, 20—50 мг витамин В₁ ва 25—50 мг витамин В₆ мускул орасига юборилади. Бундан ташқари, пантотенат кислотанинг 20% ли 40—80 мг эритмасидан 2 мл юборилади. Пантотенат кислота кортикостероидлар ажралишини кучайтиради. Гистаминга қарши препаратлар (супрастин, димедрол, пипольфен) ва кокарбоксилаза (50 мг дан венага томчилаб) юборилганда карбонсувлар парчаланишининг олди олинади, ацидоз даражаси камаяди, коронар қон айланishi яхшиланади.

6. Кислород ҳаво ажралмасини доимий равишда бериб туриш керак. Агар бемор бетоқат бўлиб, ниқоб орқали нафас ололмаса, унда интубация қилишга туғри келади. Бунинг учун релаксантлардан ҳамда кислород оксид наркозидан фойдаланилади.

7. Гликолиз жараёнида глюкоза кўп сарфлангани сабабли венага глюкозанинг 40% ли эритмасидан 40—50 мл юборилади. 4,0 мг глюкозага бир ТБ инсулин туғри келади.

8. Тахикардия кучли бўлса, строфантиндан 0,3—0,5 мл, 5% ли глюкоза, 0,5% ли ош тузи эритмаси ва бошқалар томчилаб юборилади. Даволаш натижасида беморнинг умумий аҳволи тикланиб, артериал қон босими 90—100 мм симоб устунига кўтарилса, меъёр ҳисобланади. Шунда нафас олиш тула тикланиб, аста-секин кислород танқислиги камаё боради. Қон босими турғун ҳолга келганда буйрак, жигарда қон оқишини яхшилаш, мия шишини камайтириш учун эуфиллин — диафиллиннинг 2,4% ли эритмасидан 5—8—10 мл венага томчилаб юборилади. Адашган нерв (n.ubagus) ҳаддан ташқари қўзғалувчан бўлгани туфайли (бачадон ичида қўпол ҳаракат қилиш) юрак фаолияти тўхтаб қолса, 0,1% ли атропин эритмасидан 0,3—0,5 мл олиб бошқа эритмалар билан венага юбориш зарур.

Юрак фаолияти тўхтаганлигини курсатувчи белгилар: бирданига пульс ва қон босимининг йўқолиши, тери рангининг ўзгариши, кўз қорачиғининг кенгайиши, жароҳатланган юза ёки бачадондан қон келмаслигидир. Бунда врачнинг вазифаси дарҳол аёлга кислород бериш ва қон юбориш бўлади, бу билан ҳаётини зарур аъзолар

фаолиятини тиклаш (бош мия, жигар, нафас олиш системаси, юрак) кислота-ишқор мувозанатини тўғрилаш, электролитлар мувозанатини тиклаш, мия моддасининг шишини йўқотишга эришиш мумкин бўлади.

Юқорида келтирилган омиллар жуда тез фурсатда бажарилиши керак. Бунинг учун сунъий нафас олдириш билан бирга юракни массаж қилиш зарур. Юракни массаж қилиш ва сунъий нафас олдириш учун беморни текис жойга ётқизиб боши пастга энгаштирилади. Беморга ниқоб ёки интубация орқали нафас олиш аппарати ёки тўғридан-тўғри оғзи орқали нафас олдириш омилларидан фойдаланиш мумкин.

Агар юракни массаж қилиш маълум натижа берса, кўз қорачиғи торайиб, пульс пайдо бўлади. Агар бу белгилар бўлмаса, унда юракни ичдан массаж қилиш керак бўлади (кўкрак қафаси ичидан). Буни мутахассис врач бажаради. Бу ҳам ёрдам бермаса, юракка адреналин ёки норадреналин юбориб массаж давом эттириглаверади. Юракка укол қилинганда уни юракка тушганлигини шприцдан қон чиққанлигидан билиш мумкин.

Баъзан юракка 25 мг гексаметазон ва 0,5 мг атропин юборилса кутилган мақсадга эришиш мумкин. Беморни клиник ўлимдан олиб чиққандан кейин мия шишини олдини олиш учун глюкоза инсулин билан бирга юборилади. Бундан ташқари, плазма, эуфиллин, новоканн, шпильфенлардан фойдаланилади.

ТОМИРЛАР КОЛЛАПСИ

Томирлар коллапси ҳомиладорликда гемодинамик мувозанатнинг бузилишига сабаб бўлади. Бунда асосан нейрогуморал омиллар муҳим ўрин тутади. Бу омиллар томирларни ҳаракатлантирувчи марказга ҳам таъсир қилади.

Ҳомиладорликда қон томир системаси тургун бўлмаслиги туфайли турли даражадаги коллапс ва гемодинамик ҳолат бузилишлари рўй бериши мумкин.

Томирлар коллапси (ёки периферик қон айланишининг етарли бўлмаслиги) қон томирларнинг қон билан тўла бўлмаслигидир.

Томирлар коллапсининг 4 тури тафовут қилинади.

1. Қон кетиши туфайли қоннинг томирларда камайтилиши.

2. Томирлар тонусининг қисман ёки бутунлай сусайиши натижасида уларнинг кенгайиши ёки периферик қон оқими қаршилигининг деярли камайиб кетиши.

3. Юқоридаги ҳар икки ҳолатнинг биргаликда учраши.

4. Патогенез жиҳатдан аниқ бўлмаган тури.

Уткир қон кетишида бу механизм аниқ бўлади. Шунинг учун бу ҳолат шок эмас, балки коллапс деб ҳисобланади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, уткир қон кетишида қон ўрни тўлдирилса ҳам, гемодинамик кўрсаткичлар тикланмайди. Тўқималарнинг, айниқса ҳаётий зарур аъзоларнинг гипоксияси уларнинг фаоллигини узоқ муддатга издан чиқаради. Шу давр ичида морфологик ўзгаришлар юзага келиб, вазиятни янада оғирлаштиради. Бундай ҳолат тезроқ қон қуйиши (120% миқдорда) зарур. Баъзи мутахассислар 70% қон қуйиб (йўқотилган қон ҳисобидан), қолганига қон ўрнини босадиган суюқликлар қуйишини маслаҳат берадилар.

Оғир геморрагик коллапсда томчилаб қон қуйиш асло мумкин эмас, чунки бу усул ёрдамида ҳеч қачон йўқотилган қон ўрнини тўлдириб бўлмайди, натижада бемор ҳалок бўлади.

Шуни унутмаслик керакки, артериал қон босими 80—90 мм сымоб устунига кўтарилса ҳам, гемодинамик ҳолат хавфи давом этаверади.

Клиник кўриниши. Қон босими бирданига ва кескин пасаяди. Бу кўпинча ваготония суст бўлгани туфайли юз беради. Бунда томир уриши сусаяди, периферик қон айланиши ёмонлашади. Брадикардия анча узоқ давом этиб, кейин томир уриши тезлашади, аммо қон босими пасайганча қолади.

Қоллапсни кўпинча шок билан адаштирилади. Томирлар коллапсида қон томирларнинг тонуси қисман ёки бутунлай йўқолади. Бунда тонуси бўшашиб кетган томирлар кенгайиб томирларни тўлдира олмайди. Шунинг натижасида артериал босим пасайиб кетади.

Қон босими тушиб кетиши натижасида тўқималарда гипоксия ҳолати кузатилади, ҳаётий зарур аъзолар фаолияти издан чиқади.

Томирлар коллапси одатда ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ бўлади. Бу гинекология амалиётида баъзан наркозга тайёргарлик (премедикация) ёки опера-

циядан олдинги оғриқсизлантириш вақтида юз бериши мумкин.

Ҳомиладорлик ривожланиши даврида симпатик ёки парасимпатик нерв системаси тонуси ошади. Бу қисқа муддат давом этиб, асосан туғруқда ва чилла даврида кузатилади. Бу ҳолат туғруқда бачадоннинг бирданига ҳомиладан бўшагани, қорин бўшлиғидаги босим ўзгаргани натижасида юзага келиши мумкин. Гуморал омиллар (қон томирларга тушган ҳомила элементлари: қоғоноқ суви, ҳомила туқималарининг парчаланган қисми, серотонин ва йўлдош ацетилхолин ва бошқалар) таъсирини ҳам ҳисобга олиш лозим.

Даволаш. Периферик қон айланншининг ўткир етишмовчиликгида томирлар кенгайиб, ҳажми ошганлиги сабабли қон миқдорини кўпайтириш, томирлар тонусини ошириш, электролитлар мувозанатини яхшилаш, кислород таъқислиги натижасида вужудга келган метаболизмнинг бузилишида бўладиган ацидоз ёки альколоз жараёнини даволаш омилларидан фойдаланилади.

Томирлардаги қон миқдорини ошириш учун қўйилладиган қон бемор қонни билан бир хил ва янги тайёрланган бўлиши керак (агар бир хил гуруҳдаги қон топилмаса 0 (I) гуруҳдаги қондан 1—2 ампула қўйиб туриб кейин шу гуруҳдаги қонни топиш керак, акс ҳолда агглютинация ҳолати кузатилиб, аёлда гемолитик шок рўй беради. Энг яхшиси туғридан-туғри донор қонини қўйишдир.

Агар беморнинг қон босимини аниқлаб бўлмаса, унда қонни ҳар иккала қўл венасига юбориш керак бўлади. Бунда қонни бирданига юборганда юракнинг ўнг томони кенгайиб кетишидан қўрқиш керак эмас. Чунки қон босими бирданига камайиб кетганда юракнинг минутлик ҳажми ҳам камайган бўлади. Қўйилладиган қон миқдори беморнинг умумий аҳволига қараб белгиланади. Қон босими 80 мм симоб устунидан кам бўлмаса, организм туқималарининг кислород билан таъминланиши бузилмайдди. Беморни тренделенбург усулида ётқизиш ҳам яхши ёрдам беради. Бунда ўпка ва мињада қон айланнши яхшиланади.

Гипотензия бир соат давом этса, бу оғир оқибатга олиб келиши мумкин.

Қўйилган қон 5—6 кундан ортиқ сақланган бўлса ҳам яхши натижа бермаслиги мумкин. Бунда 10% ли кальций

глюконатдан венага 10 мл юборилади. 400—500 мл қон қуйилгандан кейин кальций глюконат юбориш яна такорланади.

Венага 10—15 мл 0,5% ли новокаин эритмаси юбориш ҳам мумкин. Новокаин ҳам кальций глюконат каби қайта юборилади.

Томирлар тонусини ошириш учун бутун компенсатор механизмни тиклаш лозим. Бунинг учун томирлар периферик қаршилигини ошириш, юрак қисқаришини кучайтириш ва унинг минутлик ҳажмини кўпайтириш, тўқималардан томирларга суюқлик тушишини таъминлаш, нафас олиш чуқур бўлиши ва қонда кислороднинг кўпайишига эришиш керак.

Томирлар коллапси ваготония натижасида (қон босими кам бўлганлиги, гипотония-брадикардия) юзага келган бўлса, венага атропин (0,5—1 мл) юбориш керак. Атропин адашган нерв (n. vagus) нинг бачадонга таъсирини камайтиради. Юрак тез урса, атропин қўлланилмайди. Периферик қаршиликни кучайтириш учун 0,3—0,5 мл норадреналин 200—300 мл полиглюкин билан бирга томчи ҳолда венага юборилади. Норадреналин томирларни торайтириш хусусиятига эга. Коллапснинг оғир турида унинг фойдаси етарли бўлмайди.

Тахикардияда юракнинг минутлик ҳажми тез камайиб, кислородга эҳтиёж ошади. Бундай ҳолларда 0,5 мл строфантин глюкоза билан бирга венага юборилади. Строфантин юракнинг қисқариш маромини секинлаштиради, диастолани узайтиради, гидрокортисон буйрак усти бези фаолиятини яхшилайдди. Бундай ҳолларда 0,5 мл строфантин глюкоза билан бирга венага юборилади. Строфантин юракнинг қисқариш маромини секинлаштиради, диастолани узайтиради, гидрокортисон буйрак усти бези фаолиятини яхшилайдди. Нафаснинг бузилиши (тез ва чуқур бўлмаган нафас олиш) гипоксияни кучайтиради. Нафасни бошқариш ўпка артериясида қон ва кислород танқислигининг тикланишига ҳамма вақт ҳам ёрдам бера олмайди.

Электролитлар — К, Na, Ca Mg мувозанатини тиклаш мақсадида ишлатиладиган препаратлар уларнинг концентрацияси аниқлангандан кейин қўлланилади.

Ацидоз бўлганда натрий бикарбонатнинг 7,5% ли эритмасидан (30 мл дан 100 мл гача) ацидоз даражасига қараб венага юборилади.

Ацидоз бўлганда натрий бикарбонатнинг 7,5% ли эритмаси (30 мл дан 10 мл гача) ацидоз даражасига қараб венага юборилади.

ХVI БОБ

АКУШЕРЛИҚДА ТЕРМИНАЛ ҲОЛАТ ВА УНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ, ДАВОЛАШ ОМИЛЛАРИ

Акушерликда терминал ҳолат тез муддат ичида пайдо бўлиб, врачдан тез ёрдам кўрсатишни талаб қилади. Бунинг учун врач тез ёрдам кўрсатиш усулларидан хабардор бўлиши ва уни уддалай олиши керак. Аёлларда терминал ҳолат кўпинча кўп қон йўқотилганда пайдо бўлади. Бундан ташқари, тромбоземболия, ҳомила олди суви эмболияси ва турли сабаблар натижасида юзага келган (жароҳат, оғриқ, анафилактик, бактериологик, гемолитик шок) шокларда ҳамда томирлар қоллақсида кузатилади. Терминал ҳолатнинг келиб чиқиш сабаблари:

1. Йўқотилган қон ўрни кечикиб тўлдирилганда.
2. Оғриқ натижасида (туғруқ дардининг кучли бўлиши, бачадон йиртилиши, оғриқсизлантириш омилларининг етарли бўлмаслиги).
3. Баъзи препаратлар ўрнисиз ишлатилганда.
4. Қон қўйишдаги хатолар (қон гуруҳини нотўғри танлаш).
5. Рнн аниқланмаган ҳолда қон қўйиш, сақланиш муддати ўтиб кетган ва инфузияланган қондан фойдаланиш ва ҳоказо.

ҚОН КЕТГАНДА КўРСАТИЛАДИГАН ЁРДАМ

Маълумки, организм қон орқали жуда мураккаб жараёнлар — гуморал ҳолатни тартибга солиб туради.

Организмнинг нормал фаолият кўрсатиши учун ксилород, озик моддалар, электролитлар, микроэлементлар, оксил моддалар, карбонсув ва бошқалар жуда ҳам зарур.

Организмдаги мураккаб жараённи бажаришда марказий нерв системаси, мия пўстлоғининг ўрни жуда катта аҳамиятга эга. Улар туфайли организмда рефлексор

реакция бошқарилиб туради. Қон асосан шаклли элементлар (эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар)дан ва плазмадан ташкил топган. Шаклли элементларнинг умумий ҳажми 42—45%, плазма эса 58—55% ни ташкил қилади (гемолитик кўрсаткич бўйича). Аёлларда эритроцитлар ҳажми эркаклардагига нисбатан бирмунча кам бўлади. Пайнтин (Paintin, 1963) бўйича ҳомиладорликда вена қонидаги гемокрит кўрсаткич қуйидагича бўлади:

Ҳомиладорликнинг 9—16-ҳафтасида 36,5%.

28—32-ҳафтасида — 32,2%

36—40-ҳафтасида — 33,6%

Туғруқдан 16 ҳафта ўтгандан кейин 37,4% ҳомиладор бўлмаган аёлларда эса 39,6% га тенг бўлади. Аёл организмида оқаятган умумий қон миқдори тана оғирлигининг 7—9% ини ташкил қилади. Ҳомиладорликда учинчи қон айланиш (плацента ва ҳомила ўртасида) ҳисобига 10% га етади (500—600 мл).

Томирларда қон оқиш тезлиги қоннинг қуюқ ёки суюқлигига боғлиқ. Қон кетганда эритроцитлар йўқотилганига кўра қон анча суюлиб қолади. Қон плазмаси ўзида 7—8% оқсил, 0,75% минерал электролитлар ва микроэлементларни тутади. Плазмадаги оқсил таркиби **альбумин ва глобулин**дан иборат. Альбумин майда дисперсс модда бўлиб, унинг молекуляр оғирлиги 68 000, 4—5% ни ташкил қилади. Глобулин эса қўпол дисперсс ҳолда бўлиб, бунинг молекуляр оғирлиги 100 000 2,5% ни ташкил қилади. Қон реакцияси суст, ишқорли, Ph у 7,36 га тенг. Бу ҳолат ишқор ва кислота мувозанатининг турғунлигига боғлиқ. Агар бу мувозанат бузилса, ишқор ёки кислота томонга ўзгаради. Организмдаги гомеостаз турғунлиги учун Na, K, Ca ларнинг бир-бирига бўлган мувозанати зарур. Маълумки, кальций тузи артериал қон томирларда фибринли пардани ташкил қилади. Бу ўз навбатида томирлар ўтказувчанлигини бошқариб туради. Аммо ҳомиладорликда кальций миқдори бирмунча камаяди. Туғруқ жараёнида артериал босим бир оз кўтарилади. Бу ҳолат периферик қон томирлар қарши кучининг кўпайиши билан ифодаланади. Бачадон қисқариш фаолиятини йўқотганда бачадонга қон тўпланади, натижада қон кетади. Қон кетиши натижасида туқималарда гипоксия ҳолати кузатилади.

Агар аёл туғруқ вақтида бир литр қон йўқотса, у

40 г оқсил ва 70 г гемоглобин йўқотган бўлади. Бакшеевнинг кўрсатишича, агар аёл 10% қон йўқотса (яъни бир кг тана оғирлигига нисбатан 7 мл), бунда артериал қон босими сезиларли даражада ўзгармайди. Шунга кўра гемодинамик ҳолат бузилиши кузатилмайди. Агар 10—15% қон (7 мл дан 11 мл/кг гача) йўқотса, бунда артериал босим 15 мм симоб устунига пасаяди, гемодинамик ҳолат бир оз ўзгаради ва қисқа муддат давом этади. Агар 15—25% (11 мл дан 18 мл/кг) гача қон йўқотилса артериал босим 40—50 мм симоб устунига камайиб кетади. 25% (18 мл/кг ва ундан ортиқ қон йўқотилса геморрагик шок юзага келади. Қон томир деворларидаги хемо-ва барорецепторлар организмнинг физиологик фаолиятини таъминлашда, рефлектор механизмни бошқаришда катта ўрин тутаяди. Рефлектор реакциянинг кўзгалувчанлиги организмнинг мослашиш-ҳимояланиш фаолиятини таъминлайди:

- а) танада оқабган қон миқдорини;
- б) онкотик босимни;
- в) плазманинг биохимик таркибини;
- г) Ph ҳолатини;
- д) она организмнинг кислород билан таъминланишини бошқаради.

Организмнинг йўқотилган қонга нисбатан реакцияси қон кетиш тезлигига боғлиқ.

Туғруқда бачадон тонусининг ошishi ворсинкалараро бўшлиққа ҳомила олди суви тушишининг олдини олади. Айниқса, кўп ҳомилали ҳомиладорликда сув кўп бўлиши сабабли туғруқ дарди кучли бўлганда ҳомила олди сувининг ворсинкалараро бўшлиққа ёки ёрилган қон томир ёки плацента синуслари орқали она қонига тушиши хавфи кўпроқ бўлади (ҳомила олди суви эмболияси).

Организмда нон бирикмалари мувозанатини сақлашда буйрак усти безининг хизмати катта. Организмда кислота-ишқор мувозанати (Ph)нинг ҳолати ҳам катта аҳамиятга эга. Кўпинча ацидоз юзага келади. Бунинг энгил ва оғир турлари мавжуд. Компенсирланган ацидозда ишқор бир оз камаяди, ammo қонда нордон реакция кузатилмайди. Агар организмда ишқор камайиб кетса, компенсирланмаган ацидоз кузатилади. Ph 0.5—0.3 га ўзгарса, организмда функционал ҳолат оғирлашади. Агар кислород узоқ вақт ҳидлатилса, CO₂ нинг

ажралиши кучаяди. Бунда алколоз кузатилади, алколоз жуда оғир кечаяди, ҳатто аёлнинг ҳалокати билан натижаланади. Физиологик қон айланишда осмотик босим 7,8—8,1 га тенг. Бу электролитлар концентрациясига, онкотик босим, плазмадаги коллоид эритмалар (оқсил, липид ва бошқалар) га боғлиқ. Бу 230 мм га тенг. Томирлар деворига сув босимининг таъсири гидростатик босим деб юритилади. Онкотик босим билан гидростатик босим мувозанати қуйидагича:

Агар онкотик босим юқори бўлса, унда суюқлик тўқималардан томирга ўтади. Агар онкотик босим кам бўлса, унда суюқлик қон томирлардан тўқималарга ўтади. Агар кўп қон кетганда изотоник эритма кўп қўшилса, унда гидростатик босим ошиб кетиб, томирлардаги суюқлик қисқа муддат давомида тўқималарга ўтади. Онкотик босимнинг турғунлигини таъминлаш учун коллоид эритмалар ва қондан фойдаланиш керак.

Қон томирлар ўтказувчанлиги жараёнида гипоксия, Р_n нинг ўзгариши, интоксикация ва яллиғланиш ҳолати катта ўрин тутаяди. Қоннинг қуйилиш хусусияти бузилганда қон томирлар ўтказувчанлиги ҳар икки томонга (томирларга, тўқималарга) ўзгаради. Оғриқ эндокрин безлар ва мия пўстлоғи фаолиятини сусайтиради. Натижада ички аъзолар фаолияти ва умуман организмнинг қон йўқотиш жараёнида бўладиган умумий реакциясини ҳам ўзгартириб юборади.

Акушерликда терминал ҳолатнинг клиник кечиши ўзига хосдир. Бунда тери ранги оқариб кетади, шиллиқ қаватлар, лаб ва бармоқ учлари кукаради, нафас олиш тез, юзаки, у бир текис бўлмайди. Аёл бўшашиб, уйқучан бўлиб қолади, ташқи таъсирларга сустр реакция беради. Баъзи аёлларда гипоксия туфайли бетоқатлик, қўзғалувчанлик ҳолати кузатилади. Совуқ тер босади, қўл-оёқлари совиб, пульси ва артерия босимини аниқлаб бўлмайди. Фақат сон артериясида пульс тўлқинларини аниқлаш мумкин. Бу тўлқин бир минутда 130—140 дан ортиқ бўлади. Агонал (ўлим талвасаси) брадикардия кучаяди. Ниҳоят, клиник ўлим кузатилади. Одатда дастлаб нафас олиш, ундан кейин юрак фаолияти тўхтайдди. Қон босими камайиб кетгани сабабли одатда бачадондан қон кетмайди. Организмнинг ҳаётий фаолиятини тиклаш фақат даво чораларигагина боғлиқ бўлмай, балки гипотензия ҳолатининг давом қилиш муда-

датига ҳам боғлиқ бўлади. Агар бемор бир соат ва ундан кўп вақт давомида гипотония ҳолатида бўлган бўлса, ҳаётий зарур аъзолар фаолиятини тиклаш жуда қийин ва ҳатто мумкин бўлмай қолади.

Агар аёл оғир геморрагик коллапсда бўлса ва унга қон ва қон ўринни босадиган эритмалар томчилаб юборилса, катта хатога йўл қўйилган бўлади. Бу усул билан организмдаги қон миқдорини тиклаб бўлмайди. Аёл тезда ҳалокатга учрайди. Шу сабабли аёлнинг умумий ҳолатини синчиклаб ўргангандан сўнг унга ёрдам бериш керак.

Узоқ гипотензия ҳолатида бўлган аёлларнинг аъзо ва системаларида чуқур морфологик ўзгаришлар пайдо бўлади ва бу ҳолатни тиклаш мумкин бўлмай қолади. Баъзи вақтларда даволаш омилларини қўллаш билан аёлнинг ҳаётини 1—1½ кунга чўзиш мумкин. Шу даврда юрак фаолияти вақтинча сақлаб турилади, аммо артериал босим яна тушиб кетади ва аёл ҳалокатга учрайди.

Аёллардаги терминал ҳолатнинг сабабларидан қатъи назар туқимларда кислород етишмаслиги кузатилиб, натижада туқималарга хос бўлган аэроб жараён издан чиқади ва анаэроб гликолиз ошади. Бунинг натижасида туқималарда гликолизнинг охириги босқичи бўлган сут кислота тупланади. Дастлаб сут кислота концентрацияси буфер система ёрдамида компенсацияланган ҳолатда бўлади. Бора-бора бу ҳолат камайиб туқималарда ацидоз пайдо бўлади, қон плазмасида ҳам ацидоз ҳолати кузатилади. Ацидоз ўз навбатида ферментли метаболик система фаолиятини издан чиқаради. Натижада организмнинг умумий фаолияти издан чиқади. Туқималарда кислородни қабул қилиш қобилияти бузилади.

Шундай қилиб, организмда патологик ҳолат намоён бўлади ва бемор қисқа муддат ичида ҳалокатга учрайди. Ацидозда туқималарнинг кислород қабул қилиш фаолияти камайишини 5—6% натрий бикарбонат эритмасини ҳар 15—20 минутда 40—50 мл дан венага юбориш билан тиклаш мумкин.

Агар натрий бикарбонат меъъеридан ортиқ юборилса, унда алкалоз пайдо бўлиб, бу ҳам ацидоз каби оғир натижаланиши мумкин. Артериал босим 80—90 мм сисмоб устунига кўтарилган тақдирда ҳам аёл коллапс

ёки шокдан чиқди деб фикр юритиш хато бўлади, чунки гемодинамик ҳолат яна қайтарилиши мумкин.

Ўткир қон кетишида аёлга дарҳол янги тайёрланган қон ёки тўғридан-тўғри донор қони қуйилади. Одатда йўқотилган қон ўрнини 100% тўлдириш учун қон қуйганда уни оқизиб қуйиш тавсия этилади.

Баъзи патофизиологлар (Рубинова ва бошқалар) 70% қон ва қолганига қон ўрнини босадиган препаратлар юборишни тавсия этадилар. Аёлни бу оғир ҳолатдан олиб чиқиш учун қуйиладиган қон миқдори 100% ва ҳатто бундан кўп (110%) бўлиши мақсадга мувофиқдир.

Баъзан ўткир қон кетганда қон босими тушиб кетишни геморрагик шок деб хатога йўл қўйилади.

Шок пайдо бўлиши ҳақида турли-туман фикрлар мавжуд. Ўткир қон кетиши тўқималарда кислород камайишига сабаб бўлади. Бунда компенсация фазаси (периферик қон томирларнинг торайиши) кузатилмайдди. Бу эса периферик қон айланиши етишмовчилигига, турғун гипотонияга олиб келади.

Томирлар коллапсида қон томир тонусининг камайиб кетиши ёки тўла йўқолиши сабабини ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлавермайди. Терминал ҳолатда энг аввало кислород етишмаслиги кузатилиб, бунинг натижасида тўқималарда анаэроб энергетик жараён юзага келади. Кислород етишмаганда анаэроб гликолизнинг салмоғи ошади.

Тўқималарда юз берган гликолитик жараён натижасида гликолизнинг охириги маҳсулоти бўлган сут кислота пайдо бўлади. Сут кислотанинг йиғилиши дастлаб буфер системаларни компенсация қилади, кейин эса буфер система сусайиши натижасида тўқималарда ацидоз ҳолати кузатилади. Ацидоз эса бир қатор ферментли метаболик системанинг бузилишига сабаб бўлади. Натижада уларда тартибсизлик юзага келади, тўқималарнинг кислород билан таъминланиши бузилади.

Шу тариқа оғир патологик ҳолат вужудга келади. Етарли даво тадбирлари кўрилмаса, қисқа муддат ичида аёл ҳалок бўлади.

Геморрагик шокда, коллапсдаги ацидозда ва тўқималарда кислород таъқислиги билан кечадиган патологик ҳолатларда беморнинг аҳволи яхшиланмаса 5—6% ли 40—50 мл натрий бикарбонат ҳар 15—20 минутда венага юборилади. Ўткир қон кетганда даво тадбирлари:

дастлаб янги тайёрланган I гуруҳ қони (йўқолган қон миқдорини ҳисоблаб), сунгра беморнинг ўз қон гуруҳидан 100—120% гача қуйилади.

Қонни оқизиб қуйиш зарур. Қон босими 80—85 мм симоб устунига тенг бўлса, битта венага, агар ундан ҳам камайиб кетса, ҳар иккала венага қон қуйилади.

Тўғридан-тўғри донор қонини қуйиш яхши ёрдам беради. Чунки бунда қон таркибидаги моддалар сақланган бўлади, бундан ташқари у қон қуйилишига ижобий таъсир кўрсатади.

Қун қон кетганда беморга бериладиган асосий ёрдам кетаётган қон миқдорини қон ўрнини босадиган даво омилларини қачон бера бошлаш ва уни қандай тезликда юбориш кераклигини аниқлашдир.

Трансфузия ва инфузия усулларида даволашда асосий эътибор даволаш усулини тўғри таълаш биллиш, ниҳоят йўқотилган қон миқдорини тўлдиришга қаратилган бўлиши керак. Йўқотилган қон миқдорини тўлдириш, трансфузия ва инфузия усулида қўлланиладиган препаратларни юбориш тезлигини белгилашда артериал қон босимининг ҳолатига, беморнинг умумий аҳволига, пульсига аҳамият бериш керак.

Е. А. Чернуха ва бошқаларнинг фикрича, агар артериал қон босими 70—80 мм симоб устунига тенг бўлса, унда трансфузия ва инфузия тезлиги бир оз кам бўлиши, аммо томчи йўли билан эмас, балки оқим йўли билан бир минутда 150—200 мл гача қон қуйилиб, гемодинамик ҳолат турғунлигига эришилади. Артериал қон босим 100—110 мм симоб устунига тўғри келиши зарур. Сунгра томчи усулида қуйишга ўтилади. Бунда марказий вена қон босими ва ҳар соатда ажралаётган сийдик миқдори ҳисобига олинади.

Трансфузия ва инфузия усулини қўллашда анестезиологлар билан маслаҳатлашиш мақсадга мувофиқ (4-жадвал).

Биз бу схемадан қисман фойдаланган ҳолда терминал ҳолатда бажарилиши лозим бўлган омиллар устида батафсил тўхтаб ўтамиз.

Қон қуйганда узлуксиз равишда 10% ли кальций глюконат эритмасидан 10 мл (ҳар гал қуйилган қоннинг 400—500 мл ҳисобидан), 0,5% ли новокаиндан 10—15 мл венага юборилади.

Йўқотилган 20—25% қон ўрни тўлдирилганлигига

қарамай артернал қон босими тикланмаган бўлса, унда мезатон, норадреналин (1 мл норадреналин 500—350 мл полиглюкин билан бирга томчи ҳолида венага) юборилади. Бу билан қон босими кўтарилиши мумкин.

Артериал қон босими 80—90 мм сисмоб устунига етганда томчилар сони камайтиради ёки дори юбориш бутунлай тўхтатилади. Бордию бу эритма қон босими паст бўлганда тез юборилса, салбий натижа олинади (қон томирлар тонуси янада пасайиб кетади) ёки қон босими қисқа муддатга кўтарилиб, кейин жуда пасайиб кетади.

Йўқотилган қон ўрнини етарли тўлатмасдан туриб эритма юбориш асло мумкин эмас. Қон томирларини торайтирувчи моддалар ёрдамида қон ўрни тўлдирилгандан кейин ҳам яхши натижа олинмаса, бу буйрак усти беги фаоллиги етишмовчилигидан далолат беради. Бундай ҳолларда венага 100—150 мг гидрскортизон юбориш тавсия этилади (зарур бўлса бу препаратдан қайта юбориш мумкин).

4-жадвал

Умумий қон йўқотилганда трансфузия ва инфузия усулида даволаш турлари

(Е. А. Чернуха ва бошқалар буйича).

Қон йўқотиш	Трансфузия-инфузия усулида
1000 мл гача	Лактоза 400 мл, янги қон ёки эритроцитлар масса — 400—500 мл, реополиглюкин — 400 мл, глюкозанинг 5% ли эритмасы 200—300 мл.
1400—200 мл гача	Лактоза — 400—800 мл, охи тузининг 0,9% ли изотоник эритмасы 600—800 мл, эритроцитлар масса 1000—2000 мл ёки қон 1500—3500 мл, реополиглюкин — 400 мл, желатинол — 450 мл, глюкозанинг 5% ли эритмасы 300—500 мл.
3% дан ортиқ қон йўқотилганда	Полиглюкин — 400 мл, эритроцитлар масса — 2000 мл дан ортиқроқ (йўқотилган қонга нисбатан миқдори 1,2—1,5) ёки қондан 4000 мл, реополиглюкин ва лактосолдан 800—1200 мл, глюкозанинг 5% ли эритмасидан 500 мл.

Даволаш давомида кислород-ҳаво аралашмаси бериб туриш керак. Бу нафас чуқурлигини ва маромини узгартирмайди. Шунга кўра релаксатдан укол қилиб, кислороднинг азот III оксид билан аралашмасидан (интубация орқали) наркоз усулида фойдаланилади.

Глюкозанинг гликолиз натижасида сарфланганлигини ҳисобга олиб, унинг 10% ли эритмасидан венага 40—50 мл юборилади. Буни қайта юбориш мумкин. Аммо глюкоза юборганда унинг 4 г қуруқ кукунини ҳисобига 1 бирликда инсулин юбориб туриш лозим.

Глюкоза билан биргаликда бир туркум витаминлар: 300—500 мг аскорбинат кислота (венага юборилади), 20—50 мг витамин В₁ ва 25—50 мг витамин В₆ (мушак орасига) юборилади. Кальций пантотенатдан 40—80 мг (20% ли эритмасидан 2 мг) юбориш тавсия этилади. Пантотенат кислота кортикостеронлар ҳосил бўлишини яхшилайди.

Антигистамин препаратлар (супрастин, димедрол, пипольфен) ва кокарбоксилаза (50 мл дан венага юборилади) юбориш ҳам яхши натижа беради. Кокарбоксилаза ацидоз ҳолатини камайтиради, юрак қон томирларида қон айланишини яхшилайди.

Кучли тахикардияда венага 0,3—0,5 мл строфантин (яхшиси глюкоза билан биргаликда) юбориш тавсия этилади.

Агар юқорида келтирилган даво тадбирлари фойда берган бўлса, унда артериал қон босими 80—90 мм симоб устунидан пастга тушмайди. Қон босимини бундан оширишга шошилмаслик керак.

Қон босими 80—90 мм симоб устунидан турганда ўпканинг нафас фаолияти бузилмаса ҳаво алмашинуви тезда ўз ҳолига келади ва аста-секин кислород танқислиги камайди. Қон босими шу ҳолатда турғунлашгандан сўнг буйракларда, жигарда қон айланишини яхшилаш ва мия шишини камайириш учун 2—4% ли эуфиллин (диафиллин) дан 5—8—10 мл венага юборилади.

Баъзан реанимацияга брадикардия ҳолатидаги беморни олиб келишади. Бунда у тезда ҳалок бўлади. Бемор куп қон йўқотмаганида ҳам унда юракнинг рефлектор равишда тўхтаб қолиши кузатилади. Бордию йўқотилган қон ўрни тўлдирилмаганлиги сабабли узоқ давом этган гипотензиядан кейин юрак тўхтаб қолса, бунда даво тадбирлари ёрдам бермайди. Томирларда оқаёт-

ган қон ўрни қанчалик тез тўлдирилса, даволашда ҳам шунчалик яхши натижага эришиш мумкин.

Адашган нервнинг (n.vagus) ҳаддан ташқари қўзғалиб кетишида (бачадон ичи текширилганда қўпол ҳаракат қилиш, туғруқдаги турли операцияларни нотўғри бажарилганлиги оқибатида) юз бериши мумкин. Бунда 1% ли атропиндан венага 0,3—0,5 мл дан юборилади. Бу препаратни пульс бир минутда 70 тадан кам урган-да юборилади.

Кислота-ишқор мувозанатининг бузилиши (ацидоз, гиперкалиемия, гипоксия (алкалоз) кучайиб кетса интубация ёрдамида нафасни бошқаришга ҳаракат қилиш керак.

Қон айланишининг тўхташ белгиси юракнинг тўхташи, фибрилляцияси томир уришининг, қон босимининг бирданига йўқолиши, нафаснинг тўхташи, тери рангининг ўзгариши, кўз қорачиғининг кенгайиб кетиши, жароҳатланган юза ёки бачадондан қон кетмай қолишидир. Бу белгиларнинг ҳаммаси бирданига бўлиши шарт эмас. Томир уришининг йўқолиши, кўз қорачиғининг кенгайиши юрак фаолияти тўхташидан дарак беради. Бундай ҳолда юрак фаолиятини тиклашга ҳаракат қилиш керак. Бунинг учун ҳаётий зарур аъзолар (ўпка, юрак, мия) ни кислородли қон билан таъминлаш, юрак қисқаришини, кислота-ишқор ва электролит, микроэлементлар мувозанатини тиклаш ҳамда мия шишини йўқотиш омилларидан фойдаланган ҳолда ёрдам бериш зарур. Шунга кўра, сунъий нафас бериш билан бир вақтда юракни массаж қилиш ҳам зарур. Бунинг учун бемор текис каравотга бошини паст қилиб ётқизилади. Сунъий нафасни яхшии интубация найчаси ёки оғиз орқали бериш керак.

Юракни массаж қилишни фақат қўл кучи билан эмас, тана оғирлиги билан ҳам олиб бориш лозим. Бунда кўкрак суяги орқа умуртқа томонга 3—4 см сурилади.

Юракни массаж қилганда унинг фойдаси томир уриши пайдо бўлиб, кўз қорачиғи торайганидан билинади. Агар бу белгилар пайдо бўлмаса, унда бевосита массаж қилиш керак (кўкрак қафаси ичида массаж қилинади). Бу ҳам ёрдам бермаса, юрак мускулларига норадреналин юборилади. Бунда юрак ичига нина тушгани шприц поршенини тортганда қон кўриганидан билинади. Сунг массаж яна давом эттирилади.

Баъзан юракка 25 мг гексаметан ва 0,5 мг атропин юбориш ҳам фойда беради. Қон ва қон ўрнини босадиган эритмалар қуйишни давом эттириш керак. Қон айлаишнинг тиклаш, қон босимининг 80—90 мм симоб устунидан пастга тушмаслигига ҳаракат қилиш керак. Ишқорий эритмалар, витаминлар, глюконат кальцийдан укол қилиш зарур.

Одатда, терминал ҳолатдан кейин миёна шини кузатилади, уни йўқотиш учун глюкозанинг гипотоник эритмаси ва плазманинг концентратланган эритмасидан венга юборилади. Эуфиллин, новоканн, пипольфендан укол қилинади. Бемор терминал ҳолатдан олиб чиқилгандан сўнг реаниматолог назоратида бўлиши керак.

ХVII БОБ

ҚОН ҚУЙИШ

Қон қуйиш усули кўндан маълум бўлсада, унинг биологик хусусиятлари тўла ўрганилгандан кейин қон қуйиш авж олди. Бу изогемагглютинация реакциясидир. Қоннинг изогемагглютинация реакцияси бир кишининг қони билан иккинчи кишининг қони аралашгандаги ҳолатдир. Агар агглютинация реакцияси мусбат бўлса, қизил қон таначалари унча катта бўлмаган донали тўп-лам кўринишда бўлиб қолади. Бунда қон зардоби сезиларли даражада тиниқлашади. Агар агглютинация реакцияси манфий бўлса, гомоген ҳолат узгармай қолади.

Қон гуруҳларини биринчи бўлиб 1901 йилда Ландштейнер аниқлаган. 1907 йилда Янский ва бундан беҳабар 1910 йилда Моссолар қоннинг изогемагглютинация хусусиятига асосланган ҳолда уни 4 гуруҳга ажратган. Дунгерин ва Гришфельдлар изогемагглютинацияни имунитетнинг реакцияларидан бири деб ҳисоблаб, бу реакцияга антиген билан антителанинг бир-бирига бўлган муносабати деб қарайдилар. Бунда антиген агглютиноген эритроцитларда, антитела агглютинини қон зардобида бўлади, деб фикр юритадилар. Агглютиногенларни лотин алифбосининг А, В, ҳарфлари билан белгилаб булар инсон қонида айрим-айрим ҳолда ва биргалликда учрайди ёки учрамайди дейдилар. Қон зардобида агглютининлар бўлиб, улар грекча α , β (альфа, бета) ҳарфлари билан белгиланади.

Агар эритроцитда агглютиноген А бўлиб, α бор қон билан аралашса ва агглютиноген В бўлиб, β бор қон зардобига аралашса, агглютинация реакцияси содир бўлади. Қоннинг биринчи гуруҳида агглютиноген бўлмай, агглютининлар бўлади ($I \alpha \beta O$), иккинчи гуруҳи II агглютиноген А ва агглютинин В бўлади (II АВ), учинчи гуруҳида агглютиноген В ва агглютинини α бўлади (III В α), IV гуруҳида агглютиноген АВ бўлиб, агглютинин бўлмайди (IV ABO). Умуман қон қуйишда қон таркибидаги агглютиноген ва агглютининларга аҳамият бериш керак. Агар аёлниң қон гуруҳи биринчи ($I O\alpha\beta$) бўлса, унда бошқа гуруҳдаги қонни қуйиб бўлмайди, чунки бошқа гуруҳлардаги АВ агглютиногенлар биринчи гуруҳдаги агглютинин билан агглютинация реакциясини беради. Шунга кўра, беморнинг қони биринчи гуруҳ бўлса, фақат шу гуруҳ қонини қуйиш мумкин, аммо бунда баъзи ҳолларда тескари агглютинация реакциясини кузатиш мумкин. Мабодо бошқа қон бўлмаса, унда бир-икки ампула I гуруҳ қонини қуйиш мумкин. Сўнгра аёлниң ўз қон гуруҳига мос қон топиб қуйилади.

I гуруҳ ($I-O\beta$) қонни фақат шу гуруҳдагиларга қуйиш мумкин. II гуруҳдаги (AB) қонни ўзига ва IV гуруҳдаги аёлга чегараланган ҳолда қуйиш мумкин. III гуруҳ (B α) қонини ҳам ўзига ва қони IV гуруҳли аёлга чегараланган миқдорда қуйиш мумкин. IV гуруҳ (ABO) қонини фақат қони шу гуруҳда бўлган аёлга қуйиш мумкин. Демак, I гуруҳли аёлга фақат I гуруҳдаги қон қуйилади, аммо бу гуруҳ қонини барча гуруҳдаги аёлларга қуйиш мумкин. Шунга кўра, бу гуруҳдаги одамларни универсал донор, IV гуруҳдаги одамлар эса универсал реципиентлар дейилади. Бу гуруҳдаги аёлларга чегараланган миқдорда бошқа гуруҳ қонини қуйиш мумкин. Шу қоидаларга риоя қилинса, қон қуйиш жараёнида учрайдиган асоратларнинг (буйракнинг ўткир етишмаслиги ва бошқаларни) олдини олган бўламиз.

ҚОН ГУРУҲИНИ АНИҚЛАШ УСУЛИ

Қон гуруҳини аниқлашда жуда ҳушёрлик талаб қилинади. Қон гуруҳини аниқлашда асосан икки хил қон зардоби А В қон зардоби ишлатилади. Аниқ бўлмаган

эритроцитни аниқлашда зардоблардан фойдаланилади; зардоб титри 1:32 дан кам бўлмаслиги керак. Олинган маълумот аниқ бўлиши учун стандарт зардоб ва стандарт эритроцитдан фойдаланилади. Бу икки хил реакция ёки чапишган реакция ҳисобланади. Бундай реакциядан қон қуйиш станцияларида, зардобдан эса тугруқхона амалиётида фойдаланилади.

Реакция чини тарелка ёки ойна юзасида бажарилади. 1—2 томчи зардоб тарелканинг 3 жойига томизилади. Биринчи томчи биринчи қон гуруҳининг зардоби бўлади ва ҳар бир томчи устига аёлдан олинган (бармоқ учидан Франи иннаси ёрдамида) қоннинг кичкина томчиси (қон зардобидан 10 марта кам бўлиши керак) томизилади. Ҳар битта томчи айрим-айрим ойнадан ясалган махсус таёқча ёки буюм ойнаси билан аралаштирилади ва 2—5 минут давомида тарелка қўлда чайқатиб турилади. Шундан сўнг қон гуруҳи белгиланади. Агар томизилган томчининг ҳеч қайсида агглютинация реакцияси бўлмаса, бу биринчи қон гуруҳи (I O α B), агар А туркумда реакция бўлмай, ABO ва Ba туркумда реакция бўлса, бу иккинчи гуруҳ (II A), агар В туркумида реакция бўлмаса учинчи (III BO) гуруҳ, ҳаммасида агглютинация реакцияси бўлса, IV ABO гуруҳ ҳисобланади.

Қон гуруҳини аниқлашда қуйидаги хатоларни кузатиш мумкин.

1. Техник сабаблар.

- а) зардобни тарелкага нотўғри жойлаштириш;
- б) қон билан зардоб миқдорини эътиборга олмаслик (қон томчиси зардобдан 10 баробар кам бўлмаслиги).
- в) зардобни томизишда томизғични аралаштириб юбориш;
- г) томчиларни аралаштиришда хатога йўл қуйиш (битта таёқча ёрдамида аралаштириш);
- д) лозим бўлган вақтга (одатда томчи 3—5 минут давомида чайқатиб турилади) роя қилмаслик.

2. Стандарт зардобдаги камчиликлар.

- а) кичкина титрли зардобдан фойдаланиш (1:32 дан паст);
- б) зардоб тайёрланганига кўп вақт ўтган бўлиши;
- в) қонда суст қувватли А агглютиноген бўлиши

(A₂—A₃ агглютинация бўлмайдн ёки сустр бўлади.

- г) агар қонда панагглютинация — яъни специфик бўлмаган агглютинация бўлиб, 2—3 минут тутиб турилса, реакция сустлашади. Одатда пор-мал ҳолда реакция кучаяди. Буида 5 минут давомида тарелкани 37°ли термостатда тутиб туриш тавсия қилинади. Донорни таплашда ҳам қон гуруҳига аҳамият бериш керак.

ҚОНДАГИ РЕЗУС ОМИЛИ АНИҚЛАШ

Маълумки, 1940 йилгача резус омил яхши маълум бўлмагани сабабли қон қуйишда кўп мураккабланишлар кузатилган. 1940 йилда Ландштейнер ва Вингерлар қоннинг янги серологик хусусиятини кашф этиб, уни резус омил деб номлаган. Бу омил макака резус маймун қони билан иммуланган қуёнлар қонидан ажратилган зардоб ёрдамида аниқланади. Резус-омил одам эритроцитида АВО қон гуруҳига боғлиқ эмас, бу лотин ҳарфлари билан белгиланади.

Одамлар резус омил бор-йўқлигига қараб 2 гуруҳга бўлинади. 15% одамда манфий резус, 85% одамда эса мусбат резус учрайди. Резусни аниқлаш қон қуйиш амалиётида катта аҳамиятга эга. Буида бир томондан асоссиз қон қуйишдаги мураккабланишларнинг, иккинчи томондан чақалоқларда гемолитик касаллик пайдо бўлиши, умуман ҳомиладорликнинг вақтидан илгари тўхташининг олди олинади.

Антителонинг пайдо бўлишига қуйидаги шароитлар сабабчи бўлиши мумкин.

1. Манфий резус аёлга мусбат резусли қон қайта қуйилса.

2. Агар манфий резусли аёл мусбат резусли ҳомилага ҳомиладор бўлса. Шундай кўрсатмалар борки, ҳар иккала омил биргаликда келганда антитела пайдо бўлади. Қон қуйиш йўли билан аёлда сенсibiliзация реакциясини ошириш мумкин. Она билан ҳомиланинг резус омилни мос келмаслиги туғма гемолитик касаллик пайдо бўлишида бирдан-бир омил ҳисобланади. Иммунизация жараёни қуйидагича кечади.

Ҳомиладорлик вақтида резус мусбат қон оз миқдорда плацента тўсиғидан онанинг қон оқимига ўтади. На-

тижада унда антитела пайдо бўлади. Сўнгра онада пайдо бўлган антитела резус ҳомиланинг қонига ўтади ва натижада ҳомиланинг ривожланишига путур етказлади. Онада биринчи ҳомиладорликда антитела титри унча юқори бўлмайдн, ҳомила тирик ва соғлом туғилиши мумкин. Кейинги ҳомиладорликда антитела титри кўтарилнб, ҳомила организмда патологик ҳолат, гемолитик касалликни кузатиш мумкин. Тугма гемолитик касаллик уч кўринишда учраши мумкин.

1. Гемолитик камқонлик.
2. Оғир гемолитик сариқлик.
3. Умумий шши.

Гемолитик касалликнинг енгил турини даволашда парчаланган эритроцитлар ўринини босиш учун унга манфий қондан оз миқдорда қуйилади. Оғир турида эса қон алмаштириши усулидан фойдаланилади. Бу билан бузилган эритроцитлардан ажралган моддаларни чиқариб ташлаб, тоза ва янги қон қуйилади.

ҚОН АЛМАШТИРИШИ УСУЛИ

Қиндик венасига махсус катетер (ички сийдик чиқариш йўли учун белгиланган катетердан ҳам фойдаланиш мумкин) 7—8 см чуқурликда киритилади. Шприц билан чақалоқдан 20 мл қон тортиб олинади, сўнгра бошқа шприц билан худди шунча резус манфий қон гуруҳига мос янги тайёрланган қон қуйилади. Бунда қонини жуда секинлик билан юбориш керак, акс ҳолда артериал қон бошининг кучли чайқалишига сабаб бўлиши мумкин. Болага тахминан 300—400 мл қон қуйилади, боладан олинган қон қуйилган қондан 50—80 мл кам бўлиши керак. Қон қуйишда ҳар бир 100 мл қуйилган қон миқдорига 1 мл 10% ли глюкоза юбориш керак бўлади. Қон алиштириш операцияси 1—1½ соат давом этади.

РЕЗУС ОМИЛИНИ АНИҚЛАШ

Петри косачасига 2 томчи резусга қарши зардоб томизилади (2—3 серияли). Ҳар бир серия зардобга 1 томчи текшириладиган эритроцит томизилади ва аралаштирилади. Уни 45—46°C ли сув ҳаммомига қуйилади, 10 минут ўтгандан кейин натижаси аниқланади. Агар

зардобининг барча сериясида агглютинация реакцияси бўлса, бунда текшириляётган қон резус мусбат, агар реакция бўлмаса, резус манфий бўлади. А. В. Гуляев агар резус омилни аниқлаб бўлмаса, унда аёлга резус манфий қон қуйиш керак, деб ҳисоблайди.

XVIII БОБ

ҚОН ВА ҚОН УРНИНИ БОСАДИГАН ЭРИТМАЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Йўқотилган қон миқдорини тиклаш учун қон ва унинг урнини босадиган эритмалардан фойдаланилади. Даволаш асосан танада оқаётган қон миқдорини сақлаш ёки уни тиклашга қаратилган бўлади. Агар соғлом аёл 10—15 фоиз қон йўқотса, организмдаги компенсатор хусусият тўғрисида қон босими тикланиши мумкин. Маълумки, организмдаги рефлектор ҳолат унинг мослашиш қобилиятига боғлиқ. Организмнинг ўткир қон йўқотишдаги реакцияси қон йўқотиш тезлигига, унинг қон йўқотишдан олдинги умумий фаолиятига, қон томирлар тонусини ошириш омилларига, томирларда оқаётган қоннинг қай даражада камайишига, онкотик босимга, плазманинг биохимик таркибига, кислота ва ишқор мувозанатига, кислород билан таъминланиш ҳолатига боғлиқ.

Агар аёл бир литр қон йўқотса, у 40 грамм оқсил ва 70 г гемоглобин йўқотади. Агар танада оқаётган қоннинг 10 фоизи йўқолса (тана оғирлигига нисбатан, унинг бир килограмм оғирлигига 7 мл қон тўғри келади), гемодинамика ҳолатининг бузилиши кузатилмайди. 10—15 фоиз йўқотилса (бир килограмм тана оғирлигига 7 мл дан 11 мл гача ҳисобида) артериал босим 15 мм симоб устунига пасаяди. 15—25 фоиз қон йўқотилса (11—18 мл гача) қон босими 40—50 мм симоб устунига камаяди. 25 фоиздан ортиқ қон йўқотилса (бир килограмм тана оғирлигига 18 мл ҳисобида) унда геморрагик шок пайдо бўлади. Акушер шу кўрсаткичларни назарда тутган ҳолда аёлга ёрдам бериши керак.

Баъзи ҳолларда аёлнинг умумий қаршилиқ кўрсатиш кучи кам, унда ҳомиладорликда ёки ҳомиладорликдан олдин ҳам камқонлик ҳолати бўлса, бундай аёллар 10—15 фоизгина қон йўқотган бўлишларига қарамай,

бу ҳолатни улар анча оғир кечирадилар. Шунинг назарда тутилган ҳолда, йўқотилган қон миқдорини тиклашда қон ва қон ўрнини босадиган препаратлардан фойдаланиш керак бўлади. Аке ҳолда аёлда компенсатор хусусият паст бўлса, унда олигоценитомия, гиповолемия ва темир етишмаслиги ҳолатини кузатиш мумкин.

Маълумки, туғруқ жараёнида қанча кўп қон йўқотилса ва йўқотилган қон ўрни етарли тўлатилмаса, чилла даврида шунча кўп патологик ҳолат кузатилади. Кўп қон йўқотган аёлларда бир қатор нейроэндокрин синдромлар (гипоталамик синдром, Шихан касаллиги, аменоррея) аёлни ҳатто погиронлик ёки ҳалокатга олиб келиши мумкин. В. А. Неговский, В. С. Бергманлар йўқотилган қонни ошинги билан тиклаш керак дейдилар.

Кўпчилики мутахассислар аъзоларда микроциркуляция (аъзолардаги қон томир капиллярларидаги қон айланиши) бузилмасдан йўқотилган қон миқдорини қисқа муддатда тиклашга ҳаракат қилиш керак дейдилар.

Гемотрансфузияда ундан кейинги мураккаблинишларни ҳисобга олган ҳолда қон қуйиш ва маълум асосий кўрсаткичларини назарда тутиш керак. Баъзи ҳолларда трансфузия билан биргаликда қон ўрнини босадиган эритмалардан фойдаланилади. Бунда кислотанишқор мувозанатини, электролитлар балансини, периферик қон айланиши системаси ва аёлниги умумий ҳолатини кузатиб туриш керак. Қон ўрнини босадиган препаратлардан полиглокин, реополиглокин, глюкоза, гемодез, қон плазмаси ва бошқалардан фойдаланилади.

Баъзи ҳолларда компенсацияланган қон йўқотишда фақат плазма ёрдамида қон миқдорини тиклаш мумкин бўлади. Г. М. Савельева чилла даврида турли мураккаблинишларни ҳисобга олган ҳолда аёлга чилла даврининг 2—3-кунлари қон, эритроцитар масса қуйиш, патологик декомпенсацияланган 1% қон йўқотишда (1500 мл дан ортиқ бўлмаган) 100% қон ва 10—20% қон ўрнини босадиган препаратлардан фойдаланиш зарур. Чилла даврида, айниқса камқонликда миокардда метаболит ҳолатини яхшилаш учун 40% ли глюкоза, кокарбоксилаза, АТФ ҳамда кардиотоник препаратлардан фойдаланилади.

Декомпенсацияланган қон кетишда қуйиладиган қон миқдори ҳақида турли муаллифлар турлича фикр юридилар. В. А. Неговский ва бошқаларнинг фикрича, қу-

йиладиган қон миқдори йўқотилган қондан 30—50% қўп бўлиши керак экан. Левин йўқотилган қоннинг 70% ини тўлатиб, қолганига қон ўрнини босадиган препаратлар, эритмалар юбориш керак, деб ҳисоблайди. Қўйиладиган қон янги ёки узоқ сақланмаган бўлиши керак. Агар қон бўлмаса, унда танада оқаётган қон миқдорини сақлаш учун аёлга препаратлар, эритмалар қўйиш керак.

Қўп миқдорда қон йўқотилганда қон ивишининг олдини оладиган (одатда қон тайёрлашда цитрат эритмалардан фойдаланилади) препаратлар, токсик ҳолат, ортиқча калий ва натрий таъсирини камайтириш учун 400—500 мл қон қуйгандан кейин 10 мл кальций глюконат, 10—15 мл 1% ли новоканин эритмасидан венага юбориш керак бўлади. У кальций цитратнинг токсик таъсирини камайтиради. Кислота-ишқор мувозанатини сақлаш учун 5% ли натрий гидрокарбонат эритмасидан 150—200 мл миқдорида юборилади. Оксидланиш ва тикланиш жараёнини яхшилаш мақсадида глюкозанинг гипертоник эритмаси, витаминлар, кокарбоксилазадан фойдаланилади. Геморрагик шокда (Г. А. Рябов) катта дозада (1—1,5 г) гидрокортисондан ҳам фойдаланилади. Гидрокортисон миокарднинг қисқариш хусусиятини яхшилайди ва периферик қон томирларнинг қисилиб қолиши олдини олади. Агар қон кетганда кучли тахикардия бўлса, строфантиндин 0,25 мг, 10—20 мл 20—40% ли глюкоза эритмасидан қуйиб қунига бир марта венага юборилади.

Қўп қон йўқотган аёлларга буйрак етишмовчилигининг олдини олиш учун венага 15—20% ли маннитол эритмасидан аёлниң тана оғирлигининг бир килограммига бир грамм ҳисобида юборилади. Шу мақсадда новоканин билан глюкоза аралашмасидан (10% ли глюкоза эритмасидан 200 мл ва 0,5% ли новоканиндан 50 мл олиб томчи ҳолда юборилади. Юборилган глюкозаниң 4 грамм қуруғига бир ТБ дан инсулин қўшилади. Қўп қон кетишининг кечиккан ҳолларида қоннинг қўйилиш хусусияти йўқолиши (гипо-афибриногенемия) мумкин. Шунга кўра, патологик ҳолатни ҳисобга олган ҳолда янги тайёрланган бир гуруҳдаги қондан фойдаланилади. Бундан ташқари, қуруқ плазма ва натив плазмадан фойдаланиш, албуминининг 5% ли эритмасидан 200—300 мл қўйиш ҳам мумкин. Агар текширишлар натижасида фибриноген бўлса, фибриногендан 8 г, баъзи ҳолларда унинг

дозасини 10—12 г га ошириш мумкин. Агар фибринолиз жарабни фаоллашган бўлса, венага 5% ли ипсилон-амниокапрон кислота, 100 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасидан томчилаб венага юборилади.

Г. М. Савельеванинг кўрсатишича, режалаштирилган, мураккаблашган кесарча кесиш операцияси, гемодинамик ҳолатни сақлаш (йўқотилган қон ўринни босадиган препарат юбориш) кифоя қилади.

Бунда полиглюкин, плазма ёки 5% ли глюкозадан фойдаланилади.

Агар аёл 0,9 дан 1% гача қон йўқотган бўлса, бунда юқоридаги омиллар етарли бўлмайди. Шунга кўра, 75% қон ва 25% қон ўринни босадиган препаратлардан фойдаланиш, гемодинамик ҳолатни тиклаш учун йўқотилган қон миқдорига қон қуйиш ва 10—20% қон ўринни босадиган эритмалардан фойдаланиш тавсия этилади. Маълумки, гемодинамик ҳолатнинг бузилиши фақат йўқотилган қон миқдорига эмас, балки операциянинг ҳажми ва қанча давом этишига боғлиқ.

Агар кесарча кесиш операциясидан кейин каллий танқислиги аниқланса А. А. Крохоров 5% ли глюкоза эритмасидан 2000 мл, натрий хлориддан 6 г, каллий хлорид аралашмасидан бир минутда 55 томчидан венага юборишни тавсия этади. Бу билан биргаликда 40% ли глюкоза (40—60 мл) эритмасидан юборишни тавсия этади.

Кесарча кесишда патологик ацидознинг олдини олиш ва даволаш мақсадида 5% ли натрий бикарбонат 15—200 мл дан томчи усулида венага юборилади.

ХИХ БОВ

ҲОМИЛА ЧАНОҚ ҚИСМИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ТУҒДИРИШ

Агар туғиш механизми нормал ва чаноқ ўлчамлари шу ҳомилага мос бўлса, ҳомила кўп ҳолатларда мустақил туғилади. Агар ҳомиланинг катта қисми туғруқ йўлида бўлса ёки ҳомилада туғруқни тезлаштириш учун кўрсаткичлар (онанинг умумий ҳолати, ҳомила асфиксияси ва бошқалар) мавжуд ҳамда бачадон бўйни деярли очиқ бўлса, унда ҳомилани тортиб чиқариш операцияси қўлланилади.

Операция учун кўрсаткичлар:

1. Аёлдаги юқумли касалликлар.
2. Юрак-томир касалликлари.
3. Аёлдаги қон айланишининг бузилиши билан кечадиган органик касалликлар.
4. Гипертония ва гистоз — токсикознинг оғир тури.
5. Уткир заҳарланиш ва бошқалар.

Ҳомила томонидан унинг асфиксияси ҳам кўрсаткичлар қаторига киради. Ҳомилани тортиб олиш учун маълум шароит лозим бўлади.

Булардан:

1. Қоғаноқ пардасининг бўлмаслиги.
2. Бачадон бўйнининг тўла очиқ бўлиши.
3. Чаноқ ўлчамлари ҳомилага мос ва унинг бирор қисмида нуқсон (ўсма, ўсимталар ва бошқалар) бўлмаслиги.
4. Ҳомиланинг тирик бўлиши.

Агар ҳомилада гидроцефалия бўлса, уни зўрлаб тортиб олиш ярамайди. Бунда туғруқ йўлларини ва ҳатто чаноқни жароҳатлаш мумкин. Одатда ҳомила тирик бўлиб, чаноқ қисми билан келган бўлса, уни тортиб олиш операцияси қўлланилади. Баъзи ҳолларда ўлган ҳомилани бошигача чиқариб, боши энса тешиги (*Foramen occipitalis*) дан перфорация қилинади, кичиклатиб кейин тортиб олинади. Ҳомила чаноқ қисми билан келганда бир оёғидан, икки оёғидан ва думбасидан тортиб олиш мумкин.

ҲОМИЛА ОЁГИ БИЛАН ТўЛА КЕЛМАГАНДА ТўГДИРИШ

Одатда бачадон бўйни сиқилиб (тиришиб) қолиши олдини олиш учун операциядан олдин 1 мл 0,1% ли атропин ёки спазмальгин, лидазадан укол қилинади (бачадон бўйнига ёки тери остига), катетер билан сийдик чиқарилади. Баъзи ҳолларда наркоздан ҳам фойдаланиш мумкин.

Операция қилиш усули. Ҳомиланинг оёғи қни бўшлиғида ёки қнидан осилиб чиқиб турган бўлса қўл билан ушланади. Бунда қўлнинг бош бармоғи болдир мускуллари бўйича жойлашади, бармоқ учи тизза бўғим чуқрчаси соҳасида бўлади. Қўлнинг бошқа бармоқлари билан болдир бўйлаб ушланади. Дастлаб тракцияни орқага, кейин олдинга торттиш билан иккинчи оёқ

чиқазилади. Бунда оёқларнинг олдинги юзаси орқага қараган бўлиши керак.

Оёқларни ҳаддан ташқари кучли айлантирганда сон бугими чиқиб кетиши мумкин. Иккита оёқ туғилгандан кейин уларни жинсий ёриқ олдида иккала қўл билан сон қисми ушлаб олинади. Оёқларни тортиб чиқариш чот бурмасигача бўлиб, симфиз остидан олдинга қараган ҳолда чот ва ёнбош суяги кўриниши билан сонлар олдинга (юқорига) йўналтирилади. Бунда ҳомила думбаси чот остидан туғилади.

Думба туғилгандан кейин у қўл билан ушланади. Бунда акушернинг катта бармоғи думғаза бўйлаб жойлашади, қолган 4 та бармоқ билан ёнбош суяги ва ҳомила сони ушланади. Кейин тракцияни акушер ўзи томон орқага (пастга) йўналтиради. Бунда ҳомила танаси ва чаногининг қийшиқ ўлчамда туғилиши таъминланган бўлади. Ҳомила киндиккача туғилади. Бунда у орқаси билан қов бугимига қараган ҳолда бўлади. Ҳомилани қорнидан ушлаб тортиш ярамайди. Чунки бунда жигар ва бошқа муҳим аъзолар жароҳатланиши мумкин.

Кейинги тракцияда ҳомила кўкрак бурчагигача туғдирилади. Шу даврда ҳомила боши чаноқ киришига йўналган ҳолда бўлади. Шунга кўра баъзи ҳолларда киндик тизимчаси боланинг танаси билан биргаликда чаноқ ичига тушган бўлса чаноқ киришига суқилган ёки чаноқ ичига тушган бош туфайли сиқилиб қолади. Бу ҳомила асфиксиясига ёки ҳалокатига сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолда бошининг туғилишини тезлаштириш керак бўлади. Ҳомиланинг қўллари одатдаги усулда, энса эса Морисо-Левре-Смелли усулида олиб чиқилади.

Ҳомила туғилиши жараёнида баъзан ҳомиланинг қўллари юқорига кўтарилиб қолади. Бунда врач унинг қўллариини қўйидаги усулда чиқаради. Врач ҳомиланинг чот остидаги қўлига қарама-қарши турган ўзининг иккинчи қўли билан унинг иккала оёғини бир-бирига жипслаб ушлаб олади. Сунгра ҳомилани юқорига — вазиятга тескари — онанинг чот бурмаси томонга, ёнга кўтаради, иккинчи қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини ҳомиланинг орқа томонидан қинга суқиб, курак томонига йўналтиради. Ҳомиланинг қўлини курак ва елка, тирсак бугими, билакнинг юқориги 1—3 қисми бўйича сиргантириб аста-секин чиқарилади. Қўллар та-

надан узоқлаштирилмаган ҳолда чиқарилиши керак. Акс ҳолда у синиб қолиши мумкин.

Қўллар одатда ҳомиланинг юзи бўйлаб сирғанади (ҳомила гуё ювинади). Орқадаги қўл озод қилингандан кейин юқоридаги бошқа қўлни озод қилишга ўтилади. Бунинг учун ҳомила тапасини кўкрак қафасининг елкаси соҳасидан икки қўл билан ушлаб бир оз ичкарига итарган ҳолда 180° га айлантирилади.

Ҳомилани айлантирганда унинг орқаси симфиз остидан ўтиши керак. Ҳомилани пастга тортиш ярамайди. Ҳомила айлантириб бўлингандан кейин иккинчи қўл ҳам биринчи қўл каби озод қилинади. Бунинг учун яна қайтадан оёқлардан ушлаган ҳолда ҳомила тапаси онанинг қарама-қарши чет бурмаси томонга — юқорига йўналтирилади.

Ҳомиланинг қўллари озод қилиб бўлингандан кейин дарҳол бошни чиқаришга киришилади. Бу даврда врач ҳомила бошининг нормал туғилиши қондаларига қатъириоя қилган ҳолда қўли билан ёрдам кўрсатиши зарур. Бу вақтда ҳомиланинг боши олдинга букилган ҳолда чаноқ ичида бўлади. У чаноқ чиқишида, симфиз остида эса ости чуқурчаси жойлашган ҳолда туриб қолган бўлади ва шу чуқурча (тақалиш нуқтаси) атрофида айланиб туғилади.

Морисо—Левре—Смелли усули ҳомила боши туғилиш жараёнида очилиб кетишининг олдини олишга қаратилган. Бунинг учун врач бир қўлини қинга юборади. Шунда ҳомила шу қўл устига минган ҳолатда бўлади, оёқлари эса врач биллагининг икки ёнида осилиб туради. Врач қиндаги кўрсаткич бармоғини тирноқ бўғимига қадар ҳомиланинг оғзига суқади. Шунда ҳомиланинг бошини олдинга буккан ҳолда олиб чиқишга имконият туғилади. Лекин ҳомила оғзига суқилган бармоқ олиб чиқувчи куч бўла олмайди. У фақат ҳомила бошининг букилган ҳолатда туғилишини (кичик ўлчамда) таъминлайди.

Врач ташқаридаги қўлининг кўрсаткич ва ўрта бармоқларини бир оз букиб ҳомиланинг бўйиндан вилкага ўхшаб қисади, қолган бармоқлари билан ҳомиланинг елкасидан ушлайди. Кўрсаткич ва ўрта бармоқлар учи ҳомиланинг ўмров суягини босмаслиги ва бармоқлар ўмров ости чуқурлигига ботмаслиги керак, акс ҳолда ўмров суяги остида жойлашган нерв чигаллари биринчи

қовурғага босилиши ёки сиқилиши натижасида бола-нинг қўли фалаж бўлиб қолиши мумкин. Врачнинг таш-қаридаги қўли асосий олиб чиқувчи куч вазифасини ўтайди.

Ҳомила бошини чиқаришда ичкаридаги қўл ҳомила бошини эгган ҳолда ушлаб туради. Ташқаридаги иккин-чи қўл билан ҳомила бошини олиб чиқиш учун тракция қилинади (пастга тортилади). Натижада энса суяги чуқурчаси симфиз остига келади. Ҳомила боши ўзининг ана шу тақалиш нуқтаси атрофида айланади. Кейин ҳомила танаси юқорига кўтарилади. Бунда бут остидан ҳомиладанинг оғзи, юзи, пешонаси туғилади.

Ҳомила думбаси билан келганда туғруқ шиши унинг думбаси ва жинсий аъзоларида бўлади. Оёғи билан кел-ганда олдинги ёки ҳар икки оёғи шишиб, бир оз кўка-ради. Демак, ҳомила думбаси ва оёқлари билан келган-да қўл билан ёрдам бериш механизмига риоя қилинади.

ҲОМИЛА ДУМБАСИ БИЛАН ЧАЛА ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚЎЛ БИЛАН ЦОВЬЯНОВ УСУЛИДА ЕРДАМ КЎРСАТИШ

Бу усул ҳомиладанинг ўлик тўғилишини, туғруқ йўлла-рининг жароҳатланишини анча камайтириб, асосан ҳо-миладанинг оёқ-қўллари жойлашишини нормал сақлайди. Қўллارнинг юқорига кўтарилиб қолиши, бошининг орқа-га эгилиши каби оғир ҳолларнинг рўй беришига йўл қўймайди.

Туғруқ муваффақиятли ўтиши учун энг аввал оёқ-лар нормал ҳолатда, чаноқ-сон бўғимлари букилган ва тизза бўғимлари очилган бўлиши керак. Цовьянов усу-ли ҳомила оёқларини танасига тегизиб ушлаган ҳолда бачадон бўйни тўла очилишини, оёқ-қўллارнинг нормал туришини, оёқларнинг ташқарига вақтидан илгари чиқ-маслигини таъминлайди.

Ҳомиладанинг кўкрак қисми туғиш йўлларидан ўтган-да уни кенгайтиради ва ҳомила бошининг қаршилик-сиз туғилиши учун шароит яратиб беради. Цовьянов бола думбаси билан чала олдин келганда туғруқни қу-йидагича олиб боришни тавсия қилади: думбалар туғ-руқ йўлидан чиқиши билан чойшаб орқали уни иккала қўли билан, яъни катта бармоқларини ҳомила сонининг орқа юзасига (қорин бўйлаб жойлашган оёқлар усти-га) қолган бармоқларини ҳомиладанинг думғаза юзасига

қўйган ҳолда ушланади. Қўлларни ҳомила танасига шундай жойлаштириш оёқларни вақтидан илгари тушиб кетишидан сақлайди. Шу ҳолда туғилаётган танани юқорига йўналтиради. Ҳомила танаси ташқарига чиққан сари врач қўлини аста-секин жинсий тешик томонга суради. Бу вақтда ҳомиланинг кўкрак қафаси бўйлаб ётган оёқларини врач катта бармоқлари билан, бошқа бармоқлари билан эса орқасидан эҳтиёткорлик билан ушлаб, қўлини юқорига суради. Бу вақтда ҳомила оёқларининг вақтидан илгари чиқишига, қўлларининг очилиб ва бошининг орқага эгилиб кетишига йўл қўйилмайди.

Ҳомиланинг танаси сўнгги туғилиш давомида елка камаригача ташқарига чиқса, унинг қўллари ўзи тушади. Агар ҳомиланинг қўллари ташқарига чиқмаса, уларни қиндан чиқаришга уринмасдан елка камари чаноқ чиқишининг тўғри ўлчамига келтирилади. Натижада олдинги қўл қов суяги остидан чиқади. Сўнгра ҳомила танаси юқорига кутарилса, бут остидан орқа қўл ва у билан бир вақтда ҳомиланинг оёқлари ҳам ташқарига чиқади. Бу вақтда кўпинча ҳомиланинг боши чаноқ тағида бўлади.

Болани туғдириш учун ҳомила танаси пастга, сўнгра юқорига йўналтирилади. Олдинга эгилган ҳомила боши кучаниқ натижасида ташқарига мустақил чиқади. Агар бош туғруқ йўлидан мустақил чиқмаса, уни чиқариш учун юқорида айтиб ўтилган Морисо—Левре—Смелли усули қўлланади. Аммо Цовьянов усулини қўллаганда бу усулдан камдан-кам ҳолларда фойдаланилади.

Агар бачадон бўйни тула очилмаган, думбалар туғила бошлаган бўлса, стерилланган тагликни жинсий ёриққа ёпиб, қўл билан туғилаётган думбалар ушлаб турилади. Бунда қов устидан ретракцион ҳалқа кутарилганига қараб (агар 10 см юқорига кутарилган бўлса) ҳамда туғиш дарди зўрайганига асосланиб (бунда ҳар бир кучаниқда думбаларни ушлаб туриш қийинлашади) бачадон бўйни тула очилган деб хулоса қилинади ва ҳомилани юқорида айтилган усул (Цовьянов усули) бўйича туғдирилади.

ҲОМИЛА ОЕҶЛАРИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ЦОВЬЯНОВ УСУЛИНИ ҚўЛЛАШ

Ҳомила оёқлари билан олдин келганда думбалари билан келгандагига қараганда туғруқ бирмунча оғир кечади. Ҳомиланинг ўлик туғилишига кўпинча туғруқ йўлларининг тайёр эмаслиги ва бачадон бўйнининг тула очилмаганлиги сабаб бўлади. Ҳомила оёқлари чаноқ қисмига ва бошга нисбатан кичик бўлгани учун туғруқ йўлларида ўтишда уни етарлича кенгайтира олмайди.

Ҳомила оёқлари ҳали тула очилмаган бачадон бўйнидан қинга тушиб, жинсий ёриқдан чиқиши мумкин. Бундай ҳолларда врач қин орқали текширганда ҳомиланинг оёғига тегади ёки оёғи жинсий тешикдан кўришиб туради. Бундай пайтда ҳомила бехосдан нафас олади ва қоганоқ суви нафас йўлларига кетиб қолиб, асфиксия юз беради, натижада ҳомила нобуд бўлади.

Бундан ташқари, ҳали тула очилмаган бачадон бўйнидан ҳомиланинг кенг ва катта қисмлари (боши ва елкаси) нинг туғилиши ҳам қийин бўлади. Оёқлар билан олдин келганда кўпинча ҳомиланинг қўллари ёзилиб кетади ва бош орқага қайрилиб қолади.

Бачадон бўйни тиршиб, тораёиб қолиши натижасида кўпинча ҳомиланинг елкаси сиқилиб қолади. Бунинг олдини олиш учун Цовьянов усулидан фойдаланиш керак бўлади. Бу усулдан фойдаланишдан олдин бачадон бўйни тиршиб қолишига қарши чоралар кўриш лозим бўлади. Бунинг учун атропин, спазмальгин, лидазалардан фойдаланилади. Цовьянов таклиф қилган қўл билан ёрдам кўрсатиш усули ҳомиланинг оёқлари билан келишида рўй берадиган қийинчиликларнинг олдини олишга асосланган. Бу усул қўлланилганда бачадон бўйни тула очилгунча ҳомила оёқлари ташқарига чиқмай қинда туриши зарур.

Бунинг учун ҳомиланинг товони вульва ҳалқасидан кўриниши билан врач аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини стерилланган таглик билан ёпиб, устидан кафтини вульвага қўяди ва ҳар гал дард тутганда ҳомила оёқларини ташқарига чиқишига қаршилик кўрсатади. Шу билан оёқларнинг вақтидан илгари туғилишига йўл қўйилмайди. Бундан ташқари, оёқларни ташқарига чиқиб кетишига қаршилик кўрсатиш натижасида тўлғоқнинг тез-тез ва кучли бўлишига ва бачадон бўйнининг

тўла очилишига эришилади. Бачадон буйни очилган сари ҳомиланинг думбаси туша боради ва қиндаги оёқларга яқинлашади. Ҳомила гуё чордана қургандек бўлиб қолади, натижада думба билан аралаш (тўла) олдин келиш рўй беради.

Бачадон буйинининг тўла очилганини чот (ташқи жинсий аъзо) ва орқа чиқарув тешигини ҳомила думбаси итарганда дуппайиб чиқиши ва ретракцион ҳалқанинг симфиз юзасидан 10—12 см юқорига кўтарилганидан ҳамда думбалар кучли босим билан вульва ҳалқасини босишидан билиш мумкин. Олдинда келувчи қисм сўнги марта сурилганда чот кенгайиб, туғруқ йўли кенг очилади. Бу вақтда оёқларнинг чиқишига қаршилик кўрсатишни тўхтатиш керак.

Шундан сўнг кучаниқда ҳомила чиқаётганда қаршиликка учрамай туғилади. Ҳар гал дард тутгандан кейин ҳомиланинг юрак уриши эшитиб турилади. Агар асфиксия бошланиши аломатлари сезилса, туғруқни тезлатиш зарур. Цовьяновнинг кўрсатишича, оёқларнинг вақтидан илгари ташқарига чиқишига қаршилик кўрсатиш 20 минутдан 4 соатгача (баъзан 20 минутдан 2 соатгача) давом этиши мумкин.

ҲОМИЛА ОЕҒИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ТУҒДИРИШ

Ҳомила битта ёки иккала оёғи билан келганда ва бачадон буйни тўла очиқ бўлганда у оёғидан ушлаб тортиб туғдирилади. Бунинг учун қўлнинг катта бармоқлари ҳомиланинг болдир мускуллари бўйлаб, қолган бармоқлари билан болдирнинг олд томонидан айлантирган ҳолда ушлаш керак. Тортганда оёқлар чиққан сари врачнинг қўли ҳомиланинг оёқлари бўйлаб юқорига, туғруқ йўлига томон сирғанади, елка ва бошни туғдириш жараёни одатдагича кечади.

ҲОМИЛАНИ ЧОВИДАН УШЛАБ ТУҒДИРИШ

Врач кўрсаткич бармоғини чотнинг олдиндаги очилган жойига қўяди, сўнгра бармоғини қармоқ каби қайириб, орқадаги чот бурмасига юборади. Пастга тортилганда бармоқлар ҳомиланинг сон суякларини синдирмаслиги учун фақат сонни эмас, балки ҳомила чаноғини ҳам эҳтиёткорлик билан олиб чиқади. Бунда

құл кучини ошириш учун врач иккинчи қули билан би-лагидан ушлаган ҳолда ҳомилани тортади. Ҳомилани пастга тортиб чиқариш олдинги думбаси ташқарига чиқиб ёнбош суяги симфиз остига келгунча давом этади. Шундан кейин юқорига тортади. Бундай тортишда ҳомиланинг танаси ёнига эгилиб, орқадаги думба ташқарига чиқади. Шундан сунг иккинчи қўлнинг илмоққа ўхшатиб эгилган кўрсаткич бармоғини чотнинг орқага эгилган жойига юбориш мумкин бўлади. Шундай ҳолатда ҳомиланинг кураклари пастки бурчагигача олиб чиқилади. Ҳомиланинг оёқлари ўзи тушади.

Ҳомила елкасини ва бошини туғдириш одатдагича бўлади.

ҲОМИЛАНИ АСБОБЛАР ЁРДАМИДА ЧОВИДАН ТОРТИБ ТУҒДИРИШ

Ҳомила асбоблар ёрдамида, дока боғич ёки қисқичлар ёрдамида туғдирилганда ҳомилада оғир жароҳатларни, хусусан бўғимларнинг чиқишини, суякларнинг синишини ва бошқа ҳолларни кузатиш мумкин.

Ҳомилани чаноғидан тортиб туғдириш усули фақат ҳомила ўлик бўлгандагина қўлланади.

ҲОМИЛА ЧАНОҚ ҚИСМИ ЕКИ ОЁғИ БИЛАН КЕЛГАНДА УЧРАЙДИГАН АСОРАТЛАР

Ҳомила чаноқ қисми ва оёғи билан келганда туғруқ оғир ўтиши ва ҳомила ҳаёти хавф остида қолиши мумкин. Бундай шаронда акушерлик амалиётида қуйидагилар энг муҳим ҳисобланади.

1. Ҳомила бошининг тутилиб қолиши.
2. Ҳомила қўлларининг очилиб қолиши (юқорига кутарилиб).
3. Ҳомиланинг орқа кўринишда келиши.
4. Ҳомила бошининг ёзилиб, очилиб келиши натижасида ҳомиланинг чаноқ киришида тиқилиб қолиши. Бундан ташқари, ҳомила бошида конфигурация бўлмаганига кўра чаноқдан ўтиши қийин бўлади.
5. Ҳомила чаноқ қисми билан келганда кейин келадиган бош туфайли киндик қисилиб қолиши натижасида ҳомила асфикасияга учраб нобуд бўлиши мумкин.
6. Қоғоноқнинг вақтидан илгари ёрилиши. Бунга сабаб ҳомила думбаси билан келганда (айниқса оёғи би-

лан) тақалиш камари бўлмаганига кўра қогоноқ ичидаги босимга унинг пардаси бардош бера олмай, ёрилади. Натижада ҳомила суви вақтидан илгари кетиб қолади. Бунда ҳомиланинг майда қисмлари, кўпинча киндик тизимчаси тушади.

XX БОБ

АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧЛАРИ

Акушерлик қисқичларидан фойдаланиш ҳақидаги фикр XVII асрда пайдо бўлган.

Акушерлик қисқичини биринчи марта П. Чемберлен (1560—1631) ихтиро этган. Шундан кейин 1723 йилда Иоган Пальфин, 1733 йилда Дюже, ундан кейин эса бирин-кетин 1751 йилда Францияда Левре, 1752 йилда Англияда Смеллилар бошқа турдаги қисқичларни ихтиро этдилар.

Русияда акушерлик қисқичларини биринчи марта 1752 йилда Н. Ф. Эразмус қўллаган. 1784 йилда Н. М. Максимович-Амбодик қисқич қўйиш операциясини бажаришдаги кўрсаткичлар, уни ишлатиш учун шароитлар ва операция қилиш усули ҳақида китоб чоп этди. Қисқичларнинг тури кўп бўлиб, ҳозирда Симпсон қисқичидан кўпроқ фойдаланилади. Биз қўйида Яковлев тузган жадвални келтирамиз.

Бу жадвални келтиришдан мақсад қисқич қўйганда ҳомила бошининг қандай жойлашганлигини тасаввур қилишдир. Бу операция вақтида осонлик туғдиради.

Маълумки, акушерлик қисқичидан фойдаланишда шунингдек қисқич қўйиш учун зарур бўлган шарт-шароитлар ҳисобга олинмаса, қўйилган қисқич оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Масалан, ҳомила бош суягининг зарарланиши, миёга қон қўйилиши, ҳатто унинг ҳалокати, онасида эса юмшоқ тўқималарнинг зарарланишидан ташқари, суякларининг жароҳатланиши, қов бўғимининг ажралиб йиртилиши каби оғир асоратлар билан натижаланиши мумкин.

Акушерлик қисқичларидан асосан туғруқнинг II дaврини, яъни кучаниқни тўхтатишда фойдаланилади. Қисқич қўйиш врачдан маълум даражада моҳирликни талаб қилади. И. П. Лазарев шундай дейди: «Акушерлик қис-

қичидан бошқа бирорта асбоб йўқки, врачдан ўта билимдонликни ва мускуллар сезгирлиги яхши бўлишини, қўл ҳаракатидаги эҳтиёткорликни талаб қилсин».

Баъзи акушерлар қисқич ишлатишни танланган операция усули деб ҳисоблайдилар. Бу хато фикр бўлиб, ўринсиз қўйилган қисқичда операция вақтида, ундан кейин ва ҳатто бир неча йил ўтгандан кейин ҳам унинг берган асоратлари намоён бўлади. Қисқич ёрдамида туғдирилган болалар баъзан ақлий ва жисмоний ўсишдан орқада қоладилар. Шунингдек, болаларда руҳий касаллик, оёқ ва қўлларнинг парез ва фалажи, нутқ бузилиши ва бошқа нуқсонларни учратиш мумкин.

Акушерлик қисқичи асосан ҳомиланинг туғилишини тезлатиш учун ишлатиладиган асбобдир. М. С. Малиновский айтганидек, қисқич ёрдамида ҳомила бошини чаноқ сатҳида жойлаштиришни туғрилаш мумкин эмас.

Агар врач малакали бўлса, қисқичлардан фойдаланган ҳолда ҳомила бошининг ҳолатини ўзгартириш мумкин экан. Биз бу фикрга қўшила олмаймиз. Қисқичдан фақат ҳомиланинг туғилишига ёрдам берадиган асбоб сифатида фойдаланиш керак.

Қисқичда ҳомила айланттирилмай, фақат ҳомила боши айланттирилади. «Жарроҳ қўлидаги пичоқ каби акушер қўлидаги қисқич ҳам унинг малакасини аниқлайдиган белгидир» (Феллинг). Феллингнинг фикрича, қисқич фақат ташқаридан куч бериб ҳомиланинг туғилишини осонлаштирувчи асбоб ҳисобланади, у ҳеч қачон ҳомила бошига механик таъсир кўрсатмаслиги керак. Қисқичлар ҳомила бошига шундай жойлаштириш керакки, гўё бош нормал туғруқ жараёнидаги каби босим таъсирида бўлсин. Қисқичнинг бошига таъсири минимал даражада бўлиши керак.

ҚИСҚИЧЛАРИНИНГ ТУРЛАРИ

Қисқичларнинг тури жуда кўп бўлиб, булардан кўпроқ ишлатиладигани Симпсоннинг Феноменов билан биргаликда қайта шакллантирилган қисқичидир. Бу калта қисқич бўлиб, чаноқ шаклига мосланган айланмаси бор. Бандлари бир-бирига чалишадиган қулфли, қўзғалувчан. Унинг чап қошиқчаси юқорисид ва ўнг қошиқчаси пастиди пластинка жойлашган. Шу пластинкалар ёрдамида қисқичнинг ҳар икки қошиғи бир-бирига

Ҳомила энсаси билан олдин келганда чаноқ ичининг сатҳига бўлган муносабатини аниқлаш
(Яковлев бўйича)

Ҳомила бошининг жойлашиш ҳолати	Ташқи текшириш усули билан аниқлаш	Қил орқали текшириб аниқлаш
<p>Ҳомила боши чаноққа кириш сатҳида юқорида, қимирловчан ёки умуман кириш сатҳидан юқорида</p>	<p>Пайпаслаганда ҳомила бошини ҳар томонга қўзгатса бўлади. Текшираётган қулларни осонлик билан ҳомпла боши тагидан бир-бирига яқинлаштириш мумкин</p>	<p>Бармоқлар ёрдамида ҳомила бошини фақат ташқи қўл билан чаноқ кириш томонга сургандагина унга тегиниш, диагональ коньюгата ва чаноқ ичини текшириш мумкин.</p>
<p>Ҳомила бошини чаноқнинг кириш сатҳида қисилган ҳолда ёки чегарали равишда қимирлатиш мумкин.</p> <p>Ҳомила боши кичик сегменти билан чаноқ кириш сатҳида қисилган ҳолатда жойлашган.</p>	<p>Ҳомила боши чаноқ киришига суқилганда уни қўл билан қўзғатиш қийин, бош остига текширувчи қўлни киргизиш учун фақат бошни юқорига сурши лозим бўлади.</p> <p>Бармоқлар ёрдамида ҳомила бошининг бир қисмининг пайпаслаши мумкин. Бошининг кўп қисми чаноқ киришидан юқорида.</p> <p>Бир томонида пешона, иккинчи томонда энса пайпасланади. Ташқаридан текширилганда қўл бармоқлари бири-биридан узоқда бўлади.</p>	<p>Бармоқлар ёрдамида чаноқнинг деворлари сатҳини (қов суягининг юқори сатҳи, помсиз чизиқни, думгаза суягини), умуман чаноқнинг барча қисмларини пайпаслаш мумкин бўлади.</p> <p>Текширувчи қўл бармоқлари билан бошига тега олади. Бунда бошни юқорига сурини, бармоқни бундан ҳолда промонторнумга тегизини мумкин бўлади:</p> <p>Ҳомила бошининг пастки кичик лиқилдоғи соҳасига осон тегилади. Ҳали чаноқ суяги сатҳини пайпаслаш мумкин. Промонторнумга эса фақат бармоқларини бундан ҳолда тегини мумкин.</p>

Ҳомиланинг боши узин-
нинг катта сегменти бил-
лаи кичик чаноқ кпри-
шига суқилган ёки
уининг кенг қисмига
жойлашган.

Ҳомила боши чаноқ
ичида, аниқроғи чаноқ-
нинг тор қисмида.

Ҳомила боши кичик
чаноқ чиқинида:

Ҳомила бошининг кўп қисми кичик
чаноқ кириш сатҳидан анча настрга ту-
пиб жойлашганига кўра, Пискачек
усули буйнча ҳомила бошига анча қи-
йинчилик билан тегиш мумкин.

Текшираётган қўл бармоқлари билан
ҳомила бўйинини — елка соҳасини пай-
наслаш мумкин. Пискачек буйнча ҳо-
мила бошига осон тегилади.

Юқоридаги каби

Ҳомила бошининг настки сатҳи утиргич
суягининг уеиқлари (Spina ishii) ораси-
да жойлашган бўлиб, промонториумга
бармоқларни тегизиб бўлмайди. Думгаза
чуқурчаси бош билан тўлган. Фақат
ушнинг настки қисмини пайнаслаш мум-
кин.

Ҳомила бошининг настки сатҳи утиргич
суяги ўеиғи (Spina ishii)дан настрда: Ҳо-
мила боши думгаза чуқурчасини тўла-
тади. Симфиз ва чаноқ утиргич суяк-
ларини пайнаслаб бўлмайди.

Ҳомила боши чаноқ тубида, дум суя-
гини бармоқ билан пайнаслаш мумкин.
Ташқи жишеий аъзоларининг юмшоқ қисми
ва қиндаи ичкии қисми пайнасланади.
Ташқи жишеий йириқдан ҳомила боши-
нинг чоки кўриниб туради.

кириб жойлашади. Буида шу пластинкалар туфайли қисқич қошиқларини юқорига ёки пастга суриш мумкин бўлади. Бу билан қисқичларда маълум қўзғалиш таъминланади. Бу хилдаги қисқичларда бош айланмасининг чуқурчаси мавжуд бўлиб, ҳомила бошини қаттиқ қисмайдиған қилиб ишланған.

Лазаревич қисқичида фақат бош айланаси учун чуқурча бўлиб, чаноқ уйғи (*fossa sacrum*) учун чуқурча (букилма) бўлмайди. Қисқичнинг узунлиги 36 см, қулфи. Бу турдаги қисқичлар ҳомила боши юқорида (чаноқ киришида) жойлашганда уни олиб чиқишга мўлжалланған. Акушерлик амалиётида деярли қўлланилмайди. Чунки одатда қисқич фақат ҳомила боши чаноқ ичида ёки чиқишида бўлгандагина қўйилиб, ундан юқорида бўлганда қисқичдан фойдаланиш асло мумкин эмаслигини врач асло унутмаслиги керак.

Негель кашф этган қисқич англиялик ва француз акушерлари ихтиро этган қисқичларининг умумлашмасидир. Биз қўйида шу қисқич турларидан намуналар келтирдик (6-жадвал).

6-жадвал

Турли тузилишдаги қисқичларнинг техник жиҳатдан сифатланиши
(А. А. Иванов ва А. В. Ланкович бўйича)

Қайси давлатда чиқарилган	Узулиги	Қулфи	Чаноқ эгил- маси
Россия Англия ГФР	Ўртача Қалта Ўртача	Жуда қўзғалувчан Ўртача қўзғалувчан Деярли қўзғалмайди	Йуқ Бир оз эгилган Қисман эгил- ган
Франция	Қалта	Қимирламайди	Қалта

Юқоридаги жадвалдан куриниб турибдики, баъзи қисқичларнинг қошиғида ҳомила бошига мослашган уйилма ва чаноқ уқининг йуналишига мослашган айланма мавжуд. Чаноқ қошиғидаги уйилма ҳомила бошини қаттиқ сиқмайдиған қилиб ишланған. Шуларни ҳисобга олган ҳолда Франция қисқичларидан кўпроқ фойдаланилади.

К. В. Чачава ва П. В. Вашакидзелар юмшоқ қисқичларни тавсия этганлар. Улар кашф этган қисқичларда ҳомила боши тегиб турадиған қисмига резина қопланған бўлиб, бошини укчалик эзмайди.

М. С. Малиновскийнинг айтишича, қисқичлар қандай тузилишида бўлмасин, 750 граммдан оғир ва 40 см дан узун бўлмаслиги керак.

Уларнинг бади 15 см, қошиғи 20 см, бош айланаси ўйғи 8 см, чаноқ айланаси 7—7,5 см бўлиши, қошиқлар оралиғи 2—2,5 см, қошиқларнинг кенлиги 4—4,5 см, қалинлиги 44 мм бўлиши керак.

Қисқич қўйиш учун кўрсатмалар:

Қисқич қўйишда қисқичлар туғри танланишидан ташқари, врачдан чуқур фикр юритишни талаб қилади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, қисқич она ёки ҳомила томонидан, баъзан ҳар иккаласидаги мавжуд кўрсатмалар асосида қўйилади. Бунда у асосан туғруқ жараёнини тезлаштириш учун ишлатилиб, фақат ҳомиланинг тирик туғилишига қаратилган бўлади. Агар ҳомила ўлик бўлса, бу усулдан асло фойдаланилмайди.

Она томонидан кўрсатмалар:

а) туғруқ дарди иккиламчи суэт бўлгани сабабли туғруқ жараёни қўзилади, ҳомиланинг чаноқ ичида сурилиши суётлашади ёки бутунлай тўхтаб қолади. Натижада ҳомила боши чаноқнинг бирор сатҳида узоқ туриб қолади. Агар бу ҳолат 2 соатдан кўп давом этса, унда аёл учун оғир ҳолат юзага келади.

Ҳомила боши туғруқ йўлининг юмшоқ тўқимасини ва чаноқдаги аъзоларини (қовуқ, туғри ичак) чаноқ деворига босиб қўяди, натижада шу қисмда қон оқиши камаяди (жойли ишемия), кейин бутунлай тўхтайдди. Бунинг натижасида шу босилиб, қонсизланиб қолган жой некрозга учрайди. Некроз кучиб туриши натижасида шу жойда қовуқ, туғри ичак тўқимаси юзага келади.

Чилла даврининг 3—4-кунлари, баъзан кейинроқ бу ҳолат намоён бўлади. Бу асорат аёл учун жуда оғир ҳолат ҳисобланиб, аёл руҳий ва жисмоний азоб чекади. Бундан ташқари, ҳомиланинг туғилиши узоқ давом этгани туфайли унда кислород етишмаслиги авж олиб, асфиксия рўй беради. Агар ўз вақтида ёрдам берилмаса, ҳомиланинг ҳалокати билан натижаланади.

М. С. Малиновскийнинг айтишича, агар ҳомила боши биринчи туғувчиларда 2 соат, қайта туғувчиларда 1 соат чаноқ ичида ёки унинг тубида туриб қолса, бунинг қисқич қўйиш учун кўрсатма деб ҳисоблаш керак. Ле-

кни бунда дастлаб туғруқ дардини иккиламчи сустилигини тезлаштирувчи омиллардан фойдаланиш лозим. Агар ҳомила ҳаёти хавф остида бўлса, бунда албатта қисқич ёрдамида туғруқни тезлатиш лозим бўлади.

Онадаги баъзи бир патологик ҳолатлар, масалан:

1. Юрак порогининг суб ва декомпенсацияси.

Юрак пороги стенозида туғруқнинг иккинчи даври қисқич ёрдамида тугаллашни талаб қилади. Маълумки, юрак порогининг барча турларида суб ва декомпенсация пайдо бўлиши мумкин. Шунга кўра, бундай ҳомиладор аёллар терапевт назоратида бўлишлари ёки махсус ихтисослашган стационарда туғишлари керак. Акушер эса ўз вақтида қисқич қўйиш курсатмаларини аниқлашни ва ҳомила ҳолатини назорат қилиб туриши лозим.

2. Ўткир ва сурункали юқумли касалликларда (сил, нефрит, оғир гипертония, баъзи бир асаб касалликлари) қисқич қўйилади. Акс ҳолда бу хилдаги касалликлар туғруқ жараёнида кучайиб, оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

3. Турли ўпка касалликларида (бронхиал астма ва бошқалар). Туғруқ жараёнида юзага келадиган қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиши диафрагмани юқорига кутаради. Бу ҳолат ўз навбатида ўпканинг нафас олиш ва чиқариш ҳажминини камайтириб юборади. Натижада аёлда нафас олиш қийинлашиб, оғир нафас етишмовчилигини келтириб чиқаради.

4. Бундан ташқари, аёлда катта бўқоқ бўлса ҳам аёлнинг умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатади. Бундай ҳолларда агар қисқич қўйиш учун шаронт мавжуд бўлса, унда шу операцияни қўллаш лозим бўлади.

5. Аёлда туғиш жараёнида бирор юқумли касаллик туфайли тана ҳарорати кўтарилса ёки туғишдан илгарин ҳам ҳарорат баланд бўлган бўлса бу ҳолат аёл ва ҳомила ҳаётига хавф туғдириши мумкин. Шунга кўра, бу ҳолатда ҳам шаронт бўлса қисқичдан фойдаланиш лозим бўлади.

6. Туғруқ жараёнида қон кетиб қолса, хусусан жинсий аъзо соҳасидаги веналар кенгайиб ва ёрилиб қон кетса, бундан ташқари, плацентанинг вақтидан илгарин кучиши кузатилса, қисқич қўйиш ёрдамида туғруқни тезлатиш лозим бўлади.

7. Қечиккан токсикоз — гистозда, у оғир кечганда,

айниқса эклампсия босқичида шаронтга қараб қисқич қўйилади.

8. Тугруқдаги эндометритда.

9. Заҳарланиш ва интоксикацияларда қисқич қўйилади.

Ҳомила томонидан кўрсатмалар:

Ҳомила учун тугруқ жараёнидаги энг оғир ҳолат кислород етишмаслиги ёки кислород билан таъминланиш бутунлай тўхтаб қолишидир (қисқа муддатга).

1. Ҳомиланинг киндик тизимчаси қоғоноқ пардасига ёпишган бўлиши, ҳомила тугруқ йўллари бўйлаб сурилганда қиндан, қоғоноқ пардадан узилиб, у қон йўқотиши ва ҳалокатга учраши мумкин. Бундай ҳолларда шаронт бўлса, қисқич ёрдамида тугдириб олган маъқул деб ҳисобланади.

Бундан ташқари, ҳомила гипоксиясига механик омиллар ҳам сабаб бўлади.

2. Киндик ўқининг қисилиб қолиши.

Бачадон бўйини қисман ёки тўла очилиб ҳомила боши чаноқ киришига суқилмаган бўлса, киндик ўқи ҳомила олди суви билан пастга, яъни қиндан ташқарига (агар узун бўлса) ёки қин ичига тушади (*insertio velamentosa*). Бундай ҳолатда бачадон бўйини тўла очик бўлсада, ҳомила боши чаноқ киришига суқилган ёки чаноқ ичига тушган бўлса, ҳомила боши киндик ўқини сиқиб, ҳомилага кислород келиш йўлини тўсиб қўяди. Бундай ҳолатда қисқич қўйиш орқали тугруқни тезлашиб, ҳомила ҳаёти сақлаб қолинади.

3. Агар киндик ўқи узун ва ҳомила ҳаракатчан бўлса, унда у ҳомиланинг танаси ва оёқ-қўлларига ўралиб қолиб, кислород танқислигига сабаб бўлади. Агар ҳомила шу ҳолатда чаноқ каналдан сурилиб, уни тубига тушган ва тирик бўлса қисқич қўйиш мумкин. Аммо бунда кўпинча кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади.

4. Ҳомиланинг юрак уриши ўзгариши. Юрак уришининг секинлашиши, ритмининг бузилиши, тезлашиши ҳам қисқич қўйишга кўрсатма бўла олади. Маълумки, плацентада қон айланишининг бузилиши қандай патологик ҳолатда пайдо бўлмасин, ҳомила юрак уришининг

секинлашишига, ритмининг нотўғри бўлишига, юрак уришининг тезлашишига сабаб бўлади.

Маълумки, туғруқ дарди тутганда ҳомиланинг юрак уриши бирмунча секинлашади (қон томирлар қисилиб қолиши натижасида плацентада қон айланиши бирмунча сустлашади), аммо дард оралиғида плацентадаги қон айланиши яна тикланади. Баъзан туғруқ дарди жуда кучли, ҳатто тетаник равишда қисқариш билан кечса, ҳомилада кислород етишмаслиги оғир тус олади. Шу билан ҳам врач дард оралиғида ва дард тутиш жараёнида ҳомиланинг юрак уришидан хабардор бўлиб туриши зарур. Агар дард орасида ҳам юрак уриши секинлигича қолса, бу асфиксиядан далолат беради. Бундай ҳолда шаронг бўлса, қисқич ёрдамида туғруқни тезлатишга ҳаракат қилиш керак бўлади.

М. С. Малиновскийнинг айтишича, агар ҳомиланинг юрак уриши бир минутда 100 марта ва ундан камайиб кетса, бу ҳам қисқич қўйиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Агар ҳомиланинг юрак уриши борган сари камайиб борса, бу ҳомиланинг ҳалокати яқинлигини кўрсатади, юрак ритмининг ўзгариши эса газ алмашишнинг бузилашидан дарак беради. Бунда ҳам туғруқни қисқич ёрдамида тезлатиш зарур бўлади. Ҳомила юрак уриши тезлашишини секинлашишидан кўра енгил ўтказади. Ҳомиланинг юрак уриши тезлашишига унинг кучли қимирлаши, онанинг тана ҳарорати кўтарилиши ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин.

Юракнинг узоқ вақтгача тез уриши ҳомилага салбий таъсир кўрсатади. Бу ҳолда қисқич қўйиш ёки қўймаслик ҳақида кўплаб фикр-мулоҳазалар мавжуд. М. С. Малиновский агар туғруқ жараёнида ҳомиланинг юрак уриши 120—140 атрофида бўлса ва кейин 160 га кўтарилиб шу бўйича қолса, бунда ҳам қисқич қўйиш керак дейди.

Агар туғруқ жараёнида ҳомилдан меконий ажралиши кузатилса, бу ҳомила организмда углевод оксид тупланиб, ичак ганглиялари қитиқланишига сабаб бўлади, натижада ичакларда перистальтика кучаяди, ҳомилада юз берган гипоксия натижасида тўғри ичак қисқичлари бўшалади. Агар шунда юрак уриши секинлашиши, тезлашиши ёки аритмия ҳолати кузатилса, шаронг бўлган тақдирда қисқич қўйиш керак бўлади.

Баъзан ҳомиланинг кучли қимирлаши ҳам асфиксия-

дан хабар беради. Агар туғруқ жараёнида киндик тизимчасида шовқини кучли ва турғун ҳолатда бўлса, ҳамда кучая борса, бу ҳолатда киндик тизимчасида қон айла-ниши бузилган деб фикр юритиш мумкин. Шу сабабли ҳам врач доимий равишда ҳомиланинг юрак уришини кузатиб туриши лозим.

Асфиксия хавфи туғилганда Хмелевский ва Нико-лаев усулларидан фойдаланиш ҳам мумкин. Бунинг учун онанинг венасига глюкоза, кальций хлорид, кислород ёки глюкоза, аскорбинат кислота, коразол юбориш мум-кин.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ УЧУН ШАРОИТЛАР

Умуман, қисқич қўйиш учун маълум шароит бўлиши керак. Булар асосан 6 та кўрсаткичдан иборат: 1) ҳоми-ла тирик бўлиши шарт. Чунки қисқич қўйиш фақатгина она учун эмас, балки ҳомиланинг ҳаётини сақлаб қо-лиш учун ҳам зарур.

2. Туғруқ йўллари тайёр бўлиши керак. Албатта ба-чадон бўйини тула очик (10—12 см, яъни 5 бармоқ сига-диган) бўлиши зарур. Агар бачадон бўйини тула очик бўлмаганда қисқич қўйилса, бачадон бўйини ҳомила бо-ши билан биргаликда қисиб олиниб, унинг оғир жаро-ҳатланишига сабаб бўлади. Бунда қисқич қўйгач, ҳо-мила бошини тортиб чиқариш жараёнида бачадон бўй-ни тўқимасини ҳам биргаликда йиртиб чиқариш мум-кин. Бу ҳолат бир томондан оғир қон кетишига ва ик-кинчи томондан бачадон бўйинининг нуқсонли бўлиб қо-лишига сабаб бўлади. Шуларни ҳисобга олган ҳолда унутмаслик керакки, қисқични бачадон бўйинини яхши-лаб текширгач, тула очилганига ишонч ҳосил қилгач қўйиш керак. Маълумки, биринчи туғувчиларда бача-дон бўйинининг канали текислангандан кейингина унинг ташқи лаби очилади. Бўйинининг очилиш босқичида унинг ташқи тешиги жуда юпқалашган бўлишига қарамай, ҳали бутунлай очилмайди. Сўнгги босқичдагина бутун-лай очилади.

3. Ҳомила боши жуда катта ёки кичкина бўлмаслиги керак.

Маълумки, қисқичларнинг барча тури нормал ҳажм-даги бош учун мослашган. Чала туғилган ҳомидаларда уларнинг боши кичкина бўлганига кўра, қисқичдан сир-

галиб чиқиб кетади. Вақтига етмасдан туғиладиган ҳомиланинг бош суяклари юмшоқ ва ҳали етарли тараққий қилмагани сабабли ўринсиз қисқич қўйиш жараёнида бош мия зарарланиши мумкин.

Агар ҳомила боши катта, хусусан гидроцефалия бўлса, қисқич билан олиб чиқиш мумкин бўлмайди. Қисқич учун бу бош катта ва бундан ташқари қисқич соғлом ва бенуқсон болаларни туғдириш учун мўлжалланган. Умуман, ҳомила боши катта ёки гидроцефалия бўлса, у чаноқ ичига сурила олмайди.

4. Ҳомила боши ўзининг катта сегменти билан чаноқ бўшлиғи ичида ёки чаноқ тубида бўлиши керак. Ҳомила боши ўзининг ўқ-ёйсимон чоки билан чаноқ чиқишининг тўғри ўлчамида турса, қисқич қўйиш мақсадга мувофиқ. Аслида қисқичлар ҳомиланинг шу ҳолати учун белгиланган. Буида қисқич қошиқлари ҳомила бошига тўғри жойлашади ҳамда жароҳатланмайди. Баъзи ҳолларда қисқичларни ҳомила боши чаноқ ичида (катта сегменти билан) бўлганда ҳам қўйишга тўғри келади. Буида ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқ ичининг ўнг ўқи ёки чап қийшиқ ўлчамларида туради. Буида қисқичларнинг жойлашиши шу қийшиқ ўлчамга мослашган бўлади.

Шунга кўра, қисқич қўйишдан олдин врач ҳомила бошининг ҳолатини аниқ тасаввур қилиши зарур. Бунинг учун врач ҳомила бошининг ҳолатини синчиклаб ўрганиши ва аниқ ташхис қўя билиши керак. Баъзи ҳолларда ҳомила бошида туғруқ жараёнида пайдо бўлган туғруқ шиши жинсий тешикдан кўриниб туради. Кўпинча врач буни ҳомила боши пастда, чаноқ чиқишида деб хатога йўл қўяди. Буида Годженнинг параллел сатҳидан фойдаланиш лозим. Маълумки, Годже чаноқда 4 сатҳни белгилайди.

1. Терминал сатҳ — чаноқнинг кириш қисмидаги сатҳи.

2. Асосий сатҳ — симфизнинг пастки четидан 2—3-думғаза суягигача бўлган сатҳ.

3. Ўтирғич суяги ўсимталари (*spina ossis ishii*) оралиғидаги сатҳ.

4. Думғаза ва дум суяги бўғимини (*art. sacro coccygea*) кесиб ўтадиган сатҳ — чиқиш сатҳи.

Врач шу сатҳларга риоя қилиши, ҳомила боши 3-ва 4-сатҳларда бўлгандагина қисқич қўйиш мумкинли-

ғини унутмаслиги керак. Агар ҳомила боши унча катта бўлмаса ва катта айланмаси билан промоториумдан ўтган бўлса, унда у чаноқ киришидан пастга сурилган (II сатҳ), агар симфизининг пастки четида турган бўлса, унда ҳомила боши III сатҳда, думгаза ўсимтасини бармоқлар билан пайпаслаб бўлмаса, унда ҳомила боши чаноқ чиқишида эканлиги аниқланади. Агар ҳомила боши билан қинининг орқа девори орқали бармоқ билан кириши мумкин бўлмаса, демек ҳомила боши чаноқ тубида деб фикр юритиш мумкин.

5. Қоғоноқ пардаси йиртилган бўлиши, агар йиртилмаган бўлса уни йиртиш керак бўлади.

Баъзи ҳолларда қоғоноқ пардаси қалин бўлиши туфайли у бачадон бўйни тўла очиқ бўлишига қарамай (одатда бачадон бўйни тўла очилгандан кейин қоғоноқ пардаси йиртилади) йиртилмай қолади. Агар врач буни ўз вақтида аниқлай олмаса ва парда бутун турган ҳолда ҳомила бошига қисқич жойлаштирилиб ҳомила туғдирилса, унда ҳомила ўз пардасига ўралган ҳолда туғилади. Бунда ҳомила билан биргаликда йўлдош ҳам ўрнидан кўчиб, ҳомиланинг нобуд бўлишига ҳамда оғир қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Аммо баъзи ҳолларда қоғоноқ пардада олдинги сув кам бўлса, ясси қоғоноқ парда ҳомила бошига тегиб турганига кўра уни аниқлаш қийин бўлади. Агар олдинги сув етарли бўлса, унда қоғоноқ пардасини аниқлашда қийинчилик туғилмайди. Мабодо қийинчилик туғилса, у қин ойналари ёрдамида аниқланади.

6. Чаноқ тор бўлмаслиги керак. Маълумки, қисқич ҳомирани жароҳатламай тирик туғдиришга мулжалланган, шу сабабли ҳомила бошини эзиб қўймасликка ҳаракат қилиш лозим.

М. С. Малиновский ўз китобида Ольстаузеннинг бир сўзини келтиради: «Қисқич тор чаноқ учун кўзга мушт туширган билан баробар». Шунга кўра, қисқич қўйишдан олдин чаноқни ҳар томонлама ўрганиш, ундаги нуқсонларни аниқлаш (чаноқ ичида ўсимталар, ўсмалар, чаноқ бўғимларида деформациялар бор-йўқлигини аниқлаш) лозим бўлади.

Қисқич қўйиш учун монеъликлар:

1. Ҳомила ҳомила.
Одатда қисқич ҳомила ҳаётини сақлаш учун қўйилади.
2. Агар ҳомила туғруқ жараёнида ўлиб қолган бўлса, ҳомилани майдалаб олиш операцияси — эмбриотомия усули қўлланилади.
3. Чаноқнинг чин конъюгатаси 9 см дан кам бўлса, бунда ҳам қисқич қўйиш ярамайди.
4. Чаноқнинг ички сатҳида ўсимталар ва ўсмалар бўлса.
5. Бачадон бўйини ҳали тўла очилмаган бўлса.
6. Ҳомила боши юқорида, кичик ва катта сегменти билан чаноқ киришида бўлганда (асосан қисқич қўйиш учун ҳомила боши чаноқ ичида ёки тубида бўлиши керак деб айтиб ўтган эдик).
7. Ҳали акушерлик амалиётини старли эгалламаган врач ҳомила боши чаноқ ичида бўлганда қисқич қўйиши мумкин эмас. Чунки бу ҳолда қўйиладиган қисқичлар атипик қисқичлар бўлиб, акушерлик амалиётини чуқур ўрганишни ва моҳирликни талаб қилади.

АКУШЕРЛИК ҚИСҚИЧЛАРИНИ ҚЎЙИШ УСУЛИ

Қисқич қўйишнинг 2 хил усули мавжуд.

1. Типик қисқичлар.
2. Атипик қисқичлар.

Қисқич қўйишнинг типик усулида ҳомила боши чаноқ тубида бўлиши, думгаза чуқурчаси ва дум соҳасини бутунлай тўлатиб, унинг ўқ-ёйсимон чоки чаноқ чиқишининг тўғри ўлчамида, кичик лиқилдоқ олдинда, симфиз бўғими остида, катта лиқилдоқдан пастда жойлашган бўлиши лозим. Қисқич ёрдамида туғишнинг охириг босқичида ҳомила боши туғилишига ёрдам кўрсатилади. Бунда ҳомила боши ўзининг кичик ўлчамида туғилади. Шу сўнгги босқичда албатта бу ҳолатни кузатиб туриш, агар оралиқ йиртилиши хавфи туғилса, перинеотомия, элизиотомия ёки парамедиал усулда жинсий ёриқни кенгайтириш керак бўлади. Қисқич қўйишда 3 та қонда мавжуд.

Биринчи қонда бўйича ҳомила боши кичик чаноқ киришидан то чиқишигача олдинда келувчи нуқта билан, чаноқ ўқи бўйича чаноқнинг урта сатҳи бўйича ўтиргич суяги, ўсиқлари оралиғи (сатҳи) томон сурилади. Сунгра олдинга ва бир оз юқорига айланиб, чаноқ чиқишига тўғри келиб қолади. Демак, қисқичда ҳам туғиш механизми қайтарилади.

Иккинчи қонда а да қисқич қошиқлари айрим-айрим ҳолда қинга киритилади. Ҳар икки қошиқ ҳомила бошига жойлашгандан кейин қулф бекитилади.

Унг томондаги қошиқ унг қўл билан, чап томондаги қошиқ чап қўл билан киритилади. Олдин чап қошиқ киргизилади. Қисқич ҳомила бошига унинг чаноқ каналда сурилиш ҳолати аниқлангандан кейин қўйилади. Агар ҳомила боши чаноқ ичида бўлса, унда тракцияни акушер ўз тиззаси томон, яъни пастга, агар чаноқ чиқишида бўлса, пастдан юқорига тракция қилинади.

Охириги тракция қилинганда қисқич банди акушернинг пешонаси томон йўналтирилиб, шу йўсинда туғиш механизмига амал қилинади.

Учинчи қонда а да қошиқларнинг учи горизонтал ҳолатида юқорига қараган бўлади. Қисқичларнинг ўлати ҳомила бошини олиб чиқиш жараёнида чаноқ ўқиға тўғри келиши, қошиқлар чуққиси йўналиш ўқиға тўғри бўлиши керак. Қисқичларни ҳомила бошига жойлаштирганда уларнинг қошиқларини ҳар икки чакка соҳасига қулоқ усти билан жойлаштириш керак. Агар ҳомила бошига жойлаштирилган қисқич қошиқлари ҳомила бошининг кўп қисмида, бошининг чакка дўмбоғидан юқорида турган бўлса ва қисқич чуққиси юқорига қараган бўлса (йўналтириш нуқтаси), бунда қисқич тўғри қўйилган деб фикр юритиш мумкин.

ТИПИК ҚИСҚИЧЛАР

(Ҳомила боши чаноқ тубида олдинги кўринишда энса қисми билан жойлашганда қисқич қўйиш)

Типик қисқичлар ҳомила боши чаноқ каналдан ўтиб чаноқ тубида ўзининг ўқ-ёйсмон чоки билан чиқишининг тўғри улчамида ётганда, кичик лиқилдоқ

эса қов бұғимининг пастки четига тегиб туриб, катта лиқилдоқ унда пастда жойлашганда қўйилади. Бунда қисқич қошиқларининг ўқи чаноқнинг кўндаланг ўлчамига — ҳомила бошининг бипариетал ўлчамига тўғри келади (қисқичлар ўқи ҳар икки қошиқни ўртасидан кўндаланг равишда кесиб ўтадиган чизиқ). Бу турдаги қисқичларни қўйишда 5 та амалга рноя қилиш лозим.

1. Қошиқларни киргизиш
2. Қисқични бир-бирига яқинлаштирган ҳолда қулфни ёпиш.
3. Тракция қилиб кўриш (синов тракцияси).
4. Қисқичда ҳомила бошини тортиб чиқариш.
5. Қисқични счиш.

Агар шу амаллар тўғри бажарилса, кутилган натижага эришиш мумкин. Типик қисқич қўйишдан олдин қуйидагилар бажарилади.

1. Аёлни операцияга тайёрлаш. Ташқи жинсий аъзолар жуплардан тозаланиб, унга спирт ва йод эритмаси суртилади.

2. Аёлнинг оёқларига матодан тикилган пайпоқ (бахила) кийгизилиб чойшаб билан ташқи жинсий аъзо соҳаси очиқ қолдирилган ҳолда бекитилади.

3. Аёлнинг умумий аҳволига қараб оғриқсизлантириш усули қўлланилади.

4. Қисқичларни текшириб, қошиқларнинг ташқи сатҳига қинга киргизганда осон сурилиши учун вазелин суртилади.

5. Ўнг қўлнинг 4 та бармоғини қиннинг ўнг томони-га (қин девори билан ҳомила боши оралиғига) киргизилади. Қисқич қошиқлар худди қалам ушлаган каби чап қўлнинг 3 та бармоғи билан ушланади.

Қошиқларнинг эгилган қисми ҳомила боши сатҳида сирғаниши керак. Бунда қисқич-қошиқнинг чуққиси кўрсаткич ва ўрта бармоқ орасида бўлган ҳолда, унинг банди қарама-қарши томонга йўналган бўлади. Ўнг қўлнинг катта бармоғи қисқич-қошиқнинг пастки чети йўналишига кўмаклашади ёки қисқич қошиқни аста суради. Чап қошиқни жойлаштиригандан кейин (бунда чап қошиқнинг банди онанинг ўнг чот бурмасига йўналтирилган бўлади) ёрдамчи қисқич қошиқларни ортиқ кўзғатмасдан ушлаб туради. Қошиқнинг банди ўрта чизиққа яқин ва бутга тегиб турган бўлса, бунда у тўғри жойлаштирилган ҳисобланади.

Чап қошиқ жойлаштирилгандан кейин унинг бандини ёрдамчи ушлаб туради ва ун­г қошиқни жойлаштиришга киришилади. Бунда чап қулнинг кафтини хомила боши томонга қаратган ҳолда қин девори буйлаб бош ораллиғига киритилади. Кейин ун­г қошиқни ун­г қул билан худди қисқичнинг чап булагини ушлаган каби ушлаб, юқорида ай­тиб ўтилган қондалар буйича ун­г томонга киритилади. Қисқич қулфини бекитишда битта қошиқ иккинчисидан чуқурроқ жойлашгани сабабли қийинчилик туғилса, албатта чуқурроқ жойлашган қошиқни бир оз пастга тортиб кейин қулфланади (унча чуқур жойлашмаган қошиқни итариб юқорига суриш ярамайди).

Ҳомила бошини қисқич қошиқлари қисиб олмаслиги учун унинг бандлари орасига сочиқ еки пеленка қўйилади. Шундан сун­г ҳомила боши қисқичда тортиб кўрилади (синов тракцияси). Бу билан қисқич қошиқлари туғри жойлашгани қайта аниқланади. Бунинг учун бир қул (одатда ун­г қул) билан қисқичнинг ёпиқ қулфидан ушланади (қул кафтларини устига қўйган ҳолда), қулнинг курсаткич бармоғи ҳомила бошига тиралади. Қисқични тортишда чап қул бармоғининг ҳолати кузатиб турилади. Бунда бошга тегиб турган бармоқ қисқич сурилишида ҳомила бошидан узоқлашаётган-узоқлашмаётгани аниқланади (синов тракцияси).

Агар бармоқлар бошдан узоқлашса, демак қисқич нотўғри қўйилган ҳисобланади ва уни ечиб қайтадан қўйилади ва синов тракцияси яна қайтарилади. Агар бармоқ бошдан узоқлашмаса, демак қисқич қошиқлари яхши жойлаштирилган бўлади ва ҳоми­лани чин тракция билан туғдиришга киришилади.

Ҳомила бошини қисқич ёрдамида туғдиришда ҳам нормал туғиш механизмига риоя қилиш зарур. Маълумки, ҳомила боши жинсий тешикдан чиқишда қов бўғими остида тақалиш нуқтасини ҳосил (pinpoint fixum) қилади, яъни энса суяги чуқурчаси чаноқнинг шу ерига келиб тақалади, кейин ҳомила боши шу нуқта атрофида айланиб очилади ва ниҳоят пешона, юз қисмлари туғилади. Қисқич билан ҳомила бошини туғдиришда уни чайқатиш ярамайди. Тракция жараёнида қисқич қошиқлари ҳомила бошини қаттиқ сиқмаётгани қошиқ бандларининг ҳолатига қараб аниқ-

ланади. Агар улар бир-бирига зич тегиб турса, бу ҳомила бошининг сиқилишидан далолат беради.

Шунга кўра ҳар бир тракция оралиғида қисқич бандларини сиқмасдан ушлашга ҳаракат қилиш лозим. Қисқич билан ҳомила бошини олиб чиқишда кучаниқ тўхтамаслиги учун наркоз жуда чуқур берилмаслиги керак. Ҳомила боши жинсий тешикдан энг катта қисми билан туғилгач (энса қисми келганда) қисқич ечилади. Бош туғилгандан кейин қисқичлар ечилмаслигига сабаб ҳомила боши билан қисқич қошиқлари жинсий лабни кенгайтириб юбориши ва бут йиртилишига сабаб бўлишидир. Шунга кўра, тракция вақтида бут йиртилиши хавфи туғилса (шишса, оқариб юпқалашиб қолса), перинеотомия, эннзотомия ёки парамедиал қирқиш йули билан жинсий тешик кенгайтирилади.

ҲОМИЛА ОРҚА КЎРИНИШДА ЭНСА ҚИСМИ БИЛАГ ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Туғиш механизмида ҳомила боши чаноқ ичида айланиб, чиқишда кучли букилган ҳолатда бўлади. Катта лиқилдоқ ва баъзан пешона суягининг сочли чегараси тақалиш нуқтаси бўлиб, қов бўғими соҳасига тиралиб қолади. Энсаси думғаза томонга қараган бўлади. Ҳомила боши туғилишида янада ортиқроқ эгилиши лозим (одатда чаноқ ичига эгилган ҳолатда сурилади).

Ҳомила боши чакка суяклари билан жинсий тешикдан чиққач, у очила бошлайди. Бунда ҳомиланинг юзи симфиз остидан чиқади. Кейин энса чуқурчаси иккинчи тақалиш нуқтаси бўлиб, дум суягига тақалади. Шу нуқта атрофида ҳомила боши бутунлай туғилиши учун очилади ва ниҳоят ҳомила туғилади.

Ҳомила боши орқа кўринишда бўлганда ўқ-ёйсимон чок чаноқнинг тўғри ўлчамиди, қин орқали текширилганда ҳомила боши пастда, катта лиқилдоқ қов бўғими остиди, ўқ-ёйсимон чок чаноқ чиқишининг тўғри ўлчамиди бўлади. Ҳомила боши шу ҳолатда чаноқ чиқишида тургандагина қисқични биоприетал ҳолатда қўйиш мумкин бўлади.

Ҳомила бошини туғдиришда иккита тақалиш нуқтаси борлигини ёдда тутиш лозим. Бунда биринчи тақалиш нуқтаси борлигини ёдда тутиш лозим. Бунда

биринчи тақалиш нуқтаси симфизга тақалгандан сунг (катта лиқилдоқ ёки чот чегараси) ҳомила бошини чиқазишга кириштиради. Бунда айланма ҳаракат буйича қисқич бандини юқорига-олдинга кўтарилади. Шунда ҳомила боши янада кучлироқ букилади, энса чуқурчаси дум суягига тақалади (бу иккинчи тақалиш нуқтаси) ва чакка суяги ҳамда энса туғилади. Бу жараёнда бут йиртилиши хавфи кўпроқ бўлади ва шу туфайли перинеотомия ёки эпизиотомия қилишга тўғри келади.

Ташқи жинсий аъзо йириғидан энса қисми кўриниши билан ҳомила бошининг кейинги тақалиш нуқтаси атрофида айланишига имконият туғилади. Қисқич қошиқлари орқага (пастга) йўналтирилади, бунда симфиз остидан пешона, юз ва энгак туғилади.

Бош очилиши жараёнида қисқич қошиқлари бошдан сурилиб кетмаслиги керак, бунда аёлнинг жинсий аъзолари жароҳатланиши мумкин. Шунини унутмаслик керакки, қисқич ёрдамида орқа кўринишни олдинги кўринишга ўтказишга уриниш сира мумкин эмас.

Атипик қисқичлар

Ҳомила боши чаноқ ичида ўқ-ёйсимон чоки билан унинг бирор қийшиқ ўлчаминда бўлганида атипик қисқич қўйилади.

Бунда ҳомила боши ҳали тўла айланиб бўлмаган ҳолда чаноқ тубига деярли яқинлашади. Шу сабабли бу хилдаги қисқичларни қўйишда акушердан маълум даражада билим ва моҳирлик талаб қилинади. Қисқич қошиқлари чакка қисмида типик қисқичлар каби жойлаша олмайди, бу унинг бирор қийшиқ ўлчамига жойлашади.

Атипик қисқичлар одатда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки, чаноқнинг қийшиқ ёки кўндаланг ўлчаминда бўлади. Агар ўқ-ёйсимон чок қийшиқ ўлчамда бўлса, унда қисқични икки чакка (бипариетал) соҳасига қўйилмай, балки қийшиқ ўлчамга қўйилади. Қисқич қошиқлари учи орқага эмас, олдинга қараган бўлади. Ўқ-ёйсимон чок кўндаланг жойлашган бўлса, қисқич қошиқлари атипик ҳолатда жойлашади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, қисқич қошиқлари даги ҳомила боши учун белгиланган ўйма чакка суяги

ўлчовига мослашган. Демак, ҳомила боши чаноқ ичида, чаноқнинг қийшиқ ўлчамида жойлашганда бу шароит бўлмайди. Чунки ҳомила бошининг парриетал ўлчами қийшиқ жойлашган бўлганига кўра, атипик усулдан фойдаланилади.

Агар ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки кўндаланг жойлашган бўлса, чаноқ ўлчамига нисбатан қисқич қошиқлари чаноқнинг қийшиқ ўлчамида жойлашади. Бунда қошиқлар чўққиси орқага қарамасдан, олдинга қараган бўлади. Шунга кўра, И.И. Яковлев бундай ҳолларда Феноменов қисқич-қошиғида чаноқ айланмаси бўлганига кўра уни ишлатишни маслаҳат бермайди. Чунки бунда ҳомила боши чаноқ ичида айланиб чиқаётганда, ўқ-ёйсимон чок тўғри ўлчамга ўтаётганда қисқич айланмаси унга халақит беради. Бу ҳолда тўғри қисқичдан фойдаланган маъқул, деб ҳисобланади.

ҲОМИЛА БОШИ ҲОМИЛА БОШИ ЧОКИ БИЛАН ЧАНОҚНИНГ Кўндаланг ўлчамида турганда қисқич қўйиш

Маълумки, ҳомила боши ўқ-ёйсимон чокининг кичик чаноқ ўлчамига нисбатан кўндаланг жойлашгани кўпинча ҳомила бошининг чаноқ бўшлиғи кенг қисмидан тор қисмига сурилиб ўтишида қийинчилик туғдириши мумкин. Қисқич қўйишда дастлаб қошиқлар орқа томонга киргизилади. Бунда 1-ҳолатда ўнг, иккинчи ҳолатда чап қошиқ киритилади. Агар ҳомила боши шу ҳолатда бўлганда қисқични ҳомила бошининг бипарриетал ўлчамига қўйилса, унда қисқич ўқи чаноқнинг тўғри ўлчамига тўғри келиб қолади. Шунга кўра, бу ҳолатда уни қўйиб бўлмайди. Бунда қисқични ҳомила бошининг бипарриетал ўлчамига қўйилса, унда қисқич ўқи чаноқнинг тўғри ўлчамига тўғри келиб қолади. Шунга кўра, бу ҳолатда уни қўйиб бўлмайди. Бунда қисқичлар ўқини чаноқ ўлчамига ҳам, бош ўлчамига ҳам қийшиқ ўлчамга бир хилда тўғри келтириб жойлаштирилади.

Агар ҳомила биринчи ҳолатда бўлса, унда қисқичнинг чап қошиғини орқага, чап қийшиқ ўлчамга қўйилади. Бунда чап қошиқ ҳомиланинг қулоқ тоғайи орқасига қўйилади. Шунда қисқичлар асимметрия ҳола-

тида ҳомила бошига ва чаноқ ўлчамига жойлашади. Ўнг қошиқ эса олдинга қўйилиб, қулоқ олдига (кўз чуқурчасининг ташқи чети, чакка чоки соҳасига), оғиз томонга йўналган ҳолда юз суягига жойлашади. Бунда ўнг қошиқ адашган қошиқ бўлади. Ҳомила боши соат стрелкасига қарама-қарши томонга 90° бурилади. Бошини қисқич билан зурлаб айлантириш мумкин эмас. Чаноқ чиқишида қисқич унинг ўнг қийшиқ ўлчовида бўлиб қолади. Бу ҳолда қўйилган қисқич ҳомила бошини яхши ушлай олмай, бош айланишида анча қийинчилик туғилади.

Баъзи ҳолларда ҳатто қисқични ечиб яна қайта қўйишга тўғри келади. Қошиқларни жойлаштиргандан кейин уни қулфлашда қисқич бандининг бир-биридан узоқлашганини кўриш мумкин. Бу ҳол қисқич ҳомила бошининг катта ўлчамида жойлашганда кузатилади.

Қисқич қулфини бекитгандан кейин унинг бош билан бирга пастга айланиб сурилиши таъминланади. Ниҳоят, ҳомила боши дастлаб 45° га айлантирилади. Бу вақтда ҳомила бошининг ўқ-ёйсимон чоки чаноқнинг қийшиқ ўлчамига тўғри келиб қолади. Бунда қисқични ечиб, уни қайтадан қўйишни маслаҳат берамиз. Қайтадан қисқич қўйганда у қийшиқ ўлчамга мослаб қўйилади. Баъзи мутахассислар ҳомила боши чаноқ тубига келганида (90° га айланганидан кейин), яъни чаноқ чиқишида қисқични бипарнетал ўлчамга тўғри келтириб ўқ-ёйсимон чокининг тўғри ўлчамида қайтадан қўйишни тавсия этадилар.

Ҳомила боши пастла, чаноқ тубида узоқ туриб қолиши мумкин эмас. Бунда албатта қисқичдан фойдаланиш керак. Чунки бунда ҳомила боши чаноқнинг айланиши мумкин бўлган қисмидан ўтиб бўлган, шунга кўра бу ҳолатда унинг чаноқ чиқишига томон сурилиши деярли мумкин бўлмай қолади. Натижада юмшоқ тўқималар узоқ босилиб оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

ҲОМИЛА БОШИ ОЧИЛИБ КЕЛИШИДА ҚИСҚИЧ ҚУВИШ

Ҳомила бошининг очилиб келиши 3 даражада бўлади, деб айтиб ўтган эдик.

1. Бошнинг тепаси билан келиши.
2. Пешонаси билан келиши.

3. Юз билан келиши.

Ҳомила боши тепаси билан келганда кўп ҳолатларда у мустақил туғилиши мумкин. Шунга кўра, врач туғруқ жараёнини кузатиб бориши керак. Маълумки, бунда олдинда келувчи нуқта катта лиқилдоқ бўлади. У олдинда бўлади ва ҳомила орқа кўринишда туғилади.

ҲОМИЛА БОШИ ТЕПАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Бош тепаси билан келганда ҳомила боши бир оз очилган (орқага эгилган) ҳолатда бўлади. Бошнинг тепаси билан келишига кўпроқ чаноқнинг яссилиги сабаб бўлади. И. Ф. Жорданио бачадон пастки сегментининг етарли ривожланмаганлиги, ҳомиланинг кичкина бўлиши, кенг чаноқ, чаноқ аномалиялари ва чаноқ туби мускулларининг етарли ривожланмаганлиги, хомиланинг энса қисми, ҳатто бўйиннинг биринчи умвртқасининг нотўғри ривожланиши бошнинг тепаси билан келишига сабаб бўлиши мумкин, деб ҳисоблайди.

Бундан ташқари, корин деворининг осилган бўлиши хомиланинг бачадонда кийшик жойлашиши, кофнок сувининг кетиб қолиши, сувнинг кўплиги, киндикнинг хомила бўйнига ўралиб қолиши ҳам бошнинг тепаси билан келишига қулай шароит яратеди. Шуларни ҳисобга олган ҳолда қисқич қўйиш кўрсатмаларини синчиклаб ўрганиш лозим.

Туғруқ жараёнида кўп ҳолатларда бош тепаси билан келганда ҳомила орқаси билан думғазага қараган ҳолда туғилади. Туғиш механизми куйидагилардан иборат: чаноқ киришида катта лиқилдоқ кичик лиқилдоқлар бирмунча пастда ёки бир чаккага жойлашган бўлади. Чаноқ ичида бош тепасининг олдинги қисми билан қов суяги томон айланади. Бунда ўқ-ёйсимон чок биринчи ҳолатда чаноқнинг чап қийшиқ ўлчамида, агар иккинчи ҳолатда бўлса, ўнг қийшиқ ўлчамига туғри келади. Ҳомила боши чаноқ тубига тушиб туғилиши жараёнида симфиз остига бурун суяги *globella* такали - ва биринчи такалиш нуқтаси ҳисобланади. Ҳомила боши шв нуқта атрофида айланиб, олдинга эгилди. Чот остидан чакка ва бошнинг энса қисми энса дўмбоғига туғилиб, дум суягига тақалади. Бу

иккинчи тақалиш нуқтаси дейилади. Шу тақалиш нуқтасида айланиб, ҳомила боши орқага эгилади. Бунда қов суяги остидан юз ва энгак туғилади. Олдинда йўналтирувчи нуқта катта лиқилдоқдир. Бунда ҳомила боши жинсий ёриқдан тўғри ўлчам айланмаси (diameter fronto occipitalis) билан ўтади. Унинг ўлчами 12 см, айланаси 34 см. Кўп муаллифларнинг фикрича, бош тепаси билан келганда мустақил ҳолатда туғилиши мумкин (70—75 %). Аммо қисқич қўйиш учун лозим кўрсаткичлар (ҳомилада асфикция, туғруқ дардиниң сўстлиги ва бошқалар) бўлгандагина бу операциядан фойдаланилади.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ ХУСУЛИ

Қисқич қошиқларини шундай қўйиш керакки, унинг банди бирмунча кўтарилган ҳолатда бўлиши керак. Бунда бошининг яна кўпроқ орқага қайрилиб кетиши олди олинган бўлади.

Қисқич-қошиқларини ҳомила энсаси билан келганда қўйиладиган қисқич каби қўйиб бўлмайди. Бунда қисқич қошиғини ҳомила кўлоғи соҳаси ёнига, олдинга, иккинчисини орқага қўйилади. Биринчи тракцияни қисқич бандини юқорига кўтарган ҳолда, кейин эса ўзининг юзи томонга то симфиз остидан бурун суяги кўрингунча қилинади. Сўнгра тракцияни вақтинча тўхта-тиб, акушер туғаётган аёлнинг чап ёнига ўтади ва қисқични қулф қисмидан ушлаб ҳомила боши эгилишига кўмаклашади. Бунда иккинчи тақалиш нуқтаси — энса чуқурчаси дум суяги остига тўғри келади. Кейин акушер бошни шу тақалиш нуқтаси атрофида очилишига кўмаклашади, бунда қов бўғими остидан юз қисми туғилади. Кейин қисқич қошиқлари ечилади. Ҳомиланинг елкаси ва танаси одатдагича туғдирилади.

ҲОМИЛА ПЕШОНАСИ БИЛАН ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Ҳомила боши орқага кўпроқ эгилиши натижасида пешона олдин келади ва бошнинг шу қисми чаноқнинг кириш қисмига тақалиб қолади. Натижада туғруқ жараёни тўхтайдди. Қин орқали текширилганда пешона, икки томондан қош усти ёйлари ҳамда катта лиқилдоқнинг олдинги бурчаги аниқланади.

Туғиш жараёнининг биринчи босқичида ҳомила боши орқага қайрилиб пешона чоки чаноқ кириш қисмининг кундаланг ўлчамида туради. Шундай ҳолатда ҳомила боши чаноқнинг кенг қисмида узоқ туриб қолади. Натижада пешона соҳасида туғруқ шиши пайдо бўлади ва бош шакли ўзгаради. Ҳомила шу ҳолатда чаноқнинг тор қисмига тушади. Бунда туғруқ ғурраси янада катталашади (гуё бодрингга ўхшаб қолади).

Ҳомила боши чаноқнинг тор қисмига келгач, қийишлик билан айланади ва пешона чоки чаноқ чиқишида, унинг тўғри ўлчамида бўлади. Бунда юқори жағ симфиз бўғимининг пастки четига тақалиб, энса қисми орқага қараган бўлади, туғруқ дарди кучли бўлса, ҳомила боши туғруқ йириғидан сурилаётганида аввал пешона, кўз, бурун туғилиб, юқори жағ суяги симфиз остига тақалади. Бунда ҳомиланинг олдинга букилиши анча қийин бўлади. Чунки ҳомила бош суягининг энг қаттиқ қисми, юқори жағ суяги чаноқнинг симфиз бўшлиғига тақалиб колганига кўра ҳомила бошининг олдинга эгилиши қийин бўлиб, ҳатто кўп ҳолатларда туғруқ тўхтаб қолади. Агар туғруқ дарди туфайли ҳомила боши эгила олса, унда энса чуқурчаси думғаза-дум бўғими соҳасида тақалади. Кейин ҳомила боши шу тақалиш нуқтаси атрофида айланиб қов остида оғиз ва энгак туғилади. Ҳомила танаси одатдаги усул бўйича туғдирилади. Йўлдош ўзи тушиши, баъзи ҳолларда уни қўл билан кўчириб олиш мумкин. Кейин албатта туғруқ йўлларини синчиклаб кўздан кечириб чиқиш керак. Туғилган чақалоқни ҳам аҳамият бериб кузатиб туриш шарт. Чунки қисқич ёрдамида туғилган болалар жароҳатланган бўлишлари мумкин. Ҳомила боши пешонаси билан олдин келганда фақат синов қисқичини қўйиш мумкин. Бунда қисқичдан камдан-кам ҳолатларда фойдаланилади. Ҳомила ўлик бўлса краниоклазия, тирик бўлса, кесарча қирқишдан фойдаланиш лозим.

ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ УСУЛИ

Қисқич қошиқлари катта лиқилдоқ ва қулоқлар соҳасида жойлашган бўлиши лозим. Биринчи тракция-тортишни орқага қилиб, токи юқори жағ суяги қов бўғими остига келгунча давом эттирилади. У қов бўғими остига тақалади. Бунда биринчи тақалиш нуқтаси пай-

до бўлади. Кейин олдинги-юқориги тракцияни то энса суяги тугилгунча давом эттирилади. Бунда 2-тақалиш нуқтаси энса чуқурчасига тўғри келади. Сунгра қисқич бандларини яна орқага-пастга тушириб, симфиз остидан юз қисми, оғиз ва энгак чиқарилади. Демак, бунда ҳам қисқич ёрдамида тугиш механизми қайтарилади. Бунда ҳамма вақт ҳам кутилган натижага эришиб бўлмайди. Шунинг учун бошқа тўғдириш усулларидан фойдаланилади.

ҲОМИЛА БОШИ ЮЗИ БИЛАН ОРҚА КЎРИНИШИДА ОЛДИН КЕЛГАНДА ҚИСҚИЧ ҚЎЙИШ

Қисқич қўйишда ҳомила бошининг ҳолатини аниқлаш зарур бўлади. Ташқаридан пайпаслаб текширилганда ҳомиланинг боши орқага кўпроқ эгилган бўлгани сабабли боши билан орқаси оралиғида чуқурча пайдо бўлади. Ҳомиланинг орқаси ичкарига қайрилиб, бачадон деворидан узоқлашади. Кўкрак қафаси эса аксинча, бачадонининг қарама-қарши деворига жуда яқин келади. Пайпаслаганда шу юқоридаги ҳолат аниқланади. Ҳомиланинг юрак уриши унинг орқасидан эмас, балки кўкрак томонидан эшитилади. Қин орқали текширилганда ҳомиланинг юзи, пешонаси, кош усти ёйлари, бурни ва оғзи аниқланади. Текширишда кўзини жароҳатлашдан сақланиш керак.

Ҳомила юзи билан орқа кўринишида келганда энгак қов бўғими томонга қараган бўлсагина ҳомила тугилиши мумкин. Агар энгак промоториумга қараган бўлса, тўғила олмайди. Чунки ҳомиланинг пешонаси қов суяги устида тақалиб қолади. Шунга кўра, кейинги ҳолатда қисқич қўйилса, катта хато қилинган бўлади. ди.

Ҳомиланинг орқа кўринишида энса қисми билан промоториумга қараган ҳолатида қисқич қўйилса, албатта тўғиш механизмига катъий риоя қилиниши керак. Бунда қисқич қошиқлари чаноқнинг кўндаланг ўлчамида жойлашиши керак. Агар қисқич яхши қўйилмаган бўлса, унда қошиқлар ҳомила боши ўкига мослашиб, кичик лиқилдоқдан энгаккача ушлайди. Бунда қисқич бандлари чаноқ ўкига нисбатан бир оз қийиш ҳолатда бўлади. Агар шу йўсинда қисқич жойлаштирилмаса, ҳомила буйини жароҳатлаш мумкин. Трак-

ция қилганда қисқич бандлари юқорига йўналган бўлиши керак. Бунда ҳам қўйилган биринчи қошиқни ёрдамчи ушлаб туради.

Қисқич бандлари пастга йўналтирилган ҳолда тракция қилинади. Симфиз остидан энгак ва тил ости суяк соҳаси (тақалиш нуқтаси) кўрингунча тортилади. Кейин эҳтиёткорлик билан қисқич бандлари қорни девори томонига ўтказилади. Бунда ҳомила боши букилиб (ҳомила боши тақалиш нуқтаси атрофида айланади), бут остидан пешона, чакка ва энса туғилади.

Ҳомила юзи билан арқа кўринишда (ҳомиланинг орқасига инсбатан) келганда қисқич қўйиш анча мураккаб бўлади. Бу операцияни албатта мутахассис врач бажариши керак. Ҳомила орқаси билан олдинги кўринишда келганда ҳомила боши кичик чаноқ кичиришида суқилиб қолиб, туғилмайди. Шунга кўра, бундай ҳолатда қисқич қўйиш мумкин бўлмайди. Бунда агар ҳомила тирик бўлса, кесарча кесниш, ўлик бўлса, кранеоклазия ва клейдотомия операцияларидан фойдаланилади.

ҚИСҚИЧ ҚўЙИШДА УЧРАЙДИГАН ҚИЙИНЧИЛИКЛАР

1. Агар қисқич қошиқлари бир хилда жойлашмаган бўлса уни қўл билан пастроққа сурниш мумкин. Асло чуқур киргизилмаган қошиқни ичкарига итариб иккинчи қошиққа тенглаштириш ярамайди. Чунки бунда туғруқ йўллари ва бачадон бўйни жароҳатланиши мумкин.

2. Агар ҳомила боши билан келиб, унинг киндик тизимчаси ёки қўли тушган бўлса, уларни ҳам қисиб олиш мумкин. Бу эҳтиёткорликни талаб қилади.

3. Қисқичлар ҳомила бошига лозим даражада жойлаштирилмаган бўлса, унда қисқичлар сирғаниб еетиши мумкин. Бунда қисқични қайтадан қўйиш керак бўлади.

ҚИСҚИЧ ҚўЙИШДА КўЗАТИЛАДИГАН ЖАРОҲОТЛАР

Қисқич қўйганда ҳомилада ҳам, онада ҳам турли жароҳатлар учраб туради. Онада кузатиладиган жароҳатлар:

1. Асептика қондаларига етарли рия қилинмаса

туғруқ йўлларига инфекция тушиб, чилла даврида учрайдиган инфекцияларни касалликларни пайдо қилиши мумкин.

2. Туғруқ йўлларининг жароҳатланиши.

Агар бачадон бўйни тўла очилмасдан туриб унга қисқич қўйилса (айниқса биринчи туғувчиларда — чунки уларда олдин бачадон бўйнининг олдинги тешиги, кейин қиёга қараган қисми очилади), яъни врач аниқламасдан туриб қисқич қўйса, бачадон бўйни қисқичдан жароҳатланиши, юлиниши мумкин.

3. Ҳомиланинг олдинда келувчи қисмига қисқич ўлчамлари қўшилиб, уни бир оз бўлсада катталашшига олиб келади ва туғруқ йўллари орқали ўтаётган юмшоқ тўқималарни жароҳатлайди. Шунингдек, перинотомия, эпизотомиялар сони ҳам ошади.

4. Ҳомила боши қисқич ёрдамида олиб чиқилаётганда у қайси кўринишда ётишидан қатъи назар жинсий тешикдан туғилиш жараёнида туғиш механизмига риоа қилинмаса, тракция бутининг, қиёнинг, ҳатто туғри нчакнинг жароҳатланишига сабаб бўлиши мумкин.

5. Бут нерви (п. ретенеа) босқилиши натижасида оёқларла фалажлик кузатилиши мумкин.

6. Қисқич билан ҳомила боши олиб чиқилиши жараёнида симфиз бўғими ғиртилиши ҳоллари кузатилади.

ҲОМИЛАДА КУЗАТИЛИШИ МУМКИН БЎЛГАН ЖАРОҲАТЛАР

1. Бош миянинг эзилиши. Баъзи ҳолларда бола бошининг ташқи юзасида бирор жароҳат кўзга ташланмаса ҳам бош мия эзилиши мумкин. Бунга асосий сабаб ҳомила бошининг қисқичдан узоқ сиқилиб қолишидир. Бунда ҳомила бўшашган ҳолатда туғилади, йиғламайди, нафас ҳам олмайди. Бу гипоксия сабабли мияга қон қўйилишидан далолат бериб, куп ҳолатларда боланинг ўлими билан натижаланади.

2. Ҳомила миясига қон қўйилиши. Бу жупа оғир ҳолат бўлиб, бош суяги ёрилиши натижасида вена бўшлиқларига қон қўйилади.

3. Бош суягининг синиши, дарз кетиш ҳоллари кузатилиб, бунинг натижасида юз берган асорат-

лар (синган суяк қисми бирор марказни босиши ёки шу ерга қон қўйилиши) ҳам ҳомила учун жуда хавфлидир.

4. Ҳомила юмшоқ қисмларининг жароҳатланиши. Қисқич қошиқларининг босиши натижасида баъзи ҳолларда кефалогематома кузатилади.

5. Юз нервининг фалажи қисқич қошиғи билан сиқилиши натижасида унинг фалажи юзага келиши мумкин.

6. Қисқич қошиқларини жойлаштириш жараёнида чуқурроқ кирмаган қисқич қошиғини ичкарига итариш (узуни билан тенглаштириш мақсадида) ҳомила бошини сиқиб қўйиш ҳоллари кузатилиши мумкин.

XXI БОБ

ҲОМИЛАНИ ЕМИРИШ ОПЕРАЦИЯСИ

Баъзан тугруқнинг давом этиши она ҳаёти учун хавфли бўлиб қолади ва бу ҳолатни бошқа йўл билан бартараф қилиб (кесарча кесиш, қисқич қўйиш ва бошқ.) бўлмайди. Бунда бирдан-бир йўл ҳомилани емириш усули ҳисобланади. Бунда эътибор фақат онанинг ҳаётини сақлаб қолишга қаратилади. Бу хилдаги операциялар ҳомила ўлик бўлганда қўлланиладиган бирдан-бир усул ҳисобланади.

Табиики, ҳомиланинг нормал туғилиши учун туғруқ йўллари ва ҳомиланинг шу йўлларга мослиги катта аҳамиятга эга. Агар бу муносабат бузилган (чаноқ III даражада анатомик ёки функционал жиҳатдан тор), шу ҳомила ўлчамларига нисбатан тор, ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ ётишининг ўтиб кетган тури, гидроцефалия ва бошқа нуқсонлар бўлса туғруқ жараёни нормал кеча одмайди. Бунда ҳомила ҳажмини кичрайтириш мақсадида емириш операциясидан фойдаланилади.

Операция қилиш учун кўрсатмалар

1. Аёлнинг ҳаётини сақлаш мақсадида ҳомилани емириш операцияси қўлланилади. Бунинг учун ҳоми-

ланинг ўлгани ҳақида аниқ маълумотга эга бўлиш керак.

2. Анатомик тор чаноқ. Кичик чаноқ киришининг тўғри улчами (Conjugata vera) 5,5—6 см дан бўлиши, бирор сабаб билан (кесарча кесил операциясини қилиш мумкин бўлмаган бўлса) ҳомиланинг ўлган, инфидирланган бўлиши ва бошқалар.

3. Туғруқ дарди суст ва узоққа чузилгани сабабли ҳомила нобуд бўлганда.

4. Функционал тор чаноқда (клиник тор чаноқ).

5. Онанинг ҳаётига хавф соладиган сабаблар бўлганда.

6. Ҳомила бачадонда қўндаланг ва қийшиқ жойлашинининг ўтиб кетган ҳолатида (бунда эмбриотомия операцияси қўлланилади).

7. Ҳомила боши кичик чаноқ киришида нотўғри жойлашганда (ҳомила боши пешона соҳаси, юзи билан орқа кўринишда келганда).

8. Ҳомила думбаси билан келиб унинг боши сиқилиб қолганда.

9. Қўш ҳомилали ҳомиладорликда уларнинг биттаси боши билан, иккинчиси думбаси билан келганда уларнинг бири туғила бошлаган бўлсада унинг боши иккинчи ҳомила боши билан чатишиб қолганда (коллезия) ёки ҳар иккаласи чаноқ киришида туриб қолган бўлса, уларнинг биттасини кранеоклазия усули билан туғдириб, иккинчисининг нормал туғилиши таъминланади.

10. Чаноқдаги усмалар туфайли ҳомила сурила олмай, ўлиб қолганда.

11. Бачадон йиртилиши хавфи бўлганда.

Юқоридаги ҳолатларда кўрсаткичларга амал қилган ҳолда ҳомилани емириш операцияси тури танланади.

1. Ҳомила бошини кичрайтириб туғдириш (кранеоклазия).

2. Эмбриотомия операциясида ҳомилани қисмларга бўлиб, айрим-айрим туғдирилади.

Булар қуйидагилар:

а) елка камарини қисқарттириш;

(клеядотомия — Claedotomia);

б) ҳомила бошини танасидан ажратиб туғдириш (декапитация — decapitatio!;

в) ҳомила танасини иккига ажратган ҳолда олиб чиқиш — рахнотомия (rachiotomia s. desscotiofoetus);

г) ҳомила умуртқасини кесиб олиб чиқиш — спондилотомия (spondylotomia);

д) эвезерация-ҳомила аъзоларини олиб туғдириш (eveseratio) усуллари дид.

Юқорида келтирилган операция турлари ўлган ҳомиланинг қайси қисми билан олдинда келганига қараб белгиланади.

Аёлни бу турдаги операцияга тайёрлаш қин операцияларидаги каби бажарилади.

КРАНИОТОМИЯ (CRANЕОТОМІА)

Краниотомия қилиш учун қийдаги асбоблар зарур: 2 та қин кўзгуси, 2 та ён қин кўзгу (қиннинг ён деворига қўйиладиган), 2 та корнцанг, 2 та пулевой қисқич, қайчисимон Феноменов ёки Бло перфоратори, мия бутунлигини бузиш учун қошиқ ёки металл катетер, Браун крониокласти, Феноменов ёки Зибольд қайчиси, шунингдек ҳомиланинг ўмров суягини ёки бачадон бўйнини кесиб учун оддий қайчи.

Бундан ташқари, биксада бачадон бўйнини, хотни тикиш учун керак бўладиган асбоблар ва бошқа тикиш учун зарур материаллар тайёрлаб қўйилади.

Қайчисимон перфоратор ёрдамида бош тикилади ва шу жойдан қирқилади. Бу мақсадда Бло перфораторидан фойдаланилади. У учли, қулфланадиган қайчи ёрдамида ичкаридан ташқарига ва томонларга йўналтириб қирқилади. Трепан шаклидаги Феноменов перфоратори парма каби бўлиб, бу перфоратор ёрдамида бош суяги Бло перфораторига нисбатан анча осон тешилади. Бу перфоратор фақат суякнинг узини тешишга мослашган.

О п е р а ц и я қ и л и ш у с у л и

Олдинда келувчи бош чаноқ киришига яхши суқилган бўлса, унда перфорация қилиш анча енгил бўлади. Одатда қин ва ён кўзгу ёрдамида қин кенг очилиб, перфорация қилинадиган бошни кўриб турган ҳолда операция қилинади. Баъзи ҳолларда бошнинг тешиладиган қисми бармоқлар ёрдамида аниқланиб кейин

кранеотомияга киришилади. Операция қилиш жараёнида бошқа врач қов юқорисида қўлларини мушт қилган ҳолда ҳомила бошини чаноқ киришига яқинлаштириб босиб туради. Кранеотомия операцияси асосан 3 босқичда олиб борилади.

1. Перфорация (ҳомила бошини тешиш).

2. Эксцеребрация (мия моддасини олиб чиқиб, бош суяги ичинни бушатиш).

3. Краниоклазия (мия моддаси олиб ташлангандан кейин бошни краниокласт ёрдамида олиб чиқиш).

Операция жарроҳлик хонасида бажарилади. Олдин сийдик катетер ёрдамида чиқарилади. Ундан олдин ҳуқна қилиб ичак тозаланади. Кейин аёлнинг жинсий аъзолари ва қорин девори яхшилаб дезинфекция қилинади. Шундан сўнг қиннинг пастки ва юқори деворларига махсус қин ойналари қўйиб қин очилади ва операция кўз билан кўриб назорат остида қилинади. Бундай назорат қилиб туришдан мақсад бачадон бўйни ва қин деворларини жароҳатлашдан сақлашдир. Агар бунга шароит бўлмаса, врач бармоқлари билан ҳомила бошидаги лиқилдоқ ёки чокларни пайпаслаб топади.

Ҳомила энсаси билан келганда кичик лиқилдоқ, тепа суяги билан келганда катта лиқилдоқ, юзи билан келганда оғзи орқали, думбаси билан келганда орқада қолган бошнинг энса тешиги орқали, пешонаси билан келганда кўз чуқурчаси ёки пешона чоки соҳасида перфорация қилиш мақсадга мувофиқдир.

Хулоса қилиб айтганда, ҳомила бошини куришиб турган, осон тешиладиган қисмдан перфорация қилиш керак бўлади. Тешишга мулжалланган жой териси икки тишли қисқич (Мюзо ёки Дуайн қисқичи) билан қисиб олинади. Қисқич бандларини врач бир оз ўзига тортиб турган ҳолда икки қисқич орасини қирқади. Ҳомиланing боши операция вақтида юқорига кўтарилмаслиги учун бошқа врач қўлларини мушт қилган ва бошни ичкарига йўналтирган ҳолда босиб ушлаб туради. Агар Бло перфоратори бўлса, унинг уткир учи бош териси қирқилган соҳага тикка санчилади. Перфораторни очиб айлантириш йўли билан бош суягидаги тешик кенгайтирилади.

Агар Феноменов перфоратори бўлса, унинг учи шу қирқилган жойга тегизиб туриб пармалаган каби бу-

рилса, бош суяги тешилади. Бу операция краниотомиянинг биринчи босқичи бўлиб, перфорация дейилади. Сунгра кюретка (махсус қирғич) еки металл катетер ёрдамида бош мия моддаси бузилади ва иложи бори-ча ташқарига чиқарилади (эксперебрация). Бунда ёрдамчи қорин девори орқали босиб тургани сабабли мия моддаси осон ажралиб чиқади. Натнжада ҳомила боши кичрайиб қолади. Шундан кейин бошга кранеокласт қўйилади (краниоклазия).

Браун краниокласти бир-бирини қисиб турувчи иккита қошиқдан иборат бўлиб, улар ўзаро қулфланганга ўхшаб оиракади. Бу қошиқлардан биттаси яхлит, иккинчиси тешикли бўлиб, улар ҳомила бошига мослао ясалган ярим айлана ўймалидир.

Краниокласт қўйганда ёрдам кўрсатувчи врач ҳомила бошини қорин девори орқали босиб туришда давом этади. Аввал яхлит қошиқ ҳомиланнинг бош суяги ичига киргизилади, сунгра иккинчи қошиқ бошнинг ташқи юзасига (қин девори билан бош орасига) жойлаштирилади. Одатда юз суяги бошнинг бошқа суякларига нисбатан қаттиқроқ бўлиб, бошни тортганда чоклари ва лиқилдоқлардан ажралиб чиқмайди. Шунинг учун краниокласт қошиқлари бошнинг юз қисмига жойлаштирилади.

Иккинчи қошиқни қўйганда бачадон бўйинни қисиб олиш хавфи булгани учун эҳтиёткорлик талаб қилинади. Агар бачадон бўйни қисқичга тушиб қолса, у йиртилибгина қолмай, қисқич билан бирга узилиб тушади. Бу турдаги йиртиқни қайта тиклаш қийин бўлади.

Краниокласт жойлаштириб бўлингандан кейин унинг қандай жойлашгани текшириб кўрилади (бачадон бўйни қисиб олинмаганлигига қаноат ҳосил қилиш керак), сунгра бинт билан маҳкамланади. Ҳомила бошини тортиб олишда туғруқ қодаларига риоя қилиш керак. Краниокластда ҳомила бошини айланттириш керак эмас, акс ҳолда туғруқ йўли жароҳатланиши мумкин.

Перфорация қилганда чўзинчоқ мияни бузиш керак. Чунки бунда нафас маркази жойлашганига кўра, уни бузиш шарт. Акс ҳолда, ҳомила ўлган деб перфорация қилинаётганда ҳомила тирик бўлса кўнгилсиз ҳодиса юз беради. Шунга кўра ҳомиланнинг ўлик эканлигига тўлиқ ишонч ҳосил қилингандан сунггина перфорация

қилиши зарур. Агар бачадон бўйини тула очик бўлса, ҳомила боши краниокласт ёрдамида тортиб олинади. Бунда унинг елка камари кенглик қилса клейдотомия операциясини қўллаб, умров суяги қирқилади ва елка айланаси кичрайтирилади (клейдотомия), агар бир томондагиси қирқилса, 2,5 см, ҳар икки томони қирқилса елка камари 3 см га кичраяди).

Ҳомила боши туғилиши билан краниокласт ечиб олинади ва ҳомила танаси туғдирилади.

Ҳомиланинг чаноқ қисми ёки оёқлари олдин келиб, ҳомила боши чаноқнинг кириш сатҳида тугилиб қолса ва у олдинги кўринишда бўлса, энса тешиги, орқа кўринишда бўлса тил ости соҳасидан тешилади. Перфорация қилиш жараёнида ҳомиланинг олдинги кўринишда ёрдамчи танасини пастга тортган ҳолда, қорин девори орқали бошни босиб туради. Бунда ҳам перфорация бармоқлар ёрдамида Бло перфоратори билан амалга оширилади. Шундан кейин қирғич билан (махсус қошиқ ёки катетер) бош миё моддаси бузилиб кейин чаноқ қисмидан ушлаб тортиб чиқарилади. Баъзан ҳомила кўндаланг келишининг ўтиб кетган тури кузатилади. Бунда ҳомила бошини танасидан ажратиб (декапитация) танаси тортиб чиқарилади. Бачадонда қолган бошни қўл билан олишнинг иложи бўлмаса уни перфорация қилиб олишга туғри келади. Бу жуда мураккаб операция ҳисобланади. Бошни олиб чиқиш учун ёрдамчи уни қорин девори орқали босиб туриб (чаноқ киришига маҳкам суқиб) операция қилаётган врач Мюзо ёки Дуайн қисқичи билан қин орқали бош терисини қисиб олади, кейин юқорида айтиб ўтилган усулда перфорация қилади. Бош кичрайгандан кейин шу қўйилган қисқич ёрдамида тортиб чиқарилади. Демак, краниотомия операцияси 3 босқичдан иборат экан.

Краниотомия қилганда шу босқичлар бир-бирининг кетидан бажарилади. Биз буни юқорида батафсил айтиб ўтдик.

ЭМБРИОТОМИЯ (EMBRUATOMIA)

Бунга ҳомила ҳажмини кичрайтириш, уни майдалаб олиш операциялари киради. Майдаланганда шу ажратилган қисмларни чаноқ бўшлиғидан ўтиши кўзда тутилади.

Операцияга кўрсатмалар:

1. Ҳомиланинг кўндаланг ёки қийшиқ келишининг утиб кетган турида ва у ўлик бўлганда айлантиришнинг иложи йўқ.

2. Кўп ҳолатларда кўп ҳомилали ҳомиладорликда думбаси билан туғилган ҳомила ўлиб қолади, иккинчи ҳомила эса тирик бўлади. Бундай ҳолларда туғилаётган ҳомиланинг бошини танасидан ажратиб, уни юқорига суриб иккинчи ҳомила бошининг чаноқ киришига суқилиши таъминланади. Лекин бу усул ҳар доим ҳам кутилган натижани беравермайди. Туғруқ жараёнида иккинчи ҳомила ҳам нобуд бўлиши мумкин.

3. Баъзан ҳомилалар бир-бирига ёпишиб қолганда ҳам бу турдаги операциядан фойдаланилади.

Операция қилиш учун асосий кўрсаткичлар қуйидагилардан иборат:

1. Бачадон бўйнининг тўла очиқ бўлиши.

2. Ҳомиланинг бўйнига бармоқлар билан етиш мумкин бўлганда (агар декапитация қилиш керак бўлса).

3. Чаноқ III (Листман бўйича) ва II даражали (Малиновский бўйича) тор бўлмаганда.

Операция учун ишлатиладиган асбоблар:

1. Бошни танадан ажратадиган декапитацион Браун илмоғи.

Бу узунлиги 30 см келадиган, бир томони ҳомила бўйинини ушлаб олиш учун мосланган, 45° га букилган асбоб бўлиб, иккинчи томонига банди ўрнатилган.

Илмоқнинг учи думалоқ бўлиб, узунлиги 4 см келди. Унинг ёрдамида бўйин умурқалари синдирилади.

2. Узун ва бир оз эгилган қайчи. Унинг ёрдамида бўйин териси қирқилади. Илмоқ ёрдамида ҳомиланинг бўйин умуртқасини синдириш анча мураккаб усул ҳисобланади. Бунинг учун дастлаб ҳомиланинг бачадонда қандай кўринишда ва ҳолатда ётганлиги аниқланади. Бу қорин деворини пайпаслаш ва қин орқали текшириш йўли билан аниқланади. Агар қўли тушган бўлса, шу тушган қўл ҳомиланинг ҳолатини аниқлаб беради. Бундан ташқари, қўл кафти олдинга қараб, бош бармоқ унга қараган бўлса, демак ҳомила боши ўнгда, ҳомила орқа кўринишда, агар ҳомиланинг кафти орқага қараган бўлса, олдинги кўринишда бўлади. Ҳомила ўлган деб ҳеч қачон қўлни олиб ташлаш мумкин

эмас. Чунки бу тушган қўл операция жараёнида яхши ёрдам беради.

Бир ташиқли акушерни туғруққа ёрдам курсатиш учун чақира-
дизар. У келганида ҳомиладор аёл туғиш столида ётар, қинидан
ҳомиланинг кукарган қўли чиқиб турар эди. Туғруқни енгил-
лаштириши мақсадида акушер ҳомила қўлини олиб ташлаб,
уни айлантириб туғдирган ва иўлдош туғилмасдан туриб у туғ-
руқхонадан чиқиб кетган (у туғилган чақалоқ ушк ёки тирикчи-
гини аниқламав). У бир оз узоқлашгач уш чақиршган. Акушер
туғруқхонага кирса, туғилган чақалоқ йиглаб ётар, унинг қўли
уридан қоп оқар эди. У дарҳол қонни тухтатиб жароҳат сатҳи-
ш тикади. Туғилган чақалоқ қиз бола эди. У усно улганди:
Акушер эса уни таъминлаб турди. У жуда гузал қиз бўлиб воя-
га етди. Акушер эса уни бир умр таъминлаб турганидан эмас,
балки ўз эътиборсизлигидан, шу гузал қизининг бир қўлига юр-
ганидан ачинар эди.

Биринчи босқичда эмбриотомия қилишдан олдин қин
орқали бачадон бўйнининг қай даражада очилганлига
унинг олдинда келувчи қисми, туғруқ йўлларининг ҳо-
лати аниқланади.

Иккинчи босқичда бачадон ичига кириб, ҳомила
бўйни курсаткич ва ўрта бармоқлар ёрдамида ушлаб
олинади. Агар ҳомиланинг қўли тушган булса, бинг
билан акушерлик илмоғига боғланади. Ёрдамчи шу
бингдан ушлаб ҳомила қўлини пастга тортиб туради.
Катта бармоқ онанинг симфизи томонга қараган булиб,
ҳомила бўйни сиқиб ушланади.

Учинчи босқичда қинга декапитацион илмоқ кир-
гизилиб, уни ҳомила бўйнини ушлаб турган қўл то-
монга йўналтирилади. Илмоқ учи ичкарига қараган
бўлиши керак. Илмоқ бўйнини ушлаб турган қўл бар-
моқлари ёрдамида бўйнига кийгизилади. Илмоқни
врач қўлининг кафт сатҳи бўйича катта бармоқ ёрда-
мида бўғиб ушлаб шу билан бир вақтда илмоқ
бандини пастга йўналтиради. Илмоқнинг учи думғаза
томонга қараган бўлиши керак. Яъни, курсаткич ва
ўрта бармоқлар ёрдамида илмоқ ҳомила бўйнига жой-
лаштирилади. Сунгра унинг бандини пастга тортиб,
илмоқ янада чуқурроқ жойлаштирилади. Илмоқни
тортганда бўйинни ушлаган бармоқлар билан ҳомила
бўйни эҳтиёткорлик билан бир оз босиб турилади.

Тўртинчи босқичда декапитацион илмоқ туғри жой-
лаштирилганига қаноат ҳосил қилганидан кейин у яна
бир марта текшириб кўрилади.

Кейинги босқичда илмоқ банди айлантырилади. Бунда илмоқ ҳомиланинг бош томонига дастлаб оз-оздан, кейин кўпроқ айлантырилади. Бўйини умуртқалари синганини ичкаридаги қўл орқали синган авоз эшитилганидан билиш мумкин.

Бешинчи босқич ҳомиланинг бўйини терисини қирқишдан иборат. Умуртқани синдириб бўлгандан кейин тумтоқ қайчи ёрдамида тери қирқилади. Бу босқичда бўйин териси илмоққа илинган бўлади. Бу операцияни ичкарига қўл ёки қин ойналарини киргизиб кўз билан кўриб бажариш керак.

Олтинчи босқичда бўйиннинг юмшоқ тўқимаси қирқилгандан кейин илмоқ олиниб, қинга тушган ҳомилани қўлидан ушлаб танаси тортиб олинади. Одатда бунда қийинчилик туғилмайди. Танани тортиб олишда ҳам туғиш механизмига рўя қилиш керак.

Еттинчи босқич елка қисмини олиб чиқиш ҳисобланади. Бунда врач қиндаги қўли билан елка суякларини ва юмшоқ тўқима жароҳатланмаслигини назорат қилиб туриши керак. Агар ҳомила катта бўлса ва унинг елкаларини олиб чиқишда қийинчилик туғилса, унда ўмров суягининг бир ёки икки томонидан қайчи ёрдамида қирқиб (клейдотомия) елка камарини кичрайтириш керак бўлади.

Саккизинчи босқичда бачадон ичида қолган бошни врач қўли ёрдамида олади. Бунинг учун у қиндаги қўлини бачадон ичига киритиб ҳомилани оғзига кўрсаткич бармоғини суқади, иккинчи қўли билан бошни чаноқ киришига итариб ушлаб туради. Ҳомила бошини олиб чиқишда ҳам туғиш механизмига рўя қилиш керак бўлади. Агар ҳомила бошини олиб чиқишда қийинчилик туғилса, унда кранеотомия операциясидан фойдаланилади. Қисқич ёрдамида бошни олиб чиқиш асло мумкин эмас.

ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ (EXENTERATIO), ЭВИЦЕРАЦИЯ (EVISERATIO)

Бу турдаги операцияда ҳомиланинг ички аъзоларини олиб ташлаб, унинг ҳажминини кичрайтирган ҳолда туғдирилади.

Операцияга кўрсатмалар:

Ҳомила бўйнига яқинлашиш мумкин бўлмаган ҳол-

ларда, ҳомиланинг умуртқаси ёки қорин қисми яқин бўлганда бу хилдаги операциядан фойдаланилади. Ҳомила ҳажмини кичрайтиб олиб чиқиш учун турли хилдаги операция усуллари мавжуд.

1. Юқорида айтиб ўтганимиздек, ҳомилани танасидан ажратиб — декапитация қилиш қийин бўлганда, бачадон бўйини анча юқорида бўлган ҳолларда ҳомиланинг ички аъзоларини олиб ташлаб, иккига букилса боши анча пастга тушади ва декапитация қилиш учун шароит юзага келади.

2. Ҳомила танасини иккига букиб олиб чиқиш (Conduclicatocorone).

3. Ички аъзоларни олиб ташлаш билан бирга умуртқасини кўкрак ёки қорин қисмидан қирқиб (gastrotomia) ҳомилани иккига бўлган ҳолда олиб чиқиш.

РАХИТОМИЯ (SPONDILOMIA) ВА СПОНДИЛОТОМИЯ (RACHIOLOMIA)

Бу турдаги операцияни бажариш учун декапитацион Браун илмоғи ва узун учли бақувват қайчи керак бўлади.

Спондилотомия қилишда ҳомиланинг ички аъзолари олиб ташлангандан кейин декапитацион илмоқ қорин бўшлиғига киритилади. Унинг илмоғи умуртқанинг юқори четига етганидан кейин кўкрак қисмида врач ичкарига киритилган қўли ёрдамида илмоқни орқага айлантиради ва умуртқага жойлаштиради.

Илмоқ пастга қаттиқ тортилганда у умуртқанинг юмшоқ тўқимасига кириб қолади ва унга чуқур жойлашади. Ичкаридаги қўл билан илмоқнинг яхши жойлашганига қаноат ҳосил қилинганидан кейин уни бандидан ушлаб ҳар икки томонига буралади. Бураш умуртка бойламлари узилиб кетгунча давом эттирилади. Иккига букилган ҳомила танаси айрим-айрим олиб чиқилади. Бунда ҳомиланинг иккинчи қисми бир оз юқорига сурилади. Баъзи ҳолларда шу операция лавомида крапнеотомия ва клейдотомия усулларидан фойдаланишга тўғри келади (бош ва елка камари катта бўлганда).

Агар ҳомиланинг орқа умуртқаси пастда бўлса, унда спондилотомия қилиш мумкин бўлади. Бунда

Феноменов қайчиси билан орқа умуртқани клейдото-
мия усулида кеснш мумкин.

ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ (EXENTERATIO) ВА ЭВИЦЕРАЦИЯ (EVISCERATIO) ОПЕРАЦИЯЛАРИ

Операцияни бажариш учун шароит ва асбоблар эмбриотомия операциясидаги каби бўлади. Бу операцияни бошлашдан олдин хомила танасини қайси қисми чаноқ киришига яқин тургани аниқланади. Агар қорин қисми яқин бўлса, унда қорин қисмидан қирқиб (gastrostomia) ички аъзолар олиб ташланади ва хомила иккига бўкланган ҳолда олиб чиқилади. Бу турдаги операция асосан хомила кундаланг ёки қийшиқ ётишининг ўтиб кетган турида, унинг боши анча юқорида бўлиб, бўйнига етиш мумкин бўлмаган ҳолларда бажарилали. Бу усуллари қўллаш учун шароит эмбриотомиядаги кабидир.

Операцияда кўйидаги асбоблар ишлатилади:

1. Қайчисимон ёки ўқ-ёйсимон перфоратор.

2. 2 та Мюзо ёки Двайн қисқичи.

3. Бакүвват үзүн кайчи.

4. Лекапитацион Браун илмоғи.

5. Олдиндан эмбриотомия учун тайёрлаб қўйилган бикүс.

Операция қилиш усули. Бу операцияни бошлашдан олдин хомила танасининг қайси қисми чаноқ киришига яқинлиги аниқланади. Шунга караб кўкрак қафаси ёки қорин бўшлиғидаги аъзоларни олиб ташлаш мумкинлиги аниқланади. Кўпинча чаноқ киришига хомиланинг кўкрак қафаси ёни тўғри келиб туради.

Дастлаб тўғруқ йўли қин ойналари ёрдамида очилиб, кўкрак қафасига қайси қовурға орасидан кириш мумкинлиги аниқлаб олинади. Кўкрак қафаси Бло қайчиси билан тешилади. Агар қорин девори пастда, тўғруқ йўллариға яқин ётган бўлса, энг яқин қисмидан тешилади. Бу жараёнда ёдамчи хомилани қорин девори орқали аста босиб, чаноқ чиқишиға йўналтириб туради. Агар хомиланинг қўли тушган бўлса, акушер илмоғини ёрдамчи пастга тортиб туради.

Кўкрак қафасини тешганда перфоратор қовурғалар ҳалқасига параллел ҳолатда туриши керак. Пер-

фораторни икки томонга очиб тешик кенгайтирилади. Ковургалар сиңдирилмайди. Чунки сиңган қовурга ўсиқлари врач қўлини ва она тўқимасини жароҳатлаши мумкин.

Перфоратор ёрдамида очилган тешик тор бўлгани сабабли кўкрак қафасига бармоқларни киргизишда қийинчилик туғилади. Шунинг учун қўшни 2—3 та қовургалар қайчи ёрдамида врач бармоқлари ёки кўз билан кузатилган ҳолда қирқилади. Қорин ҳам узун қайчи билан қирқилади. Буни ҳам врач кўзи ва бармоқлари билан кузатган ҳолда бажаради.

Кўкрак қафаси ёки қорин бўшлиғидаги аъзоларни врач бармоқлари ёрдамида чиқаради. Агар бунда қийинчилик туғилса, у асбоблар ёрдамида (Мюзо ёки Дуайн қисқичи) бажарилади. Кўкрак қафасидаги аъзоларни аниқлашдан олдин бир томондаги диафрагмани йиртиб кейин иккинчи томондагиси олинади. Қорин бўшлиғидаги аъзолардан асосан жигар олинади. Чунки жигар ҳомиланинг энг катта аъзоси ҳисобланади. Аъзолар маълум бойламлар билан ёпишган бўлгани учун уларни қайчи билан қирқишга туғри келади. Бу ҳилдаги операциядан кейин ҳомилани иккига бўлган ҳолда олиб чиқиб, декапитация ёки спондилотомия қилиб туғдирishi мумкин бўлади.

Клейдотомия (Clædotomia). Елка камари айланмасини кичрайтириш учун бажариладиган операция бўлиб, бу ҳилдаги операция кўпинча бошқа турдаги операциялардан (декапитация, краниотомия) кейин ўлик ҳомилаларда қўлланилади. Клейдотомия ҳомила хаддан ташқари катта бўлганда (агар ҳомила ўлик бўлса) қўлланилади. Бармоқлар назоратида (битта бармоқ ўмров сўяги устида, иккинчиси ўмров сўяги чуқурчасида жойлашади) қўлнинг чап юзаси бўйлаб учи тўмтоқ узун қайчи киритилади ва ўмров сўягининг ўртасидан кесилади.

Битта ўмров сўягини кесганда елка камари 2,5—3 см га, ҳар иккаласини кесганда 5—6 см га кичраяди. Натижада ҳомиланинг елкалари осонлик билан чиқади.

Эмбриотомия қилганда учрайдиган асоратлар.

1. Юпқалашиб кетган бачадоннинг пастки сегментини жароҳатлаш ва ҳатто йиртилишига сабаб бўлиши мумкин.

2. Агар бачадон бўйли етарли (эмбриотомия учун)

очиқ бўлмаса ва ҳомила боши чаноқ киришидан анча юқорида бўлса, унда декапитация қилиш деярли қийин бўлади. Бундай ҳолларда спондилотомия ёки эвасцерация операциясидан фойдаланган маъқул. Аке ҳолда операция жараёни чўзилиб, аёлда турли асоратларни кузатиш мумкин.

3. Операция вақтида туғруқ йўлларининг ва ҳатто чаноқдаги аъзоларининг (сийдик қоши, тўғри ичак) жароҳатланиши.

4. Баъзан туғруқ йўлларидаги чандиқлар туфайли бачадон тиришиб қолиши ҳоллари кузатилади. Бунда бачадон бўйинининг тиришиб қолиш ҳоллари кузатилади. Бунда бачадон бўйинини кесиш, *эпизитомия* ёки *перанитомия* қилиш лозим бўлади.

5. Спондилотомия қилганда бел умуртқасининг қаттиқлиги туфайли уни синдириш учун куч талаб қилинади.

Эмбриотомия операциясидан кейин қўл ва қиш ойналари ёрдамида бачадон бўйини, қиш ва вульва соҳаси бутунлиги синчиклаб кўздан кечирилади.

6. Қовуқ ёки сийдик йўли жароҳатланиши мумкин. Буни аниқлаш учун катетер ёрдамида сийдик чиқарилади.

XXII БОБ

РЕЖАЛАШТИРИЛГАН КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИГА АЁЛНИ ТАЙЁРЛАШ ВА УНИ ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ

1. Қон ва сийдиги текширилади.
2. Қон гуруҳи ва Rh ни аниқланади.
3. RW, ВИЧ га текширилади.
4. Коагулограмма, электрокардиограмма қилинади.
5. Сийдик ва қон қанд борлигига текширилади.
6. Қондаги оқсил фракциялари аниқланади.
7. Жигар ва буйрак фаолияти текширилади.
8. Юрак, томирлар фаолияти аниқланади.
9. Қондаги электролитлар мувозанати аниқланади.
10. Бемор ички касалликлар врачлари, стоматолог, анестезиолог назоратидан ўтказилади.
11. Зарур бўлса оғиз бўшлиғи стоматолог ёрдамида санация қилинади.

12. Қин ажралмаси бактериологик, бактериоскопик текширувдан ўтказилади.
 13. Қин орқали бажариладиган операцияларда иложи борича қиннинг тозаллиги таъминланади (I—II даражадаги тозалликка эришиш зарур).
 14. Операциядан бир кун олдин аёлга енгил овқат (суяқ ош, қайнатма шўрва ва кечқурун иссиқ чой) берилади.
 15. Эрталаб ва кечқурун ҳуқна қилинади.
 16. Аёлни операцияга психопрофилактик усулда тайёрлаш (врач анестезиолог суҳбат ўтказиши) зарур.
- Жарроҳлик усули билан туғдириш биринчи марта 1581 йилда француз жарроҳи Франсуа Руссе томонидан кашф этилган.

Римлик врач Плиней чоп этган китобда жарроҳлик йули билан туғдирилган болалар «Caesares» «Caesones», бу операция эса «partus caesareus» деб аталган.

Бу ном латин тилидан олиниб, кесиш — Caedere деган маънони билдиради.

XVII асрда француз акушери Морисо «Кесарча кесиш операцияси аёлни ўлдириш билан баробар», деб талқин қилган эди.

XIX асрда кесарча кесиш операцияси жуда хавотирли операциялардан ҳисобланиб, қудинча аёлнинг ҳалокати билан натижаланган.

1880 йилгача Русияда аёллар ўлими кесарча кесишдан кейин 81% ни ташкил қилган.

Операция натижасини яхшилаш мақсадида Русияда 1876 йилда Г. Е. Рейн, Италияда Перро бачадонни ампутация қилиб, ҳомила билан биргаликда олиб ташлаш кераклиги ҳақида фикр юритганлар.

Русияда А. Д. Шмидт (1881), Германияда Керер ва Зенгерлар (1882) кесарча кесишдан кейин бачадонни ва унинг деворини кўп қаватли қилиб тикишни таклиф қилганлар.

Классик кесарча кесиш операцияси. Илгарилари ҳомиладор аёл бачадони қорин бушлиғидан олиб чиқилиб кейин қирқилар эди (бунинг учун қорин девори катта қилиб қирқилар эди). Ҳозирги кунда бачадон қорин бушлиғидан олиб чиқилмайди.

Тарихда шундай усуллар мавжуд бўлганки, масалан Фритче бачадон тубини кундаланг кесишни, Комш-

тейн бачадоннинг орқа сатҳидан кесишни таклиф қилганлар.

М. С. Малиновский, Л. С. Персианинов, И. И. Яковлев ва бошқалар классик кесарча кесишни бачадон олди сатҳидан, ўрта чизиқдан кесишни морфологик нуқтан назардан тўғри, деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ҳомиланинг эмбрионал тараққиётида икки жинсий аъзолар Мюллер ипларидан ташкил топган. Бунда ҳар икки томондаги бу иплар бир-биринга қўшилиб бачадонни ташкил қилади. Шунга кўра, бачадон деворининг олди сатҳи ўртасидан тик кесилганда нерв тоаларига ва қон томирларга деярли зарар етмайди.

Одатда бачадон олди деворининг кесишга мўлжалланган сатҳини икки томондан пулевой қисқич билан қисиб олиб, шу қисқичлар оралиғи тик ҳолда қирқилади. Қирқишдан олдин ҳомила суви қорин бўшлиғига тушиши олдини олиш учун дезинфекцияловчи илиқ эритмага докани ҳўллаб, баъзан қуруқ дока билан қорин бўшлиғи чегараланади.

Бачадон бўшлиғини очгандан кейин дарҳол қоғоноқ ёрилиб, ҳомила оёғи ёки бошидан ушлаб олиб чиқилади (бошдан олиб чиқишда акушер қўл кафтини ҳомила бошига қаратган ҳолда уни орқасига (чаноқ девори билан бош оралиғига) суқади. Ҳомила туғилгандан кейин киндик ўқиға икки жойдан Кохер қисқичини қўйиб уларнинг оралиғи кесилади. Сўнгра киндик ўқидан ушлаган ҳолда тўлқин каби ҳаракат қилиш билан йўлдош тортиб чиқарилади. Бачадон девори эса бошқа қўл билан сиқиб ушлаб турилади. Йўлдошнинг бутунлиғи текширилади. Агар у бутун бўлмаса (йўлдош бўлакларни қолган бўлса), унда ўтмасроқ қирғич билан бачадон деворининг барча сатҳи, хусусан плацента жойлашган сатҳ қириб чиқилади.

Қириш жараёнида бачадон бўшлиғининг кесилган четлари қорин девори тўқималари ва қорин бўшлиғидан пеленка билан чегаралаб қўйилади. Акс ҳолда бачадон шиллиқ қавати шу ерга тушса, эндометриоз пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Баъзи акушерлар бачадон бўшлиғига қуруқ дока қўйишни тавсия этадилар. Қон кета бошлаган ёки қон кетиш хавфи бўлса, қон кетиши хавфини олдини олиш мақсадида бачадон деворига питуитрин, окситоцин ва бошқа тур-

даги бачадонни қисқартирувчи дорилардан укол қилинади.

Питунтрин Р да қон томиларни торайтириш хусусияти борлиги туфайли гипертония бўлган аёлларда уни қўллаш мумкин эмас. Питунтрин М да бу хусусият йўқ. Шунга кўра, бу препаратдан фойдаланиш мумкин.

Йўлдош туғилиб бўлгандан кейин бачадон ичи 5% ли йод эритмасига ҳўлланган тампон билан артиб олинади, сўнгра бачадон деворини тикишга киришилади. Ҳозирги кунда бачадон девори 3 қаватли чок билан тикилади. Дастлаб мускул қавати тикилади. Бунда шиллиқ қават яқинига чок солинади. Аммо шиллиқ қаватни тикиш асло мумкин эмас. Акс ҳолда шиллиқ қават бачадон деворидаги чокларнинг битишига халақат беради, ҳатто у эндомиомиозга сабаб бўлиши мумкин. Кейин иккинчи қават мускул қават билан биргаликда тикилади. Ниҳоят, учинчи қават, сероз қават тикилиб, перитонизация қилинади. Бачадонни тикишда уни қорин деворига яқинлаштирган ҳолда тутиб туриш керак. Баъзи муаллифлар бачадонни қорин бўшлиғидан чиқариб тикишни тавсия этадилар.

Бачадон девори кетгут билан тикилади. Агар бачадонда инфекция бўлмаса, баъзан ингичка ипак билан тикиш мумкин, лавсан ип ҳам ишлатилади. Биринчи ва иккинчи қаватларни тугунли чок билан, сероз пардани давомли чок билан тикиш керак. Давомли чок баъзан сўкилиб кетади (айниқса инфекция тушган бўлса). Агар яхши қисқармаган бачадон тикилса, чоклар оралиғи бир-биридан узоқроқда бўлиши керак. Акс ҳолда бачадон қисқарса, бир-бирига яқин тикилган чоклар устма-уст бўлиб қолиб, битиши мураккаблашади. Баъзи муаллифлар инфекцияланишнинг олдини олиш ушбу операциядан кейин бачадон деворига антибиотик юборишни тавсия этадилар.

БАЧАДОННИНГ ПАСТКИ СЕГМЕНТИДА КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИНИ УТКАЗИШ

Қорин девори унинг оқ чизиги бўйича, баъзан кўндаланг — Пфанненштилл усулида кесилади. Бунда қорин деворини терини, апоневрозни кесгандан кейин кесилади. Апоневрозни қайчи ёрдамида бир оз ажратиб,

уни битта чокка олиб юқорига тортиб қўйилади. Бунда апоневроз операция вақтида халақит бермаслиги керак. Кейин мускуллар қирқилади.

Қорин бўшлиғи очилгандан кейин у эритмага ҳўланган дока тампон ёрдамида чегараланади. Бачадонни кўздан кечириб, қовуқдан бачадонга ўтган сероз парда бурмаси (*plica vesico-uterina*) қўзгалувчан жойидан пинцет билан кўтарилади ва қайчи билан бир оз қирқилади. Кейин тўмтоқ қайчи ёрдамида шу бурма бўйича туннел қилиниб (қирқилган жойининг ҳар икки томонидан) туннел бўйича қирқилади ва қовуқ (деярли тўмтоқ усулда) бармоқлар ва ҳўланган кичкина тампонлар ёрдамида пастга сурилади. Бунда ички сийдик чиқазиш йўли операция қилинаётган соҳадан бир оз четга сурилиши зарур. Шунда у жароҳатлангандан сақланади ва кесилдиган соҳа очилади. Сўнгра бачадон девори кўндалангига бир оз кесиб, кейин иккита бармоқ ёрдамида кенгайтирилади.

Бачадон бўшлиғи очилгандан кейин қоғоноқ пардаси ёрилиб, ҳомиланинг бош томонига акушернинг қўл кафти киритилади. Бош ва ҳомила танаси олиб чиқилади. Бунда қорин девори орқали бачадон тубини акушер бир қўли билан ёки ассистент босиб тўради. Сўнгра киндик тизимчасидан ушлаб бир оз чайкатган каби ҳаракат билан плацента кўчирилади ва йўлдош туғлирилади.

Ҳомила боши билан келганда оёғидан ушлаб чиқазиш мумкин бўлмайди. Агар ҳомила оёғи ёки чаноғи билан келган бўлса унда ҳомила оёғидан ушлаб туғдирилади. Баъзан ҳомила бошини қўл билан чиқазишда қийинчилик туғилади. Бунда акушерлик қисқичининг бир шохи ёрдамида ҳам бошни чиқазиш мумкин бўлади.

Бачадоннинг пастки сегментида бажариладиган операцияни классик кесарча кесиш операциясидан афзаллиги шундаки, бунда қон кам кетади, бачадон деворини бириктириб тикиш осон бўлади. Бу тўрдаги операцияни (бачадон деворини қирқиш) Брендо усулидан афзаллиги ҳам шунда. Агар бачадон ичидан плацента бўлаклари қолган бўлса, катта ўтмас қирғич билан қириб, тампон билан қуритилади ва унга йод сўртилади. Сўнгра эса унинг девори тикилади. Ундан сўнг ажратилган сероз қават қовуқ-бачадон бурмаси

кесилган ердан юқорироққа тикилади. Бунда инфекция кириши хавфи анча кам булади ҳамда қорин бўшлиғидаги аъзолар билан чандиқланмайди.

Агар ҳомила боши чаноқ киришига суқилиб қолган бўлса, ҳомилани туғдиришда анча қийинчиликка дуч келинади. Бунинг учун бир қўл билан ҳомила бошини аста юқорига суриб ҳомила чиқазиб олинади (бу жуда эҳтиёткорликни талаб қилади). Баъзи муаллифлар Брендо, Скробанский ва бошқалар бачадон пастки сегментини тиккасига қирқишни, Л. А. Гусаков, Н. И. Лебедев ва бошқалар эса кундалангига кесишни афзал деб биладилар.

Ҳозирги кунда Л. А. Гусаков таклиф қилган усулдан кўпроқ фойдаланилади. Аммо бу усулда бачадон артериясини жароҳатлаб қўйишдан сақланиш керак. Бунда мускуллар қирқилмайди. Фақат унинг толалари бир-биридан ажралсада лекин бутунлиги сақланиб қолади. Қон кам кетади, тикилган жойдаги чандиқлар кўпол бўлмайди. Агар бачадоннинг пастки сегменти кенгаймаган бўлса, унда бачадоннинг фаол қисмида классик усулда операция қилинади. Бачадонни тикишдан олдин ёки кейин унинг қисқаришини таъминлаш учун окситоцин, питуитрин, мамафизиндан укол қилинади.

Бачадон деворидаги кундаланг кесилган жароҳатни тикишдан олдин уни ҳар икки четига 2 тадан тугунли чок қўйилади (мускул қаватига), шундай қилганда бачадондаги кесилган жароҳат четлари тикилмай қолиб кетмайди:

Бундан ташқари, қон кўп кетмайди ва шу чоклар ушлаб турувчилик вазифасини ўтайди. Шундан сўнг мускул қавати тугунли кетгут билан тикилиб, уч мартаба тугилади. Мускул қаватининг иккинчи қаватини тикканда бу чокнинг олдинги қатори ораллиғига тушиши мақсадга мувофиқ. Баъзан қовуқ атрофидаги клетчаткага антибиотик юбориш йўли билан инфекцияланишнинг олди олинади. Қорин девори қаватма-қават тикилади.

КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИН АЁЛНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Аёлларни операция хонасидан кейинги хонага олиб чиқилгандан кейин бажариладиган вазифалар:

1. Олдиндан иситиб қўйилган функционал каравотга ётқизилади.

2. Операция соҳасига 1000 граммча келадиган қумли халтача қўйилади.

3. 2—3 соатга резина халтага солинган муз операция қилинган соҳага қўйилади.

4. Аёлнинг пульси ва қон босими операциядан кейин 6—8 соат давомида кузатиб турилади.

5. Нафас олиш тезлиги, операция юзасидаги боғламнинг ҳолати (қон билан ҳўлланган ёки ҳўлланмаганлиги) назорат қилинади.

6. Қорин девори пайпаслаб ва тукиллайтиб кўрилади (қорин бўшлиғида қон бор-йўқлигини аниқлаш мақсадида).

7. Сийдик ажралиши (миқдори ва ранги) кузатиб борилади. Агар аёл мустақил сия олмаса, операциядан 8—10 соат ўтгач катетер ёрдамида сийдирилади.

8. Наркотиклар ва оғриқни камайтирадиган препаратлар (промедол, баральгин, анальгин ва бошқалар)дан ҳар 5—6 соатда (операциянинг 2—3-кунидан бошлаб), агар зарурат туғилса бир кунда бир марта укол қилинади.

9. 6—8 соатдан кейин уни ёнига айлантириш мумкин.

10. Агар бирор нохуш кўрсатмалар бўлмаса, операциянинг иккинчи куни бемор ўрнидан турғизилади (эрта турғизиш).

11. Профилактика нуқтан назарида кўкрак қафаси соҳасига горчичник, лозим бўлса банка қўйилади.

12. Аёлни тоза сақлаш, яъни оғиз бўшлиғини тоза-лаб туриш, ташқи жинсий аъзоларини ювиб туриш, тана тозалигига эътибор бериш зарур.

13. Агар лозим бўлса, қон ёки қон ўрнини босадиган эритмалардан фойдаланилади.

14. Гемодинамик ҳолатни изга солиш учун қон қўйиш, қон ўрнини босадиган препаратлардан (альбумин, плазма, гемодез, лозим бўлса желатиноль,

кристаллоидлар — Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритмалардан фойдаланиш лозим.

15. Электролитлар мувозанатини сақлаш мақсадида уларнинг нормал ҳолатини таъминлаш (5% ли глюкоза, 4% ли лактозол, Рингер-Локк ва физиологик эритма, 5% ли натрий бикарбонат, гипокалиемия бўлса, калий препаратлари тавсия этилади.

16. Қоннинг реологик хусусиятини ва микроциркуляцияни нормаллаштириш учун гемодез, альбумин, реополиглокин ва бошқалар буюрилади.

17. Ҳаётий зарур аъзолар фаолиятини таъминлаш учун:

а) сийдик чиқариш аъзоси, хусусан буйрак фаолиятини сақлаш учун 20—40% ли глюкоза, осмодиуретиклардан маннитол, сорбитол, салуретиклардан лазикс, гипотиазидлардан фойдаланилади.

б) жигар фаолиятини яхшилаш учун эссенциал, сирепар буюрилади.

в) юрак фаолиятини яхшилаш учун строфантин, корглюкон, аритмия бўлса новокаинамид, индерал, юрак мускулларининг метабolik ҳолатини яхшилаш учун АТФ тайинланади.

г) нафас олишни яхшилаш учун нафас гимнастикаси қилиш, кислород ҳидлатиш, ишқор-мой аралашмасидан ингляция қилиш зарур.

д) моддалар алмашинувини яхшилаш учун

В гуруҳдаги витаминлар, АТФ, кокарбоксилаза, аскорбинат кислотадан фойдаланиш зарур.

18. Операция қилинган аёлнинг умумий аҳволини ўрганиш учун клиник ва биохимик текширувлар ўтказилади.

1. Пульс, артериал қон босими мунтазам равишда текшириб борилади.

2. 24 соат давомида ажралган сийдик текширилади.

3. Қон ва сийдик лаборатория текширувидан ўтказилади.

4. Қоннинг қуйилиши (гемостаз)ни текшириш: коагулограмма, протромбин, гепарин индекси, плазманинг кальций билан таъминланиш вақти (рецификация), плазманинг гепаринга бўлган муносабати тромботест, фибриноген, қоннинг Ли-Уайт бўйича қуйилиш вақти аниқланади.

5. Қоннинг биохимик кўрсаткичлари: оқсил фракцияси, электролитлар, қислота-ишқор мувозанати, жигар фаолиятини текшириш, қондаги калий миқдорини аниқлаш лозим.

6. Электро-кардиограмма қилиш зарур.

19. Тромбоэмболиянинг олдини олиш учун:

1. Гепариндан 5000 бирликда киндик соҳасига 4 кун давомида укол қилинади (албатта бунда коагулограмма кузатиб турилади).

2. 1% ли никотинат кислота — 1 мл дан мускул орасига 4—5 кун давомида юбориб турилади.

3. Аскорбинат кислота 0,25 г дан бир кунда 4—5 марта 4—5 кун давомида буюрилади.

20. Инфекцияга қарши:

1. Антибиотиклардан микроб ва организмнинг хусусиятини ҳисоблаган ҳолда фойдаланилади.

2. Нитрофуранлар.

3. Сульфаниламидлар.

4. Замбуруғга қарши препаратлар ишлатилади.

21. Операциядан кейинги овқат рацион:

1. Биринчи кунни овқат ва суюқлик ичишга руҳсат этилмайди.

2. Иккинчи кунни товуқ ёки баллиқ шўрва (ёғли бўлмаслиги керак), тухум, томат шарбати.

3. Учинчи кунни қотган нон, шўрва, пиширилган олма, гушт қиймаси берилади.

4. Тўртинчи кундан бошлаб овқатнинг турли аста кўлайтириб борилади.

Ичаклар парези рўй беришининг олдини олиш ва уни даволаш учун:

1. Операциядан олдин ҳуқна қилинади, сурги до-ридар берилади.

2. Операцияни эҳтиёткорлик билан олиб бориш, аъзоларни жароҳатланишдан сақлаш зарур.

3. Туғри ичакка газ чиқарувчи найча қўйиш мақсадга мувофиқ.

4. Венага глюкоза-калий аралашмасини юбориш, кальций пантотенат эритмасидан мускул орасига 1—2 мл дан бир кунда 2—3 марта укол қилиш лозим.

5. Нерв системасини тормозловчи препаратлар: ст-

рихнин — 1 мл, симпатик блокада учун аминазин 1 мл, 1 мл орнид, ганглиоблокаторлар, бензогексоний — 1 мл, дикаин — 1 мл, димеколин — 1 мл, парасимпатик нерв системаси таранглигини ошириш учун холинэстераза ингибиторларидан прозерин — 1 мл, галантин — 1 мл ва М-холинномиметиклар—ацеклидин 1 мл, ичакнинг силлиқ мускулларини фаоллаштириш учун питуитрин — 1 мл, окситоцин — 1 мл мл, церукал — 1—2 мл ва бошқалар тайинланади.

6. Сифонли клизма, Огнев ҳуқнаси (30 мл 10% ли водород пероксид ва 40 мл глицерин) буюрилади.

7. Ошқозон атониясида бурун-ютқиндан киритилган зонд ёрдамида суюқлик олиб ташланади.

8. Ичакларни электростимуляция қилиш.

9. В. Б. Вишневский буйича паранефрал (буйрак атрофини) блокада қилиш зарур (новокаин билан).

10. Перидурал оғриқсизлантириш.

11. Рефлекс билан даволаш (рефлексотерапия) ўтказилади.

ҚИН ОРҚАЛИ ЎТКАЗИЛАДИГАН КЕСАРЧА КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИ

Бу турдаги операция ҳомиладорликнинг 13—27-ҳафтасида ўтказилади. Операция вақтида туғруқ йўлининг асептик ҳолати катта аҳамиятга эга. Агар аёлнинг умумий ҳолати операцияни тезлатишни тақозо этса ва баъзи сабабларга кура қорин бўшлиғи орқали операция қилиш мумкин бўлмаса қин орқали операция ўтказилади.

Қин орқали кесарча кесиш операциясини биринчи марта 1896 йилда Дюресен бажарган. Операцияга курсаткичлар. Асосан туғруқни тезлатиш лозим бўлганда ва кечиккан абортда қўлланилади.

Операцияга моненьликлар .

1. Жинсий аъзоларда, умуман чаноқ бўшлиғида ўсма бўлса.

2. Яллиғланиш жараёни (кольпит, эрозия ва бошқалар).

3. Плацентанинг олдинда жойлашиши (placenta praevia).

4. Ҳомиланинг бачадон бўйнида жойлашиши.

5. III даражали тор чаноқда.

Операция учун ишлатиладиган асбоблар:

1. Қин кенгайтиргич.
2. Қин кутаргич.
3. Бачадон зонди.
4. Бачадон буйинини кенгайтириш учун Гегар кенгайтиргичи.
5. Турли ниналар.
6. Нина тутқич.
7. Пулевой қисқич.
8. Қирғичлар.
9. Кетгут ва ипак иплар.
10. Қайчи.

Операция умумий наркоз остида ёки маҳаллий оғриқсизлантириш усулида бажарилади.

Операция усули. Кўпроқ Ю. А. Лейчик усули қўлланилади. Дастлаб туғри ичак ва қовуқ бўшатилади. Оёқлар кергич билан кериб қўйилади. Агар кергич бўлмаса, чойшабдан фойдаланилади. Ташқи жинсий аъзолар, қин ва бачадон буйинини тозалаб, унга спирт, йод ёки йоданат суртилади. Оёқларга бахила кийгизилади. Сўнгра чойшаб ёпиб, жинсий аъзо соҳаси очиқ қолдирилади, уни иккита чок билан (бири қов соҳасига, иккинчиси бут остига) бириктирилади.

Қинга кенг қин ойналарини киритиб бачадон буйини ва қинга спирт, йод суртилади. Бачадон буйинининг ҳар икки лаби (олдинги ва орқадаги) пулевой қисқич билан қисиб олинади.

Бачадон буйинининг ташқи тешиги сода эритмасига ҳўлланган дока тампон билан, кейин йод билан артилади. Бачадон буйинини қисқичлар ёрдамида бир оз пастга суриб, буйин канали Гегар кенгайтиргичи ёрдамида 8—10 рақамигача кенгайтирилади. Буйин каналига киритилган кенгайтиргич канал ичида қолдирилиб, бачадон буйини пулевой қисқич ёрдамида янада пастроққа, қиннинг чиқич қисмига сурилади. Скальпел ёрдамида қин (олдинги гумбаз) кўндаланг ёки яримой шаклида бачадон буйини каналининг орқа тешигидан 2—3 см узоқликда 5 см узунликда қирқилади. Қирқилган четлар Кохер қисқичи билан ушлаб олинади. Кейин қин деворидан қовуқни юқорига суриб, бачадон буйинидан ажратиш учун бармоқ ёки тампон ёрдамида аста-секин юқорига сурилади. Бунда қовуқ чаноқ пардасининг қовуқ-бачадон бурмасига етгунча (*plica vesicio uterina*) сури-

лади. Чаноқ пардасини бармоқлар ёрдамида аниқлашда қийинчилик туғилмайди. Бармоқ чаноқ пардасига етганда гўё бўшлиққа тушган каби ҳолат сезилади. Қовуқни бачадон бўйиндан ажратишда уларнинг ораллигидаги юмшоқ тўқимага тушилса у осон ажратилиб, қовуқни жароҳатлаш хавфи деярли бўлмайди. Агар клетчаткага тушилмаса, қовуқни бачадон бўйиндан ажратишда қийинчиликларга учраш мумкин.

Маълумки, ҳомиладорлик муддати ошган сари қовуқдан бачадонга ўтадиган бурма юқорига кўтарила боради. Шу сабабли операция давомида бунга аҳамият бериш керак. Қовуқни бачадон бўйиндан ажратишда марказидагинга эмас, ҳар икки томонга 0,5—1 см дан ажратиш лозим бўлади. Ажратилган сийдик қопини қин кўтаргичи ёрдамида сийдик чиқариш йули томон кўтарилади.

Бачадон бўйни Гегар кенгайтиргичининг олдинги сатҳида пичоқ билан унинг ташқи тешигидан 2 см юқоридан кесилади ва кесин юқорига давом эттирилади. Чаноқ пардаси бурмаси аниқлангач, қин кўтаргичини олиб ташлаб, қирқилган жойдан 2 та бармоқ бачадонга киритилади. Ҳомила тухуми бачадон деворидан кўчирилади. Кейин бачадон девори ташқи қўл билан аста босилиб, ички бармоқлар ёрдамида ҳомила тухуми олинади. У парчалаб ёки бутунлигича олинади (агар ҳомила боши катта бўлса ва қирқилган сатҳ тор бўлса унда ҳомила боши перфорация қилиб олинади). Шунга кура иложи борича ҳомила тухумини оёғидан тортиб чиқариш мақсадга мувофиқ.

Ҳомила туғилгандан кейин йулдош чиқарилади. Бачадон ҳомила тухумидан бушатилгандан кейин бачадон деворига 1 мл питуитрин ёки окситоцин юборилади. Бунда бачадоннинг бирмунча қисқаришига эришилади. Шундан сўнг катта ўтмас қирғич билан децидуал парда қириб олинади. Бунда ташқаридаги қўл кафти билан қорин девори орқали бачадон назорат қилиб турилади. Кейин қуруқ дока билан артиб олиб, йод ёки йоданат суртилади.

Баъзан бачадонга антибиотик юбориш таклиф этилади. Ҳомила тухумини олгандан кейин қин олдин айтиб ўтганимиздек кўтаргичлар ва қин ойналари ёрдамида очилади. Бачадон бўйинининг қирқилган четлари Кохер қисқичи билан ушланиб тикишни унинг юқори бурчаги-

дан бошланади. Бунда қирқилган жароҳат четидан бир оз юқорига битта чок қўйиб, аста-секин пастга томон тикиб чиқилади.

Шу усулда қирқилган соҳанинг бутунлиги тикланади. Қин деворини эса қон оқмаётганига қаноат ҳосил қилингандан кейин кундалангига тикилади. Қин қон қуйқаларидан тозаланиб чок устига йод суртилади.

Операция вақтида акушер маълум қийинчиликларга дуч келиши мумкин. Булар бачадон ва қовуқдаги чандиқлар туфайли бачадон бўйнидан ажратилш мушкуллиги, қон кетиши, чаноқнинг сероз пардасини тешиб қўйиши, бачадон йиртилиши бўлиб, бунинг натижасида операция анча мураккаблашиши мумкин. Агар операциядан кейин ҳомила тухуми қолдиқлари аниқланса, унда операциядан бир неча кун кейин қириб олиб ташлаш керак бўлади.

XXIII БОБ

БАЧАДОН ЙИРТИЛГАНДА УНИ ЧОКЛАШ

Қорин деворини очиб, қон оқаётган томир боғланади. Бачадон деворининг четлари эзилган, юлинган бўлса, у учи ўткир скальпель ёрдамида текисланади, эски чандиқлар бўлса, улар ҳам олиб ташланади. Кейин 2 қават чок билан мускул қават тикилади, перитонизацияда сероз қават юзадаги мускул қават билан биргалликда олиниб, давомли чок билан тикилади.

Агар бачадон тўла йиртилмаган бўлсада, унинг сероз пардаси остига қон қуйилган бўлса, дастлаб сероз парда қирқилади, қон ва унинг қуйқалари олиб ташланади. Жароҳатланган қон томир Кохер қисқичи билан қисиб олиб бойланади. Агар диффуз равишда қон кетаётган бўлса, уни тўхтатиб, қон кетиш тўла тўхтагандан кейин бачадон деворини тикишга киришилади. Бачадон ён томонидан йиртилиб, гематома параметрияга ўтган бўлса, қонни тўхтатиш анча мураккаб бўлади. Бундай ҳолларда бачадон артерияси (a. uterina баъзан, а. hypogastrica) топиб бойланади, бачадон девори икки қават чок билан, кейин эса давомли чок билан мускул қавати тикилади. Агар бачадоннинг думалоқ бойлами ёнига йиртилган бўлса, шу бойлам ёрдамида ҳам перитонизация қилиш мумкин. Агар сероз парда қовуқдан, бачадон ўта-

диган жойи яқинидан йиртилган бўлса (plica vesico uterina) унда шу парда ёрдамида перитонизация қилинади.

БАЧАДОННИ ҚИИ ЮҚОРИСИДАН ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ (АМПУТАЦИЯ)

Операция қилишга кўрсатмалар:

1. Бачадоннинг фаол қисми йиртилганда атрофидаги тўқималарда қон лахталари бўлса ва жароҳат юзаси нотекис ёзилган бўлса ампутация қилинади.

2. Плацента ёпишган бўлса (Pl. accreta, percreta ва increta баъзан pl. adhaerens қисман ёпишган бўлса).

3. Плацента вақтидан илгари кучганда бачадон деворининг юқори қисмига кўп миқдорда қон қуйилганда (Кювелер бачадони). Агар қон бачадоннинг фаол қисмига қуйилган бўлса, ампутация қилиш мумкин.

4. Баъзан бачадон атониясида экстирпация қилинади (йўлдош тушишида, чилла даврида, кесарча қирқиб операцияси вақтида). Агар бошқа омиллар ёрдам бермаса, бу хилдаги операциядан фойдаланилади.

5. Ҳомилани вақтидан илгари тўхтатиш мақсадида қилинган операция жараёнида бачадон тешиб қуйилганда (бачадон бўйинининг қиндан юқори қисми жароҳатланганда).

6. Жароҳат қин гумбазидан анча юқорида бўлганда. Агар аёлда ҳомиладорлик билан бирга миома бўлса ва у туғиш жараёнида бачадон қисқаришига халақит берса, туғруқда ёки чилла даврида қон кетишини ҳисобга олган ҳолда кесарча кесиш операцияси билан бирга бачадон ампутация (миоманинг бачадонда жойлашишига қараб ампутация ёки экстирпация) қилинади. Операция умумий наркоз остида бажарилади. Операцияни бошлашдан олдин беморнинг венасига қон ёки қон ўрнини босадиган эритмалар қуйилади.

БАЧАДОННИ ҚИИ ЮҚОРИСИДАН ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ (АМПУТАЦИЯ) БОСҚИЧЛАРИ

1. Венага қон ва қон ўрнини босадиган эритмалар қуйилади. Шок ва коллапсга қарши кураш олиб борилади.

2. Қорин девори тик (оқ чизик бүйича) ёки кўндаланг равишда очилади.

3. Қорин деворини очгандан кейин дарҳол қон оқишини тўхтатиш, агар қон оқаётган томир тошилса, дарҳол уни боғлаш керак.

4. Бачадон тубига узун ипак ип билан чок қўйиш ёки қисқич билан ушлаб олиш. Агар бачадон қўшимчасини олиш керак бўлмаса, унда бачадоннинг найча бириккан бурчагига қисқич қўйилади.

5. Қорин бўшлиғини қон қуйқаларидан тозалаш (бачадон йиртилганда).

6. Бачадон бойламларини бойлаш учун (liq. ovarii propria, liq. rotundum) найчаларини ҳам Кохер қисқичи билан 2 жойидан ушлаб ва қисқич орасидан қирқиб бачадондан ажратилади. Агар найчаларни ҳам олиб ташлаш лозим бўлса, унда воронка-чаноқ бойламлари (liq. infundibulopelvicum) боғланиб, сўнг қирқилади.

7. Қовуқ-бачадон бурмаси (Plicae vesico, uterina) ни очиш ва уни қовуқ билан биргаликда (бирор эритмага хўлланган тампон ёрдамида) пастга суриш.

8. Қон томирини (art. uterina шохини) ҳар икки томонидан Кохер қисқичи билан қисиб олиб (бунда бачадон тўқимаси билан олиш керак) унинг юқорисидан кесилади ва бойланади.

Агар бачадон йиртилган, аммо йиртиқ четлари эзилмаган ҳамда инфекцияланмаган бўлса, унда ампутация қилишга ҳожат бўлмайди. Бунда фақат йиртиқ четлари тежисланиб, қаватма-қават тикилади ва сероз қават билан перитонизация қилинади. Бундан ташқари, чандиқли бачадон (олдинги туғруқда аёл кесарча кесил операциясини бошдан кечирган бўлса) бўлиб, шу чандиқли соҳа йиртилган бўлса, унда чандиқли тўқима олиб ташланиб, кейин тикилади. Чандиқ қолдирилса жароҳат яхши битмайди.

9. Бачадон девори конуссимон (бунда бачадоннинг шиллиқ пардаси кўпроқ) қирқилади.

10. Бачадон шиллиқ пардаси чокка олинмаган ҳолда қаватма-қават тикилади.

11. Перитонизация (қов-бачадон, думалоқ бойлам, тухумдоннинг махсус бойламлари ажратилиб бойланган жойдан перитонизация ичига олинад) қилинади.

12. Қон кетмаётганига қаноат ҳосил қилинганч, қорин бўшлиғи қон қолдиқларидан тозаланади.

13. Катетер ёрдамида (агар доимий катетер қўйилмаган бўлса) сийдик миқдори ва ранги аниқланади.

14. Қорин девори асептик ҳолатда ёпилади.

Операция қилиш усули. Ампутация гинекология амалиётида қилинадиган операциялардан деярли фарқ қилмайди. Лекин ҳомилали бачадон қон томирларга бой бўлади. Шу сабабли қонни тўхтатишда анча қийинчилик туғилши мумкин.

Баъзи ҳолларда аёл кўп қон йўқотганлиги сабабли томирлардан кўп қон оқмаслиги ҳам мумкин. Бунда врач қон тўхтади деб ўйлаши ва оқаяётган қон миқдори кўнайгандан кейин (қон ва қон ўринни босадиган препаратлар қўйгандан кейин) томир тўлишиб қон кетиши мумкин.

Акушерликда қилинадиган ампутацияда агар қон томири ёрилгани (бачадон йиртилганда) сабабли қон кетаётган бўлса, шу томирни тезда топиб бойлаш зарур. Бачадон атофиясида қон кетаётган, бачадон бўшашган бўлса, бачадон найчаларининг бачадонга бириккан қисми Кохер қисқичи билан қисиб олинади. Сўнгра тухумдоннинг махсус бойламга (*liq. ovagi propraie*) ва думалоқ бойламга (*liq. rotundum*) қарама-қарши қисқич қўйиб, қисқичлар орасидан кесилади. Буларни дарҳол бойлаш шарт эмас. Чунки бунда биринчи навбатда қон кетаётган бачадонни ампутация қилиш керак бўлади.

Қорин пардаси ва бачадон ўртасида ҳосил бўлган бурма (*plca vesico uterina*) пинцет ёки Кохер қисқичи билан қисиб олинади, кейин қайчи билан кесилиб, шу жойдан тўмтоқ қайчи ёрдамида бурма бўйлаб кундаланг туннел ҳосил қилинади ва шу туннел бўйича кесилади. Шунда бачадон бўйни очилиб, сероз парданинг қўзғалувчанлиги сақлаб қолинади. Кесилган парданинг пастки вароғига чок солинади, бойланган ип учи қисқичга сиқиб қўйилади (бу кейин—перитонизацияда керак бўлади). Сўнгра қисқич учига бирор стерилланган эритма, агар эритма бўлмаса, қон билан хўлланган кичкина томпончани қисиб олиб, унинг ёрдамида қовуқ пастга сурилади. Шундай қилинганда қовуқ жароҳатланиши олдини олиш билан биргаликда ички сийдик чиқариш йўлининг операция майдонидан узоқлашишига эришилади.

Пастга сурилган қовуқ кенг қин ойнаси ёрдамида бачадондан чегаралаб қўйилади.

Ампутация чегараси аниқлангач, бачадон артерияси-

ни бойлашга киришлади. Агар ампутация қиндан юқорида бажарилиши керак бўлса, унда бачадон артериясининг юқориги шохи бойланади. Одатда бачадон артерияси (*art. uterina*) бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасида бачадонга тушади ва ундан $1\frac{1}{2}$ — 2 см нарида ички сийдик йули билан бирикади. Бачадонга тушгандан сўнг у икки шохга бўлиниб, бир шохи бачадон ён девори бўйлаб юқорига, иккинчи шохи пастга — бачадон бўйнига тарқалади.

Бунинг учун ампутация қилиш лозим бўлган қисм чегараси узун қисқич ёрдамида қон томир шохи (қисқични қундаланг тутган ҳолда) билан биргалликда кесилади. Иккинчи томони ҳам худди шу усулда қисилади. Қон томир кетгуд ёки лавсан билан боғланади. Бунда экстирпациядагига ўхшаб боғланган қон томир тугуни пастга сурилмайди.

Қон томир боғлангандан кейин қон тўхтайдди. Боғламларга қўйилган қисқичлар кетгуд тугуни билан алмаштирилади (тугунлар турғунлигини таъминлаш учун бойламнинг бир четидан чок солиб бойланса, у чиқиб кетмайди). Сўнгра бачадонни ампутация қилишга киришилади. Агар қон қўйқалари бачадон тўқимасига шимилган бўлса (гематома) ундан пастроқдан, аммо қон томирлар бойланган соҳанинг бир оз юқорироғидан қирқиш керак бўлади.

Бачадон деворини учбурчак шаклида (бачадон деворини камроқ, шиллиқ қаватини кўпроқ) кесилса, уни зичлаб тикиш осон бўлади ва қирқилган сатҳ яхши бекилади. Бунда шиллиқ қават тикилмайди, у ўз-ўзидан ўсиб бирикади. Бачадон девори 2 қават чок билан тикилиб, қовуқ-бачадон пардаси ёрдамида перитонизация қилинади. Перитонизациядан олдин бачадон девори ва бачадон қўшимчалари бойланган иплар бир-бирига бойланади. Давомли чок эса сероз парда ичига олинади. Перитонизация қилинганда қорин пардаси (*plica vesico uterina*) бачадон қолдигининг орқа деворига тикилади. Қорин бўшлиғи қон ва қон қўйқаларидан тозаланиб қорин девори 2 қават қилиб чокланади. Сийдикнинг ҳолати текширилади.

Баъзи ҳолларда ампутацияни пастда — бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасида қилишга тўғри келади. Бунда бачадон артерияси шохини эмас, бачадон бойламини топиб бойлаш керак бўлади. Бунда бойланган *a. uterina*

экстирпациядаги каби пастга сурилади. Сийдик қопидан бачадонга ўтган қорин парда бурмаси юқорида айтиб ўтилган усулда қирқилади.

Боғланган артерияни бир оз пастга суриб, сўнг бачадон бўйни тепасидан қирқилади. Баъзи ҳолларда бачадон бўйни очик бўлганига кўра у анча кенг ва бўшашган ҳолда бўлиши ва ундан қон келиши мумкин. Шунга кўра, кетгут ёрдамида айлантириб тикиб унинг деворлари то-райтирилади, аммо бачадон бўйни бутунлай бекитиб қўйилмайди. Бўйни тешиги қорин бўшлиғидан чиқинди-лар ажралиши учун хизмат қилади.

БАЧАДОН БЎЙНИНИНГ ОЛДИНГИ САТҲИНИ КЕСИШ (*hysterotomia anterior*)

Бачадон бўйнининг олдинги сатҳини кесиш мустақил операция эмас. Бу хилдаги операция (кольпотомия) да қорин бўшлиғига тушилади. Бачадон бўйнини қирқиш, бачадонга кириш учун имконият туғилади. Бу операция бачадон шиллиқ қавати остига жойлашган мюмани олиш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш (ҳомила 3 ойликдан катта бўлса) учун хизмат қилади. Бу қин орқали аборт қилиш деб аталади ва кўпинча қовуқ ва бачадон ораллиғидаги бурмани (*plica vesico uterina*) очишда қийинчилик туғилганда ёки бачадон катта бўлганда уни қин гумбазни ораллиғидан олиб чиқишда шу усулдан фойдаланилади.

Операция қилиш усули кольпотомия каби бажарилади.

Қин олди гумбазини кўндаланг қирққадан кейин сийдик қопи бачадон бўйни сатҳидан қорин парда бурмасигача кичкина тампон ёрдамида кўчирилади. У қин кўтаргичи билан кўтариб ушланади. Бачадон бўйнининг олдинги девори керагича кесилади. Шу кесилган жойдан аборт қилишга киришилади.

Бунинг учун дастлаб зонд билан бачадон чуқурлиги ва унинг жойлашиши аниқланади. Кейин аборт қилишга киришилади. Бачадон бўйнига кетгутли чок қўйилади. Чок бачадон бўйнининг қалинлиги бўйича тикилади, аммо бачадон бўйни ичидаги шиллиқ қават тикилмайди. Бачадон бўйнининг бутунлиги тиклангандан кейин қин гумбазининг қирқилган жойи (кольпотомия) тикилади.

Операциядан кейинги парварिश бошқа турдаги бачадон буйинида қилинадиган операциялардаги каби бўлади.

БАЧАДОННИ ОЛИБ ТАШЛАШ (ЭКСТИРПАЦИЯ)

Операция қилиш учун кўрсатмалар:

1. Плацента бачадон буйинининг ички тешиги соҳасига маркази билан жойлашганда.

2. Плацента вақтидан илгари тула ўрмидан кўчиб, бачадон деворида гематома ҳосил бўлган ҳолатларда.

3. Эрта чилла давридаги бачадон атониясида.

4. Чилла даврининг оғир септик касалликларида (инфекция манбаини тугатиш мақсадида).

5. Бачадон ағдарилиб тушиб, узоқ вақт туриб қолган ҳолатларда (некрозда, инфицирланганда).

6. Ҳомила бачадон буйинида жойлашганда.

7. Ҳомиладор бачадон буйинида ўсма (многа тугуни бачадоннинг пастки қисмига жойлашганда, рак, қайта-қайта полип бўлганда, узоқ давом этган ва даволаб бўлмаган эрозияда, рак олди ҳолати) бўлганда.

8. Бачадон йиртилганда (пастки сегменти) ва бошқаларда.

Операция қилиш учун шароит ампутация каби. Одатда бачадон йиртилганда унинг деворида қон лахталари тупланишидан ташқари, бачадон тўқималари эзилган ва парчаланган бўлади.

Бачадон йиртилганда (*rubtura uteri*) аёл жуда қонсизланади ва шок ҳолатида бўлади. Шунга кўра, уни шок ҳолатидан чиқариш билан бир вақтда операцияга тайёрланади.

Бачадонни экстирпация қилиш ампутациядан бир оз фарқ қилади.

Операция қилиш босқичлари:

1. Бачадон тубига битта чок ёки қисқич қўйиб бачадон ушлаб турилади.

2. Бачадоннинг думалоқ бөглами ва тухумдоннинг махсус бойлами ҳар икки томондан қисиб олиниб боғланади ва кесилади.

3. Агар бачадон қўшимчаларини олиб ташлаш керак бўлмаса, найчаларнинг бачадонга тушадиган қисми Кохер қисқичи билан қисиб олиниб боғланади ва кесилади.

Агар бачадон қўшимчаларини олиб ташлаш керак бўлса, унда воронка-чаноқ боғламлари боғланиб кесилади.

4. Ҳар икки қолдиқ тугун оралигидаги қорин пардаси очилиб, қолдиқлар пастга томон сурилади.

5. Қов-бачадон бурмаси (*plica vesico uterina*) очилади.

6. Бачадон артерияси бачадонга тушган қисмида унинг деворига тегмасдан Кохер қисқичи билан қисиб олиниб кесилади ва боғланади ҳамда пастга сурилади.

7. Думғаза-бачадон бойлами ҳам кесилиб, пастга сурилади.

8. Қиннинг олдинги гумбазни кохер билан кесилади, қин йодга ҳўлланган дока билан артилади. Бачадонни қин деворидан ажратиш жараёнида ассистент қин деворини кетма-кет Кохерга қисиб боради. Шу тариқа қиндан инфекция кириши олди олинади.

9. Қин девори давомли ёки тугунли чок билан тикиб торайтирилади. Кейин иккинчи қуруқ дока лепта киритилади.

10. Қиннинг орқа деворига думғаза-бачадон бойламини бириктириб чок қўйилади.

11. Қов-бачадон бурмаси қин деворига бириктирилади.

12. Чандиқ сероз пардаси қов-бачадон бурмаси ёрдамида бойламлар қолдиғини шу пардалар ичига олиб перитонизация қилинади.

13. Қорин бўшлиғи кўздан кечирилади. Қон лахтала-ридан тозаланади.

14. Қорин девори тикланади.

15. Катетер ёрдамида сийдирилади ҳамда сийдик миқдори ва ранги кўздан кечирилади.

Операция қилиш усули. Бунда операция аёлнинг ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида қилинади.

Қорин деворини очган заҳоти қон тухтатиш чораларини кўриш керак. Қон қуйқалари олиб ташланиб, қон томирлари топиб боғланади. Сийдик қони жароҳатланмаганлигини катетер ёрдамида сийдик чиқариб аниқланади. Агар сийдикда қон бўлса, бу унинг жароҳатланганлигини билдиради.

Одатда бачадон пастки сегментидан йиртилганда сийдик қоли ва бачадон атрофидаги клетчаткаларга (юшоқ туқимага) қон қўйилади.

Бачадоннинг думалоқ боғлами ва тухумдоннинг маҳ-

сус боғлами бачадон найчаларини ампутация қилган каби қорин пардаси бурмасини (*plica vesico uterina*) кесиб уни мумкин қадар қайчи ишлатмай тўмтоқ усулда (ҳўлланган, думалоқланган дока ёрдамида) то қин гум-базигача сурилади. Бунда сийдик қопи ва ички сийдик чиқазиш йўли ҳам пастга сурилиб, жароҳатланишдан сақланади. Пастга сурилган қовуқ ва сероз парда қорин ойнаси ёрдамида чегараланади. Одатда бачадон бўйни кенгайган ва бўшашган бўлгани сабабли қин орқали уни аниқлаш қийин бўлади.

Бачадон артериясини боғлаганда ички сийдик чиқазиш йўлини жароҳатлаш мумкинлигини унутмаслик керак. Шунга кўра кўз билан кузатган ҳолда бачадон бўйни яқинидан боғлаш керак. Бунинг учун Кохер қисқичини тик ушлаган ҳолда артерия сиқиб олинади (артерияни сиқиб олгандан кейин унинг тагидан ипак ип ва кетгут билан 2 та чок солинади, аммо боғланмайди. Бунда агар қўйилган қисқич чиқиб кетса, шу тугун дарҳол тортиб боғланса оғир ҳолатнинг олди олинган бўлади. Агар бачадон артерияси пастга сурилиб, қон кетиб қолса, а. *uterina* ва а. *hypo gastrica* ни топгунча анча вақт ўтади. Аёл ҳалок бўлиши мумкин. Артерияни қирқиб жароҳлик тугуни билан боғлангандан кейин у тампон ёрдамида эҳтиёткорлик билан пастга (экстирпация қилиш чегарасигача) сурилади.

Баъзи ҳолларда бачадон қўшимчаларини бир томондан ёки ҳар икки томондан олиб ташлашга тўғри келади. Агар бачадон инфекцияланган бўлса, бунда бачадон қўшимчалари (найчалари) ҳар икки томондан олиб ташланади. Бунда воронка-чаноқ боғлами (*liq. infundibulo-pelvicum*) ни боғлаш керак бўлади. Бу боғлам қалинлигидан тухумдон артерияси (а. *ovarica seu spermatica*) ўтади. Шунга кўра у қирқиб боғланади. Бу жуда эҳтиёткорликни талаб қилади. Агар у яхши боғланмаган бўлса, артериядан кетаётган қон шу боғлам қалинлиги бўйича ҳатто буйрак соҳасигача боради. Бундай ҳолларда уни топиб боғлаш анча қийин бўлади.

Агар бачадон артериясидан қон кетаётган бўлса, кенг бойламнинг ҳар икки варағи — *art. iliaca interna*, а. *hypo gastrica* ни топиб бойланади. Баъзан кенг бойлам варақларини қирқиб а. *hypo gastrica* ни *art. iliaca communis* шодланган жойини топиб бойлаш ҳам мумкин. Ҳар доим ҳам буни боғлашга зарурат туғилавермайди,

аммо шу артерия буйича бачадон артерияси топилади (гематома бўлиб, бачадон артериясини топишда қийинчилик туғилса).

Шуни унутмаслик керакки, ички сийдик чиқазмиш йўли ясси боғламнинг орқа варағи сатҳидан чаноқ чуқурлиги томон йўналади ва бачадон буйни ички тешигининг ташқи соҳасидан 1 1/2 — 2 см узоқликда бачадон артерияси билан чатишади.

Ички сийдик чиқазмиш йўли оқ рангда, кенг ва бир оз яссилашган бўлиб, перисталтик ҳаракат қилишидан уни ажратиш мумкин. Қон томирларда перистальтик ҳаракат бўлмайди, аммо пульсация бўлади.

Бачадондан қон кетишини тўхтатиш учун ясси боғлам варақларини очиб ички сийдик чиқазмиш йўли топилади ва Дишама нинаси ёрдамида эҳтиёткорлик билан тикилади. Сийдик йўли бир оз четга тортилиб ип Кохер қисқичи ёрдамида чойшабга бириктириб қўйилади. Сийдик йўлини врач доим диққат билан кузатиб туради. Шунда врач клетчаткадан ва қон томирлардан оқаётган қонни тўхтатишга осонроқ эришади. Қон томирлар боғлангандан кейин думғаза-бачадон боғламга (lig. sacro-uterina) қисқич қўйилиб кесилади ва боғланиб пастга сурилади. Агар қин гумбазининг бирор жойи жароҳатланган бўлса, уларнинг четларини кохер қисқичи билан қисиб қинга йодга ботирилган дока киргизиб қўйилади ва қин гумбазини бачадон девори буйни атрофидан кесиб олинади. Қин деворининг қолган қисми бутун бўлса, унинг деворлари қисқич билан қисилади.

Баъзи мутахассислар қин инфекцияланган бўлса, бунда дренаж қўйишни маслаҳат берадилар. Бошқалари эса қинни тикиш керак дейдилар. Қинга дренаж ёки 2—3 кунга докадан трунда қўйиш мақсадга мувофиқ. Шундай қилинса, қон кетаётганини аниқлаш осон бўлади. Бундан ташқари, қорин бўшлиғида қолган чиқиндиларни ажралиши учун ҳам имкон бўлади.

Одатда қин деворини бир неча айланма чок билан тикиб торайтиргандан кейин очиқ қолган жойдан йодга хўлланган ингичка лента шаклидаги тампон пинцет ёрдамида киргизилади. Тампоннинг учи қин тешигидан бир оз чиқазиб қўйилади. Қинга киритилган олдинги тампон операциядан кейин олиб ташланади, кейингиси эса операциядан 2—3 кун ўтгач олинади.

Н. Л. Брауденинг фикрича, дока тампон инфекция

кириши учун қулайлик туғдиради, дренаж эса ён тўқималарни босиб жароҳатлаши мумкин. Шунинг учун қинни тикишни тавсия этади. Бунинг учун қорин пардасининг олдинги варағи унинг қовуқ-бачадон бурмаси (plica-vesico uterina) қиннинг олдинги деворига бириктирилиб, орқа варағи эса орқа деворига бириктирилади. Қин бурчакларини очиқ қолдириш ва кетгут ёрдамида давомли чок билан перитонизация қилиш тавсия этилади. Перитонизациядан олдин liq sacro uterina ни қиннинг орқа деворига бириктириб тикиш қиннинг пастга тушиши олдини олади.

Перитонизация учун қорин пардасининг ҳар икки варағи қин тешиги устидан тикилади. Бачадон бойламлари ва қўшимчалари боғланган жойидан давомли чок ичига олиб тикилади. Шунда чандиқлар бўлиши олди олинади ва қин қорин бўшлиғидан чегараланади. Қорин бўшлиғи қон қуйқаларидан тозалангач, антибиотиклар юборилади ва қорин девори қаватма-қават тикилади. Агар операциядан олдин катетер киргизиб қўйилмаган бўлса, унда катетер ёрдамида сийдик миқдори ва ранги аниқланади.

XXIV БОБ

БАЧАДОН БЎИНИДА БАЖАРИЛАДИГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

БАЧАДОН БЎИНИНИ СУЊИЙ РАВИШДА КЕНГАЙТИРИШ УСУЛЛАРИ

Одатда туғруқ физиологик ҳолатда кечгайда, яъни туғруқ йўлларида нуқсон бўлмаган ҳолларда бачадон бўйни туғруқ дарди таъсирида мустақил очилади. Аммо, баъзан туғруқ йўллари, хусусан бачадон бўйнидаги нуқсонлар (чандиқ, ўсмалар, бачадон бўйнининг рефлектор равишда қисилиб қолиши) туфайли туғруқ дарди қанча кучли бўлмасин бачадон бўйни нормал очила олмайди. Бунда ҳатто бачадон бўйнини кесишга тўғри келади.

Агар бачадон бўйни узун бўлса (Elongatio colli uteri), бунда бўйин анча шишган бўлгани туфайли уни кенгайтиришда анча қийинчилик туғилади. Бачадон бўйни чандиқлар туфайли тиришиб қолганда, яллиғланганда

ёки туғруқ оғир кечганда ҳатто кесарча кесиш операциясидан фойдаланиш мумкин. Баъзан бачадон бўйнининг ташқи тешиги бирор сабаб билан бекилиб ёки тораёиб қолган бўлса (*Conqlutinatio orificii uteri externi*) ва уни одатдаги усул билан кенгайтиришнинг иложи бўлмаса, бундай ҳолларда бачадон бўйни кесилади қин ёки қорин девори орқали кесарча кесиш операцияси ёрдамида ҳомила туғдирилади.

Баъзи ҳолларда қин бирор сабаб билан ёпишиб қолган бўлса (*vagina fixatio uteri*), орқа томонга сурилганига кўра у бачадон бўйнини ҳам орқага суради, бу эса бачадон бўйнини нормал очилишига йўл қўймайди. Бунда ҳам бачадон бўйнини кенгайтиришга туғри келади ёки кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади.

Баъзан бачадон ағдарилиб тушган бўлса ёки тушганига кўп вақт ўтган бўлса бачадонни туғрилаш мумкин бўлмайди. Шунда уни кесишга туғри келади.

Бачадон бўйни тиришиб қолганда турли препаратлардан фойдаланилади. Агар у ҳам ёрдам бермаса, бачадон бўйни қирқилади.

Жинсий аъзоларга алоқадор бўлмаган турли касалликларда ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши аёл ҳаётига хавф солишини назарда тутган ҳолда бачадон бўйнини кенгайтириб ҳомила олиб ташлаш керак бўлади. Бу усулдан камдан-кам ҳолатларда фойдаланилади. Бачадон бўйнини кенгайтиришнинг бир неча усуллари бор.

1. Гегар кенгайтиргичи билан бўйни канални очиш.

2. Бармоқлар ёрдамида очиш. Бунинг учун 2 та бармоқ бўйни каналига киргизилиб, улар ёрдамида бўйин тешиги кенгайтирилади. Бунинг учун бўйиннинг ташқи тешиги камида 2 см очиқ бўлиши керак. Бармоқлар билан кенгайтириш анча узоққа чўзилиши ва қийин бўлиши сабабли киргизилган бармоқлар чарчаб ва ҳатто томир тортишиб қолади. Бундан ташқари, бармоқлар билан бачадон бўйнини узоқ ишқалаш натижасида инфекцияланиш хавфи ҳам бўлади.

Агар ҳомила ўлик бўлса, унда уни Брокстон—Гикс усулда оёғига айланттириб, шу оёқ ёрдамида бачадон бўйнининг очилиши таъминланади. Тирик ҳомилада бу операция қўлланилмайди.

Агар плацента чети ёки ёни билан олдин келиб, қон кетаётган бўлса ва кесарча кесиш операциясини бирор

сабаб билан қўллаш мумкин бўлмаса, қон кетишини тўхтатиш мақсадида бу усулдан фойдаланиш мумкин.

БАЧАДОН БЎЙНИНИ КЕСИШ (ДИСКИЗИЯ) (DISCISIO COLLI UTERI)

Бу мустақил операциялар қаторига киради. Бунда ҳали текисланмаган бачадон бўйни пастки сегменти билан биргаликда қирқилади.

Бошқа турида, яъни ҳомила думбаси билан олдин келиб туғила бошлаган, аммо боши бўйин тешигида сиқилиб қолган бўлса, бачадон бўйни кесилади. Юқорида айтиб ўтганимиздек, бачадон бўйин канали тортишиб қисилиб қолган, аммо дорили препаратлар (тиришишга қарши атропин, спазмалгин, лидаз ва бошқалар) ёрдам бермаса, унда бачадон бўйин тешигини кесиб кенгайтирилади. Бачадон бўйнини қирқишга аёл қин орқали бажариладиган операциялардаги каби тайёрланади.

Бачадон бўйнини кесиш учун қинга бармоқларни суқиб, шу бармоқлар назорати остида тўмтоқ учли қайчининг бир учи бачадон бўйнига, қинга қараган қисмига жойлаштирилади ва бир сантиметр узунликда ҳар икки томонидан ва баъзан 4 томонидан қирқилади (2 таси ёнидан, 2 таси бўйиннинг олд ва орқа деворидан).

Ҳомила думбаси билан келиб боши тиқилиб қолганда қисқични жойлаштириб кейин қирқиш мақсадга мувофиқ бўлади. Бунда бўйин тешиги таранг тортилган бўлганига кўра қирқиш осон бўлади. Туғруқдан кейин у албатта тикилади.

БИОПСИЯ (BIOPSIA)

Биопсияга бемор қинда бажариладиган операциядаги каби тайёрланади. Сийдик қопи, туғри ичак бўшатилади. Ташқи жинсий аъзолар соҳаси, бачадон бўйни дезинфекция қилинади. Биопсия қилинадиган жойни танлаш жуда катта аҳамиятга эга. Бу кольпоскоп ёрдамида аниқланади. Биопсияни конхотом ёки пичоқ ёрдамида бажариш мумкин. Биопсия учун касал қисм билан соғлом қисм чегараси танланади (бунда касал қисмдан кўпроқ ва чуқурроқ олиш керак бўлади). Одатда у учбурчак шаклида қирқилади (бурчак учи пастда бўлади).

Биопсия қилиш учун бачадон бўйни пулевой қисқич билан қисилади. Ёрдамчи бир қўли билан қиннинг орқа деворига қўйилган қин ойнаснн, иккинчи қўли билан пулевой қисқични ушлаб туради. Тўқима иккита қисқич ўртасидан олинади. Олинган тўқима кичкина бўлишига қарамай, ўша жойдан анча қон оқади. Қон тампон ёрдамида ёки кетгут билан тикиш орқали тўхтатилади.

Бачадон бўйни қаттиқ бўлгани сабабли четлари галма-гал тикилади. Шундай қилганда бачадон бўйни ортиқ жароҳатланмайди.

Биопсияни консультация шаронтида бажариш мумкин эмас. Биопсияда олинган тўқима қондан тозаланиб 5% ли формалин ёки 96° ли спиртга солинади, операциянинг қандай ўтказилганлиги, булақлар қаердан олинганлиги, ташхиси, беморнинг ёши, унинг шикоятлари ёзилиб патоморфологга юборилади. Агар рак касали тасдиқланса, дарҳол онкологга юбориш керак бўлади. Демак, биопсия олиш акушерлик амалиётида патологик ҳолатни туғри белгилашда катта аҳамиятга эга.

БАЧАДОН (БҮЙНИ)НИНГ ОЛДИНГИ САТҲИНИ КЕСИШ

(Biopsia, excisio, exploratio)

Бачадоннинг олдинги сатҳини кесиш мустақил операция эмас. Бу хилдаги операция ёрдамида қорин бўшлиғига тушилади. Бачадонни (бўйинни) кесганда бачадон бўйни ва бачадонга кириш учун имконият туғилади. Бу операция бачадон шиллиқ қавати остига жойлашган миомами олиш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш (ҳомила 3 ойликдан катта бўлса) мақсадида ўтказилади. Бундай операция усули қин орқали аборт қилиш деб номланади. Бундай операция камдан-кам ҳолларда бачадонда ўтказиладиган операцияларда, қовуқ ва бачадон оралиғидаги бурмани (plica vesico uterina) очишда қийинчилик туғилганда ёки бачадон катта бўлса қирқилган қин гумбази оралиғидан олиб чиқиш учун қўлланилади.

Операция қилиш усули. Операция кольпотомия каби бажарилади.

Сийдик қопи бачадон бўйни сатҳидан қорин парда бурмасигача Кохер қисқичига қисилган тампон ёрдамида кўчирилади. У қин кўрсаткичи билан кўтариб ушланади. Бачадон бўйнининг олдинги девори лозим бўлган дара-

жада кесилади. Шу кесилган жойдан аборт қилишга киришилади. Бунинг учун олдин зонд билан бачадон ичи чуқурлиги ва жойлашишини аниқлаб, кейин аборт одатдагича олиб борилади. Бачадон бўйинига кетгутли чок қўйилади. Чок бачадон бўйинининг қалнинлиги бўйича тикилади, аммо бачадон бўйни ичидаги шиллиқ қават тикилмайди. Бачадон бўйни бутунлиги тиклангандан кейин қин гумбази (кольпотомия) тикилади.

Операциядан кейинги парвариш бошқа турдаги бачадон бўйни операцияларидаги каби олиб борилади.

XXV БОБ

ПЕРИНЕОТОМИЯ, ЭПИЗИОТОМИЯ ВА ПАРАМЕДИАЛ ҚИРҚИШ (Perineotomia et episiotomia)

Михаэлис (1799) кесилган жароҳат ёзилган, парчаланган жароҳатдан кўра тез битишини ва шу сабабли ҳам бачадон бўйни ўзича йиртилишини кутмасдан уни кесишни тавсия этади.

Кўп асрлар давомида туғруқ жараёни ҳақида ҳеч қандай фикр юритилмаган. Фақат Девентер (1651—1724) биринчи марта туғруқда бачадон бўйинини сақлаш ҳақида фикр юритган. Перинеотомия ва эпизиотомия операциялари чот анча баландда жойлашгани сабабли қиннинг чиқиш тешиги тор ёки ҳомила боши туғилиши жараёнида чот йиртилиши хавфи бўлганда (бунда чот кукариб шишади, кейин юпқалашиб таранглашади, ҳатто тери бутунлиги бузилади ва ёриқлар пайдо бўлади) бажарилади. Сўнги вақтларда кўпроқ парамедиал операция қўлланилмоқда.

Операция қилиш усули. Перинеотомияда ташқи жинсий тешикни қирқиш учун учинчү тўмтоқ қайчи билан чот оралиғи ўртасидан (*Sentrum tendensum*) кесилади. Бунда 2—2,5 см узунликда унинг ҳамма қавати қирқилади. Баъзан ҳомила боши қиннинг чиқиш қисмига кучли тикилиб қолганда қайчи билан қирқиш мумкин бўлмай қолади. Бунда шпательни чот ва ҳомила боши оралиғига киргизиб скальпель билан шу шпатель устидан қирқилади. Бу усулдаги операцияда баъзан ҳомила бошида (туғилиш жараёнида кесилган жой соҳасида) узун жароҳат қолиши мумкин.

Эпизиотомияда чотнинг ўрта чизиғидан четроқ (1,5—2 см) дан радиал равишда ўтиргич суяк думбоғи томонга йўналтирилган ҳолда кесилади. Бунда қин киришининг қисқарувчан мускулларининг бир қисми ва тери кесилади. Бу турдаги операцияда бартолин бези ёки унинг йўлини кесиб қўйиш хавфи ҳам бўлади. Ритген (1855 йил) ҳомила бошини туғилиш жараёнида чот ёнидан 3—6 марта оз-оздан қирқишни тавсия этади. Парамеднал равишда қирқишда эпизиотомия билан перинеотомия қилинадиган жойлар ўртасидан кесилади. Бу турдаги операция бирмунча хавсизроқ бўлиб, агар операция жараҳати туғруқ вақтида қўшимча йиртилса, ҳаётини зарур аъзоларга шикаст етмайди. Чот девори бир текис кесилганда унинг деворлари қаватма-қават (тонография ҳолатини ўзгартирмаган ҳолда) тикилса уша жой осон битади.

ЧАНОҚНИ КЕНГАЙТИРИШ УЧУН ҚИЛИНАДИГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Чаноқни кенгайтириш операцияларининг симфизотомия (*Sectio ёки пубиотомия*) *symphyses ossium pubis, symphysotomia*) хебостомия (*hebesteotomia*), *pubiotomia* пубиотомия турлари мавжуд. Илгариги бобда тор чаноқда кичик чаноқ киришини кенгайтириш мақсадида Валхернинг консерватив усули ҳақида айтиб ўтган эдик. Бунинг учун тугаётган аёлни туғруқ каравотига чалқанча ётқизиб, оёқларини сон бўғимидан пастга осилтириб қўйилади. Бир неча муддат ётгандан сунг қов бўғими тоғайи юмшайди ва 0,5—1,0 см га кенгайди. Бу эса ҳомила бошининг чаноқ ичига тушишига имкон яратади.

Баъзи муаллифлар чаноқни оператив усулда кенгайтириш фикрини илгарини сурадилар. Бу усулдан ҳозир деярли фойдаланилмайди. Илгарилари қов суяги бирикмаси (симфиз) тоғайдан иборат эканлиги ҳақида аниқ тасаввурга эга бўлинмагани сабабли қов суягини араллаганлар.

Пубиотомияда қорин деворининг туғри мускули ҳамда *m. pectuncus* ва *m. adductor longus, m. brevis* ва *gracilis* баъзан шикастланади. Бундан ташқари, қон томирлар ҳам шикастланиб, қон кетиш ҳолати кузатилади. Кўп ҳолатларда қов соҳасида (чаноқ ичида, ташқи жинсий аъзоларда) гематома кузатилиши мумкин. Бундан

ташқари, қовуқ ва қин ҳам жароҳатланиши мумкин. Симфизиотомия операциясида қов бўғимининг тоғайи кесилади (махсус Джилен арраси ёрдамида). Агар қов суяги шохлари шу операция ёрдамида 6 см узоқлашса, унда чин конъюгата 1,2—1,5 см га кўпаяди.

Операцияга кўрсатмалар: чаноқ бир оз тор бўлганда, ҳомила чаноқ қисми билан келганда, тапаси туғилиб, боши ёки елка қисми туғилиб қолганда шу турдаги операциялардан фойдаланилади.

Чаноқ суягини кенгайтириш операцияси асосан ҳомиланинг тирик туғилишнинг таъминлаш мақсадида, унинг боши, елкаси чаноқ ўлчамига тўғри келмай туғилиб қолганда қўлланилади. Умуман, чаноқни кенгайтириш учун қилинадиган операциялар устида муаллифлар турлича фикр юритадилар. Баъзилар ҳомилада ҳам, онада ҳам турли асоратлар кузатилишини назарда тутган ҳолда бу турдаги операциялардан фойдаланишни маслаҳат бермайдилар. Хусусан Шлефли тўплаган маълумотларга кўра бу турдаги операциялардан кейин ҳомиланинг ўлик туғилиши 9,64%, А. Ф. Пальмор бўйича онанинг ўлими 7,1%, Г. Н. Мигаловская маълумотига кўра чилла давридаги касаллик 38% ни ташкил қилган. Келтирилган далиллар шуни кўрсатадигани, бу турдаги операциялардан фойдаланишга зарурат йўқ. Агар туғруқ жараёни мураккаблашса, унда энг қулай усул кесарча кесиш операциясидир.

Ҳомила думбаси билан олдин келганини ва чаноқ билан мос келиш-келмаслигини аниқлаган ҳолда ҳомила думбаси билан келганда акушерлик ёрдамидан фойдаланилади.

ҚОРНИ ДЕВОҒИ ОРҚАЛИ ҲОМИЛА ОЛДИ СУВИНИ ОЛИШ (АМИНОЦЕНТИЗ)

Аминоцентизни асосан муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликда, гемолитик касалликни аниқлашда ва бошқа ҳолатларда ташхис қўйиш учун қўлланилади. Бу турдаги операция аминоскоп ёрдамида бажарилиб, аминоскопия деб аталади. Аминоскопия ҳомиладорликнинг охири муддатларида қўлланилади. Чунки аминоскопияда қоғоноқ пардасининг йиртилиш хавфи булади. Бунинг учун ёритадиган қисми бўлган махсус асбоб ишлатилади. Унинг ёрдамида ҳомила пардаси ва ҳомила олди

суви кўздан кечирилади. Амниоскоп найчаси (тубус) бачадон бўйини каналига киритилади. Нормал ҳомиладорликда ҳомила олди суви тиниқ ёки бир оз лойқароқ, асфиксияда эса меконий аралашган бўлади. Агар гемолитик касаллик бўлса, ҳомила олди суви сариқ рангда, утиб кетган ҳомиладорликда эса ҳомила олди суви каймайиб мой парчалари кўринади. Кўп ҳолатларда амниоскоп ёрдамида ҳомиланинг олдида келувчи қисмини аниқлаш мумкин бўлади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДАН САҚЛАНИШНИНГ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ

Жарроҳлик йўли билан ҳомиладорликдан сақланиш 2 усулда бажарилади. 1. Вақтинча сақланиш. Бунга бачадонга киритиладиган спираллар, контрацептив моддалар ҳамда турли препаратлар киради. 2. Жарроҳлик йўли билан бачадон найчаларини бойлаш ва қирқиш. Бачадон найчаларини бойлаш ёки қирқиш, олиб ташлаш операциялари фақат тиббий кўрсатма бўйича бажарилади.

Бу турдаги операциялар бошқа турдаги операцияларга қўшимча сифатида бажарилади. Операция йўли билан ҳомиладорликдан сақланиш операциясини қинда, бачадонда, тухумдонда, найчаларда бажариш мумкин. У кўпроқ найчаларда бажарилади.

Бунинг учун маълум кўрсаткичлар мавжуд бўлиши лозим.

1. Оғир сурункали соматик касалликларда (юрак пороги, жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари аёлнинг ҳаётига хавф солганда, аёлнинг биринчи ҳомиладорлигида, кесарча кесиш операцияси ўтказилганда бу хилдаги операциядан фойдаланилади.

2. Аёл қайта (2 марта, баъзан 3 марта) кесарча кесиш операциясини бошдан кечирган бўлса, ҳозирги операция ҳомиладорликдан сақланиш операцияси бўлиши лозим.

3. Баъзи бир руҳий касалликларда.

4. Чаноқ ҳаддан ташқари тор бўлганда.

5. Қовуқ ва тўғри ичак оқмаларида ва бошқа ҳолларда бу операциядан фойдаланиш мумкин.

Ҳомиладорликдан сақланиш мақсадида найчаларда қилинадиган операцияларнинг тури жуда кўп. Узоқ вақтлардан бери Мадленер таклиф қилган операциядан

фойдаланиб келинади. Агар аёлниги умумий аҳволи операция қонсиз тез утишини тақозо қилса, бу операциядан фойдаланилади.

Бунинг учун бачадон тубини битта чок тутқич билан турғун ушлаган ҳолда, найчанинг ўрта қисмида пинцет билан бир оз юқори кўтарилади. Бунда найча иккига букланиб қолади. Бир оз пастроққа кохер қисқичи қўйилади (бунда найчанинг бачадон ва ампуляр қисми қаттиқ қисиб эзилади ва шу жой ипак ип билан боғланади).

Бу усулдан фойдаланилганда баъзан боғланган ип ечилиб кетиши ёки етарли сиқиб боғланмаганлиги натижасида найчанинг ўтказувчанлиги тикланиб, қайта ҳомиладорлик кузатилади. Бу ҳолатнинг олдини олиш учун найчани қисман кесиб (найча боғлангандан кейин унинг юқориси кесилса ҳам бўлади), кесилган жой мезосальпинкс билан перитонизация қилинади. Кирхоф—Дюкман усулида найчани қоплаган қорин пардасини ичтин қисмида ампуляр қисми чегарасигача кесилади. Бунинг учун 2 та қисқич ёрдамида найчаларнинг 2 жойидан 3—4 см оралиғи қисиб олинади. Кейин шу қисилган қисм жойидан ажратиб олинади. Кохер қисқичи билан қисилган соҳа ва мезосальпинкс қисқичларга яқин жойдан бойланади, сўнгра мезосальпинкс варақларини бир-бирига тикиб найчалар учини бекитган ҳолда перитонизация қилинади.

Ҳомиладорликдан сақланишнинг В. С. Груздев усули ҳам бор. Буни кесарча кесиш операциясидан кейини қўллашни тавсия этган. Бунда бачадон туби бир бурчагигача кесилади. Сўнгра бачадон найчаси очилиб понага ўхшаб кесилади. Шу усулда найчаларнинг бачадонга жойлашган қисми олиб ташланади. Операция бачадоннинг ҳар икки томонида бажарилади. Жароҳат одатдаги чок билан тикилади, найча қолдиги қорин пардаси ёрдамида перитонизация қилинади.

Бунда найчаларнинг ҳар икки томонидан бўйин олди қисми бойланиб келади. Найчанинг бачадон томонда қолган қисми аста-секин мезосальпинксдан ажратилади ва шу найча қисми бачадон бурчагидаги тўқимаси билан биргаликда понага ўхшаб қирқиб олинади. Бундай операцияда бачадон бўшлиғи очилмаслиги керак. Қон тўхтатилиб қирқилган жой тикилади. Бачадондан ажратилган найча қолдиги мезосальпинкс варақлари ёрдамида перитонизация қилинади.

Ван-Девельде усулида дастлаб найча-тухумдон бойламлари кесиб боғланади. Бу билан тухумдонни бир жойдан иккинчи жойга ўтиши таъминланади. Бачадоннинг думалоқ бойлами найча билан бирга юқорига кўтарилади ва кенг бойламнинг орқа варағи тухумдон остидан ва унга параллел равишда тухумдон ўлчамидан бир оз катталиқда кесилади. Қон кетиши олдини олиш учун кенг бойламнинг орқа варағини кесганда эҳтиёт бўлиш керак. Агар қон кета бошласа, албатта уни тўхтатиш чорасини кўриш лозим.

Кенг бойлам кесилган жойдан тухумдонни итариб киритилади. Шундай қилиб, тухумдон олдинда, бачадоннинг думалоқ бойламлари найчалар орқасида бўлиб қолади.

Кенг бойламнинг орқа варағини мезосальпинксга бириктириб тикилгач тухумдон ёнида қорин пардасидан чўнтак ҳосил бўлади. Шу усулда ҳомиладорликдан вақтинча сақланилади.

Агар аёлда яна ҳомиладор бўлиш истаги туғилиб қолса ва унинг соғлиғи ҳомиладор бўлишни тақозо этса, унда қайтадан қорин девори очилиб, тухумдонлар ўз жойига жойлаштирилади.

ҲОМИЛАДОРЛИҚДА ВА ТУҒРУҚДА УЧРАШИ МУМКИН БЎЛГАН АСОРАТЛАР

Ички сийдик чиқариш йўли жароҳатида ўтказилган операция.

Баъзан операция вақтида, яъни бачадонни олиб ташлаш (экстирпация қилиш) жараёнида ички сийдик чиқариш йўлининг жароҳатланишини кузатиш мумкин. Ички сийдик чиқариш йўли бачадон артериясининг бачадонга тушиш жойидан 1 1/2 — 2 см узоқликда, бачадон бўйнининг ички тешиги соҳасида сийдик йўли билан бирикади. Шу сабабли акушер операция вақтида аъзолар топографиясига аҳамият бермай, бачадон артериясини бойлаш жараёнида сийдик чиқариш йўлини ҳам қўшиб бойлаши ва ҳатто кесиб қўйиши мумкин. Шундай ҳолат кузатилганда ҳар бир жарроҳ ёрдам бера билиши керак. Баъзан сийдик йўли деворини кесиб қўйиш мумкин. Бунда унинг бутунлигини тиклаш учун шу кесилган жойдан ички сийдик йўли учун махсус белгиланган зонд киргизиб қўйиб тикилади. Ингичка думалоқ

ва эгилган нина билан шу йиртилган жой тугунли ёки давомли чок билан тикилади. Иложи борича шиллик қаватга чок солмаслик керак. Агар шиллик қават чокка олинса, унда туз йиғилиб жарроҳатнинг битиши қийинлашади.

Нина жароҳат четидан 2—1 мм узоқликка қундалангига киритилади. Дастлаб жароҳат четига чок қўйилади. Чок зич бўлмаслиги керак. Агар зич бўлса, жароҳат соҳасида камқонлик (ишемия) пайдо бўлиб, бу ҳолат ҳам жароҳатнинг битишига салбий таъсир қилади. Чокка қўйилган кетгутлар дастлаб жароҳат ўртасидан, сўнгра четидан боғланади. Боғлашдан олдин қўйилган катетер олиб ташланади. Жароҳат соҳасини ушлаб турувчи чок ҳам олинади. Сийдик чиқазиш йўлини ўз жойига жойлаб, кесилган соҳа тикилади, асептик шароитда жароҳат бекитилади. Агар сийдик йўли бутунлай кесилган бўлса, уни тиклашнинг қуйидаги усуллари бор. Ички сийдик йўлининг охирларини айлантириш ёки ҳар бир бўлаги охирини бир-бирига киргизиб ва бирини охирини иккинчисининг ёнига тикиш усуллари мавжуд.

Сийдик йўли охирлари бир-бирига уланганда кўпинча шу соҳа торайиб қолади. Шунга кўра, бу усулдан кам фойдаланилади.

Сийдик йўли жароҳатланганда қирқилган жойнинг иккинчи бўлаги (қовуқ қисми) ёнига уланади ва охири боғлаб қўйилади (Ван-Гук). Боғланган жойдан 1—2 см пастдан унинг девори кесилади. Бунда кесилган қисмининг узунлиги сийдик йўли кенглигидан 2 баравар узун бўлиши керак. Унинг буйракка йўналган қисми охири қийшиқ кесилади ёки девори иккига ажратилиб, уни қовуқ қисмига 2 та чок ёрдамида киритилади. Бу энтроанастомоз каби тикилади.

Баъзан қирқилган сийдик йўлини қовуққа тикишга тўғри келади. Бунинг учун Сампсон (Sampson) усулидан фойдаланилади.

Сийдик йўлининг буйрак томондаги девори 4 мм узунликда иккига ажратиб қирқилади. Ҳар бир қисмига ичкаридан ташқарига қаратиб П симон чок қўйилади (бу чок 2 та нинага алоҳида-алоҳида олинади).

Ташқи сийдик йўли орқали киритилган катетер ёрдамида ассистент қовуқнинг орқа ва ён томонларини мумкин қадар юқорига суради. Бу сийдик йўлининг қовуққа киришини осонлаштиради. Шунда воронкасимон

тешик ҳосил бўлади. Шу тешикка ипли нина суқилиб, бунинг ёрдамида сийдик йўли деворининг биринчи бўлаги киритилади. Нинани ичкаридан ташқарига йўналтириб, кесилган жойдан 1—2 см наридан нина чиқазилади. Унинг ёнидан 2-нана киритилади. Иккинчи бўлак ҳам шу усулда қовуққа киритилади.

Иплар аста-секин тортилиб, сийдик йўли охирлари қовуққа жойлаштирилади, ҳар иккала ип қовуқ ташқарисидан боғланади. Охирида қовуқ ва сийдик йўли деворига тугуни чок (шиллик қаватини олмасдан) қўйилади.

Акушер бу турдаги операцияни бир ўзи бажаргани маъқул, акс ҳолда операция жараёнида ёрдам келгунча бемор анча қийналиши (наркозда узоқ ётиб қолиш, сийдикнинг қорин бўшлиғига оқиши ва бошқалар) мумкин.

ҚОРИН БУШЛИҒИДА УТҚАЗИЛАДИГАН ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРГА ТЕГИШЛИ БУЛМАГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

ҚОВУҚ, ИЧАКЛАР ЖАРОҲАТИДА УТҚАЗИЛАДИГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Гинеколог жароҳлик операцияларини ўтказар экан, қин-ичак оқмаларини тика билиши, перитонитда ичак буралиб, тиқилиб қолганда сунъий тўғри ичак операцияларини, ичак ва энтраанастомоз, зарурат туғилганда ичакдаги ҳаво ва чиқиндиларни чиқариш операцияларини қила билиши зарур.

Қин-ичак оқмалари қин чиқишига яқин бўлса, операция қўйидагича олиб борилади.

Тарновсимон зонд оқма тешигига киргизилиб, шу зонд бўйлаб туқимадаги тўғри ичак девори ва чот туқимасидан иборат кўприк, тўғри ичакнинг ташқи қисқичи қирқилади. Бунда III даражали чот йиртилиши ҳосил бўлади. Шундан кейин тўғри ичак девори шу оқма соҳасида ичак девори аниқ чегаралангунча қин деворидан ажратилади. Сўнгра худди III даражали чот йиртилишидаги каби тикилади.

Агар ичак оқмаси қиннинг ўрта ва пастки қисмида бўлса, оқма устидан Т шаклида ёки тик ҳамда оқма четида қўшимча қилиб айланма равишда қирқилади. Сўнгра ичак девори қин деворидан ажратилади ва унинг

қузғалувчанлиги таъминланади. Чандиқлардан ҳоли қилинган оқма тешиқлар четини ипак ип билан тикилади. Бунда фақат ичакнинг мускул қавати (шиллик пардаси олинмайди) олинади, Чокнинг иккинчи қавати (қин девори четлари) кетгүт билан тикилади.

Агар қовуқда ҳам тўғри ичак оқмаси бўлса, бунда дастлаб тўғри ичак, кейин қовуқ оқмасини тикиш керак бўлади.

Агар қовуқ оқмасини тикишнинг иложи бўлмаса, унда ички (сийдик чиқариш йўли тўғри ичакка тикилиб, бирлаштирилади. Бунда сийдик тўғри ичак орқали оқади.

Тўғруқ жараёнида қов йиртилиб жароҳатланган бўлса (бу ҳолатни кўпинча қисқич қўйиш жараёнида, бачадон йиртилганда, баъзан ўлик ҳомилани майдалаб олишда) унинг сабаблари, асбобларини назарда тутган ҳолда ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Чунки бунда қовуқ йиртилиши ҳолати турлича бўлади. Агар қовуқ бачадон йиртилишидан жароҳатланган бўлса, унда унинг четини нотекис, перфоратор ишлатилганда эса текис, қисқичдан бўлса юлинган ҳолатда бўлади. Қовуқ жароҳатланганлигини сийдик билан биргаликда қон кетиши, сийдик ажралмай қолиши ва бошқа белгилардан аниқлаш мумкин. Бу қин ойналари, бачадон зонди, эркаклар катетери ёрдамида аниқланади. Агар ташқи сийдик йўли орқали катетер ёрдамида бирор буюқли эритма юборилса, у қиндан оқиб чиқади, қорин бўшлиғига тушиши ҳам мумкин.

Агар кесарча кесил операцияси жараёнида қовуқ жароҳатланса, дарҳол чокланади. Жарроҳ шуни унутмаслиги керакки, қовуқ деворининг йиртилган четларини тўла аниқлаган ҳолда тикиш лозим. Бунда йиртилган қовуқ девори четларини бир текис олган ҳолда (жароҳатланган девор четлари бир-биридан ажралган, нотекис бўлмаслиги керак) тикилади. Қовуқ деворини унинг шиллик қаватини олмаган ҳолда икки қават қилиб тикиш мақсадга мувофиқ.

Қовуқ девори жароҳати тикиб бўлингандан кейин доимий катетер қўйиш йўли билан қовуқдан сийдик ажралиши таъминланади. Уни 5—7 кунга қолдириш керак. Шуни унутмаслик керакки, сийдикдаги туз тикилган чок соҳасига йиғилиб қолиши ва натижада чокнинг тўла битмаслигига сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра, ҳар кун 2% ли фторит кислота ёки калий перманганат эритмаси, риванол, фурациллиннинг 1:5000 эритмаси билан

(60—70 мл) қовуқни чайиб туриш керак. Агар катетердан сийдик келмай қолган бўлса, яъни унга тузлар, кўчган эпителий туқималари тикилиб қолганлиги аниқланса, унда албатта катетерни алмаштириш керак бўлади.

Баъзи ҳолларда ҳатто қорин девори орқали сийдик ажралишини таъминлаш лозим бўлади (*Secchio altae*). Бунинг учун ингичка резинка дренажни қовуқ деворига жойлаштириб (жароҳатни чоклагандан кейин) тикилади. Қовуқ жароҳати битгандан кейин 7—9-кун аста-секин дренаж олиб ташланади. Бунда қовуқ қорин деворига яқин бўлиб қолганига кўра, дренажни олгандан кейин ҳам сийдик қорин бўшлиғига оқмайди. Баъзан сийдик қисқа муддат қорин деворидан оқиб туриши мумкин.

Агар қовуқнинг фақат мускул қавати шикастланган бўлса, унда мускул қаватининг ўзи чокланади.

Қовуқ тўла йиртилганда у нейлон, лавсан ёки кетгут билан тикилади. Тикишдан олдин жароҳат четлари юмшоқ қисқич билан қисиб олинади ва жароҳат сатҳини очиб, қундаланг тешикка ўхшаб тортилади. Дастлаб шу тешикнинг ён четларига чок қўйилиб, қисқич олиб ташланади. Бу чок ушлағич вазифасини бажаради. Бу чоклар жароҳат четидан 0,5—1 см узоқликда бўлиши керак. Биринчи навбатда мускул қавати тикилади, ammo бунда шиллиқ қаватга нина киритилмайди. Иккинчи қават биринчи қаватдаги чоклар оралиғида жойлашган бўлиши керак. Агар чок устига чок тушса, жароҳат битмайди.

Мабодо жароҳат топографик жиҳатдан қорин пардасининг бачадон-қовуқ бурмаси яқинида бўлса, шу бурма ёрдамида перитонизация қилиш мумкин.

Кўпинча доимий катетер қўйиш афзал кўрилади. Чунки кунига 3—4 марта катетер ёрдамида сийдик чиқариш ва қовуқни чайиш аёл учун анча қийинчилик туғдиришидан ташқари, қовуққа инфекция кириши хавфи ҳам бўлиб, бу жароҳатнинг битишига путур етказилади.

Агар аёл мустақил сия бошласа, бунда ҳам ажралаётган сийдик миқдорини ҳисобга олиб туриш керак. Қовуқда қисман сийдик тутилиб қолиши парадоксал ишуряга сабаб бўлиши мумкин.

ҲОМИЛАДОРЛИҚДА ИЧАКЛАР БУРАЛИБ ҚОЛГАПДА БАЖАРИЛАДИГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Ҳомиладорликда ичакларнинг буралиб қолиши натижасида уларнинг ўтказувчанлиги бутунлай йўқолиши камдан-кам учрайди. Аммо ҳомиладорликда у жуда оғир кечади.

Одатда ҳомиладор бачадон туфайли врач ичак буралганини пайпаслаб ўз вақтида аниқлай олмайди.

Ташхис қўйилган тақдирда ҳам консерватив усуллардан фойдаланиш кутилган натижани бермаса вақтни ўтказмасдан жарроҳлик усулидан фойдаланиш лозим бўлади.

Бунинг учун аввало ҳомиладорликни тўхтатиш зарур бўлади. Агар табиий йўл билан туғруқни тезлатиш мумкин бўлиб, бунинг учун лозим шароит бўлса (ҳомила ўлик бўлса эмбриотомия, бачадон бўйни очиқ бўлсада, хомила тирик бўлса қисқич ва бошқалар) табиий йўл билан туғруқ тезлантилади. Аммо шароит бўлмаса, кесарча кесиш операциясидан фойдаланилади. Сўнгра асосий операцияга ўтилади.

Агар бачадон унча катта бўлмай, хомила муддати ҳам кичкина бўлса, унда асосий операция вақтини тезлатиш керак бўлади. Акс ҳолда кесарча кесиш операцияси вақтида буралиб, некрозланиб қолган ичак узлиб, ахлат ва инфекция қорин бўшлиғига тушади. Агар қорин пардаси яллиғланган бўлса, кесарча кесишда бачадонга инфекция тушади.

Ичакнинг буралиб қолишига ҳомиладор бачадон сабаб бўлса, унда албатта ҳомиладорликни тўхтатиш керак бўлади. Чунки ҳомиладорликнинг ўзи операциядан кейин турли оғир ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин.

Одатда операция умумий наркоз остида олиб борилади. Баъзи ҳолларда туғруқдан кейин буралиб қолиш сабабини аниқлаш мумкин бўлади.

Қорин деворини очгандан кейин катталашган (гүё пуфлаб қўйгандек) ичаклар илиқ физиологик эритмага ҳўлланган докага ўраб қўйилади. Буралиб қолган ичак эҳтиётлик билан тўғриланади. Агар чандиқлар бўлса, эҳтиёткорлик билан ажратилади. Ичаклар кўздан кечирилади. Агар буралганига унча узоқ вақт ўтмаган бўлса, ичаклар тезда ўз рангига қайтиб, перисталтика тикланади. Демак, бундай ҳолда ичакни қирқишга ҳожат

қолмайди. Батыан буралиб қолган ичак кўкарган ёки қорайиб қолган бўлса, бунда ичакнинг шу қисми кесиб ташланади. Акс ҳолда шу буралган жой некрозланиб, ичак шу еридан ажралиб кетиши мумкин.

Буралиб қолган ичакни тўғрилашда эҳтиёткорлик талаб этилади. Чунки шу ердаги тромб тез фурсатда юқорига кўтарилиши мумкин. Одатда операциядан олдин ҳаво чиқазадиган резинка ёрдамида ичаклардаги ҳаво чиқазилади.

Ичаклар 3 хил усулда тикилади.

1. Side to side (сайд-ту-сайд усули). Ичаклар ёнидан уланади. Бу турдаги операция жарроҳликда кўпроқ қўлланилади.

2. end-to end (энд-ту-энд усули). Ичаклар бир-бирига кесилган учлари билан уланади.

3. end-to side (энд-ту-сайд усули). Бунда ичакнинг охири иккинчи ичак ёнига уланади. Биз қуйида кўпроқ қўлланиладиган (1—2) усулларни келтирдик.

Сайд-ту-сайд усули.

1. Бир-бирига уланадиган ичаклар қорин бўшлиғидан олиб чиқилади.

2. Стерилланган таглик билан қорин бўшлиғидан чегараланади.

3. Уланадиган ичак бармоқлар ёрдамида ахлатдан тозаланади.

4. Шу икки ичак битта ичак қисқич билан қисилади.

5. Стерилланган желенка ёрдамида бириктириш лозим бўлган соҳа чегараланади.

6. Бир ичакнинг сероз қавати иккинчи ичакнинг сероз қаватига 7—8 см узунликда қўйиб тикилади. Бу тикилган ип охирилари (боши ва охири) қисқич (Кохер ёки Пян) билан қисиб олинади. Шу қисқич вақтинча доқа тампонга ўраб сақлаб қўйилади.

7. Ичак қисқичга қисилган ичакларнинг сероз қавати қўйилган чокка параллел ҳолда 4—5 см узунликда қирқилиб, ҳар бир ичак бўшлиғи очилади. Бу қирқилган сатҳ орқага (сероз қаватга) қўйилган чокдан кичик бўлиши керак.

8. Ичак очилган заҳоти ичидаги ахлат қолдиғидан эҳтиётлик билан тозалаб олинади.

9. Қирқилган ичакнинг орқа лаби тикилади. Бунда ичакларнинг барча қавати чокка олинади. Қирқилган қисмнинг бурчагига етганда чок яхши ушлаши учун ип

тугунга ўхшаб чалиштирилади. Кейин қирқилган сатҳнинг олдинги деворига утилади. Бунинг учун ишани ичкаридан ташқарига йўналтириб ичакнинг ҳамма қавати чокка олинади. Охирида ип яна тугунчага ўхшатиб айлантириб олинади ва бошланғич чокдан ўтиб яна бир марта ичак тикилади. Шундан сўнг операция қилаётган врач ва ёрдамчи қўлини тозалаб, халатини алмаштириб олади. Барча оқликлар ва асбоблар янгиланади.

10. Ичаклардаги чок устига сероз қаватлар бирлаштириб тикилади. Бу биринчи чокнинг давоми, яъни орқага қўйилган сероз қаватидаги чокнинг иши бўлиб, у кохер қисқичи ёрдамида ечиб олинади ва тикилади.

11. Ичакларни чегаралаб турган таглик олиб ташланиб, қорин бўшлиғи синчиклаб кўздан кечирилади, кейин қорин девори тикилади.

Энд-ту-энд усули. Бунда ичакларнинг қирқилган охирлари бир-бирига уланади. Бу турдаги операцияда ичаклар қийшиқ қилиб кесилади. Бунда чарвисиз қисмдан кўпроқ олинади. Бундан асосий мақсад 1) ичакка қон келишини таъминлаш; 2) чокланган ичак охирларини асосий ичакдан каттароқ бўлишини таъминлашдир. Акс ҳолда чок битгадан кейин ичак анча торайиб қолади ва ичакнинг ўтказиш хусусиятига путур етади.

Операция қилиш усули. 1. Қирқиладиган ичак қисмлари қисқич билан қисиб олинади.

2. Ичак чарвисини қирқишга мўлжалланган ҳажмда ичак қисқич билан қисиб олиб чок қўйиб бойланади.

3. Ичаклар қийшиқроқ қирқилади (бунда чарви томон камроқ, чарвисиз томон кўпроқ олинади).

4. Қирқилган ичак четлари бир-бирига яқинлаштирилади.

5. Қирқилган қисм таглик ёрдамида қорин бўшлиғидан чегараланади. Катта таглик қисқичлар орасига жойлаштирилади.

6. Ичаклар ахлатдан тозаланиб, сероз қаватга бириктирилади ва давомли чок билан тикилади. Тикилган ипнинг охирини кохерга қисиб, стерилланган тампонга ўраб қўйилади.

7. Ичакнинг бутун қаватига айланма чок солинади.

8. Кохер қисқичига олинган ип билан сероз қават тикилади.

9. Ичакнинг ўтказувчанлиги, қорин бўшлиғи текширилиб, қорин девори тикланади.

10. Қорин деворини тиклашдан олдин ассистент ва ҳамшира қўлларини ювади, чойшаб, таглик, асбоблар алмаштирилиб, кейин қорин девори тикилади.

ҲОМИЛАДОРЛИҚДА АППЕНДИЦИТ

Ҳомиладор бачадон ўсиши давомида аппендицит ўсимтаси ҳам ўз туриш жойини ва ҳолатини ўзгартиради. Айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб ўсаётган бачадон туфайли у юқорига кўтарилла боради. Шунга кўра, унга ташхис қўйишда анча ноаниқликлар туғилади. Унинг клиник белгилари яққол кўзга ташланмайди. Баъзи ҳолларда ташхис қўйиш анча кечикиб гангрена—некроз юзага келади. Натижада қорин пардаси яллиғланади. Бу ҳолат ҳомиладорликда оғир кечади. Шунинг учун ҳам ташхис қўйиш учун беморни синчиклаб текшириш керак бўлади.

Операция қилишда кўп жарроҳлар қорин деворини Мак—Бурнея Волкович чизиғи бўйича кесадилар. Уларнинг фикрича, қорин ўрта чизигидан қирқилса, инфекция қорин бўшлиғига тарқалиб кетади.

Аmmo бу чизик бўйича қирқилганда юқорига кўтарилган аппендиксини топиш деярли мумкин бўлмай қолади. Шунга кўра, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қорин деворининг ўрта чизигидан, яхшиси қорин деворининг туғри мускули ёнидан (Леннандер усули) қирқиш лотзим бўлади. Шундагина қорин бўшлиғини яхшилаб текшириб чиқишга эришиш мумкин.

Леннандер усулида қорин девори кесилганда *m. recti abdominis* четидан 2 см ичкарироқдан тик равишда қирқилади. Бунда тери ва тери ости клетчаткасини қирққандан кейин юзадаги фасция ва *lamina tharmpsoni* қирқилади. Кейин *m. recti* қинининг олдинги девори қирқилади. Сўнгра мускулни ёнга суриб, мускул қини орқа деворининг юқори қисми қирқилади. Ундан кейин *fascia transversa* қорин пардаси юзасидаги клетчатка ва париетал қорин пардаси қирқилади. Шу усулда қорин девори очилади. Леннандер усулида қорин девори очилганда туғруқдан кейин чурра тушиши олди олинади.

Мак Бурнея—Волкович усулида қорин девори *iliaca*

anterior superior дан 4 см юқоридан, пупарт бойламиндан то t. recti гача ва бирмунча ташқаридан қирқилади. Бунда тери, тери ости клетчаткаси, юзадаги фасция lamina thompsoni, m. abligui abdominis externa нинг апоневрози қирқилади. Ички қийшиқ ва кўндалинг мускуллар иложи борича тўмтоқ йўл билан мускул тоаларига қараб ажратиб очилади (деярли қирқилган терига перпендикуляр равишда). Кейин fascia қорин пардаси олдидаги клетчатка ва қорин пардаси (peritonicum parietali) қирқилади.

Агар аппендикс сурункали кечаётган даврда операция қилинаётган бўлса, операция қўйидагича олиб борилади:

1. Қорин деворини очгандан кейин операция сатҳи стерилланган таглик билан чегараланади.

2. Қўричак ва унинг ўсимтаси (аппендекс) анатомик пинцет ёрдамида ёки қўл билан қорин девори сатҳига олиб чиқилади.

3. Аппендикс атрофида чандиқлар бўлса, улар қисман тўмтоқ усулда, агар чандиқлар каттиқроқ бўлса, уни ажратишдан олдин қирқиб боғланади.

4. Аппендикс чарвис иложи борича узоқроқдан боғланади (Чарви аппендиксининг қўричакдан ажралган жойига кохер билан қисилиб, сўнгра қирқилади ва боғланади).

5. Аппендикс кохер қисқичи билан қўричакдан ажралган жойи яқинидан қисилади. Бунда аппендикс тўқимаси эзилиб кохер билан ушлаб турилади.

6. Иккинчи қисқич унинг юқорисидан қўйилади.

7. Аппендиксининг қисилган жойидан 0,2—0,8 см пастроққа қўричак деворига айланма чок (аппендикс тубига) қўйилади, аммо боғланмайди.

8. Аппендиксга қўйилган иккала қисқич ораси кесилади ва юқоридаги қисми олиб ташланади.

9. Аппендикс қолдиғига йод суртилиб, ёрдамчи аппендекс қолдиғини қўйилган давомли чок ўртасига ботиради. Операция қилаётган врач чокни тортиб бойлаш жараёнида ёрдамчи пинцетни бўшатади. Чок бутунлай тортилгач, аппендикс қолдиғи шу чок ичида қолиб кетади. Илми жуда қаттиқ бойламаслик керак.

10. Боғланган ип чарви бойланган ип билан бириктириб боғланади. Перитонизация шу усулда тугатилади.

11. Қорин девори қаватма-қават тикилади.

Баъзи ҳолларда аппендикс орқада (ретроцекал) жойлашади. Бундай ҳолларда юқорида келтирилган усул буйича сперация қилиш мумкин бўлмайди. Шунга кўра, ретроград усулда аппендексни олиб ташлашга туғри келади. Бунинг учун қорин деворини очгандан кейин қорин парнетал пардаси орқа деворидан, аппендикснинг 1 см ёнидан қирқилади ва тўмтоқ усулда ажратилади. Шу усулда аппендиксни топиш мумкин бўлади.

Кўп ҳолларда аппендикснинг охириги қисмини ажратишда қийинчилик туғилади. Шу сабабли уни кўричак бириккан жойдан ажратилади. Бунинг учун у кўричакдан 1—2 см ажратилади. Кейин юқоридаги усул буйича боғланиб, перитонизация қилинади. Аппендектомия операцияси тугагандан кейин қориннинг перитонеал пардаси тикилади. Кейин қорин девори одатдагича қаватма-қават тикилади.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА БАЧАДОН ВА ТУХУМДОН УСМАЛАРИНИ ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ

Ҳомиладорликда тухумдон кистаси топилса, ҳомиладорлик муддатини аниқлаш зарур бўлади. Агар ҳомиладорлик 15—16 ҳафтага етмаган бўлса, унда кистани олиб ташлаш операцияси кейинроққа сурилади. Чунки ҳомиладорлиkning 15—16-ҳафтасигача асосан тухумдондаги чин сариқ тана ҳомиладор бачадонни прогестерон гормони билан таъминлаб туради. Агар киста шу муддатдан олдин олинса, ҳомиладорлик барвақт тухташи мумкин.

Киста буралиб қолганда ҳомиладорлиkning муддатидан қатъи назар аёлга тез ёрдам кўрсатиш зарур бўлади. Акс ҳолда буралиб қолган киста некрозланиб, аёлнинг ҳаётига хавф солиши мумкин. Бундан ташқари, агар киста катта бўлса ёки боғлам ораллиғига жойлашган бўлса, ҳомила хавф остида қолиши мумкин. Шунга кўра тез ёрдам сифатида операция қилиш керак бўлади.

Операцияга тайёргарлик:

1. Агар киста буралиб қолган бўлса, аёлда шок ҳолати кузатилади. Шунга кўра шокка қарши омиллар (қон, қон ўрнини босадиган препаратлар, глюкоза, юрак препаратлари ва бошқалар) дан фойдаланиш керак бўлади.

2. Қовуқ ва ичаклар бўшатилади.

3. Эфир-кислород наркози остида операция олиб борилади.

Операция қилиш усули. Усмани олиб чиқишни осонлаштириш учун қорин девори кесилади. Буралиб қолган киста атрофида чандиқлар бўлиб, улар туфайли ичак, сийдик қоли ва бошқалар бириктиб қолган бўлса, улар эҳтиёткорлик билан ажратилади. Чунки бунда аъзолар жароҳатланишидан ташқари, киста ёрилиб кетади. Қон кетиши, киста ичидаги суюқлик қорин бўшлиғига тушиб, уни инфекциялаши мумкин.

Чандиқлардан ажратиб бўлгандан кейин буралиб қолган кистани қорин бўшлиғидан қорин девори устига олиб чиқиш керак. Шунинг учун унутмаслик керакки, буралиб қолган киста оёғини ҳеч қачон туғрилаш керак эмас, акс ҳолда ўсма юқорига кутарилиб, бошқа аъзо ва системаларни зарарлаши мумкин.

Агар чандиқларни ичаклардан ажратиш жараёнида ичак жароҳатланса, дарҳол унга нигичка кетгуд билан кундаланг чок қўйилади. Киста оёқларига 2 та қисқични қарама-қарши сиқиб қўйиб, ўртасидан қирқилади. Ўсма олиб ташлангач, бачадон деворида қолган киста оёғи кенг ва думалоқ бойлам билан бекитилиб, кетгуд давомли чок билан тикилади (перитонизация қилинади).

Қорин бўшлиғи қондан тозаланади, бачадон ҳолати аниқланиб сунгра қорин девори тикилади. Агар инфекция тушиши хавфи бўлса, унда қоринга антибиотик юборилади. Катетер ёрдамида сийдик чиқарилиб унинг миқдори ва ранги аниқланади.

Баъзан киста бойлам варақлари орасига жойлашади. Бунинг учун кенг бойламнинг олдинги варағи қирқилади, орқа варағидан ички сийдик йўли ўтганлиги сабабли уни қирқиб қўйиш хавфи бўлади. Кейин бармоқлар ёрдамида киста эҳтиётлик билан бойлам варақларидан ажратилади. Бунда бачадонни эҳтиёт қилиш керак. Одатда ички сийдик чиқазиш йўли текис ва перистальтик равишда қисқаради. Бундан ташқари, у ўсма туфайли ўз жойини ўзгартирган бўлиши мумкин.

Киста кенг бойлам варақлари орасидан олингандан кейин унинг ўрнида чўнтаксимон чуқурча ҳосил бўлади.

Агар ҳомиладорлик тўхтаса, яъни ҳомила туғилса унда албатта бачадонни текшириш зарур. Ҳомиладорлик эрта муддатида кюретка ёрдамида, кечки муддатида қўл билан текшириб чиқилади.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
I б о б. Акушерликда асептика ва антисептика	6
Акушерлик жарроҳлигида шилатиладиган асбоб ускуналар	10
II б о б. Аёлни акушерлик операциясига тайёрлаш	11
Врачнинг акушерлик операциясига тайёрлашни усули	12
Акушерлик операциялари вақтида оғриқсизлан- тириш усуллари	13
Орқа миё орқали (субарахноидал) оғриқсизлан- тириш	15
Перидурал оғриқсизлантириш	16
Эпидурал оғриқсизлантириш	18
Кесарва кесилиш операциясида оғриқсизлантириш	19
III б о б. Аёллар жинсий аъзолари анатомияси	19
Сийдик чиқариш канали (urethera)	20
Ички жинсий аъзолар	23
Бачадон (Uterus)	25
Бачадон найчалари (Tubae uterinae, a tubae Fallopii salpingens)	28
Тухумдон (Ovarium)	29
Чаноқ ва унга чегарадош аъзолар топографияси	31
Қорин пардасининг кичик чаноқдаги аъзолар учун аҳамияти	32
Аёллар жинсий аъзоларининг қон ва лимфа билан таъминланиши	33
Аёллар жинсий аъзоларининг нерв системаси	35
Туғруқнинг клиник кечиши	35
Кичик чаноқнинг юмшоқ тўқималари (чаноқ туби)	38
IV б о б. Аёллар чаноғи	39
Чаноқ суюги ўлчамлари	41
Катта чаноқ ўлчамлари	42
Кичик чаноқ ўлчамлари	43
Етилган ҳомиланинг бош ўлчамлари	45
Туғруқ даврлари	49
V б о б. Туғиш механизми (биомеханизм) ва унинг тур- ларини	57
Нормал туғиш биомеханизми	58
Ҳомила боши энсаси билан кичик чаноқ кириш қисмида олдин келганда туғиш механизми	59

Ҳомила бошининг кичик чаноқ кўришида эса қисми билан орқа кўришида келиши	61
Ҳомила бошининг ютуғри (орқага қайрилиб) келиши	64
Ҳомила бошининг тенаси билан олдин келиши	66
Туғруқни бошқариш	66
Ҳомила бошининг пенионаси билан олдин келиши	68
Ҳомила бошининг юзи билан олдин келиши	68
Юз билан олдин келишини аниқлаш	69
Ҳомила юзи билан олд кўришида келганда туғри механизми	70
VI боб. Туғруқ механизмининг нам учрайдиган турлари. Бошининг чоғи кичик чаноқнинг туғри ўлчамда турганда туғри механизми (биомеханизм)	72
Ҳомила боши (настада кичик чаноқнинг ички қисмида) кўндаланг ўлчамда келганда туғри механизми (биомеханизм)	74
Ҳомила чаноқ қисми ва оёғи билан олдин келганда туғри механизми (биомеханизм)	75
Ҳомила думбаси билан чала (ёлғиз) олдин келганда қўл билан (Цовьянов усулида) ёрдам кўрсатиши	82
Ҳомила оёқлари билан олдин келганда Цовьянов усулини қўллаш	84
VII боб. Ҳомиланинг кўндаланг ва қийшиқ ёғини (situs transversus sey obliquus)	85
Ташхис қўйиш	86
Туғруқнинг келиши	88
Туғруқни бошқариш	91
VIII боб. Ҳомиланинг бачадонда ютуғри жойлашини ва уни туғрилаш (versio obstetrica)	92
Ҳомилани ташқаридан (корни девори орқали) айлантириш	92
Ҳомила чаноқ қисми билан олдин келганда бошига айлантириш	95
Ҳомилани ташқари ва ичкаридан комбинацияланган (классик) усулда оёғига айлантириш (versio forvus in pedum)	96
Қогоноқ пардаси ёрилмаган ҳолда ҳомила боши билан келганда классик усулда айлантириш	101
Ҳомила бачадонда кўндаланг жойлашганда ва қогоноқ ёрилмаганда ҳомилани айлантиришнинг классик усулини қўллаш	103
Ҳомилани айлантиришда учрайдиган асоратлар	104
Бачадон бўйи тула очилмай туриб ҳомилани эрта айлантириш операцияси (Брогкстон—Гинс усули)	105
Ҳомиланинг майда қисмлари ва киндик тизинчаси тушганда ёрдам бериш	107
Ҳомиланинг майда қисмлари (оёқ-қўллари) тушганда ёрдам бериш	109
IX боб. Ҳомиладорликнинг барвақт тўхташи	110
Қогоноқ пардаси йиртилишининг олдини олиш	123

Бачадон бўйини — халқуми етишмовчилигини тик- лаш учун қилинадиган операция	124
Ҳомиладорликни барвақт тўхтатиш учун қогоноқ чига баъзи эритмаларни юбориш	126
Операция учун лозим бўлган асбоблар	127
X б о б. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик (<i>g. extranterina</i>)	128
Бачадон найчаларидаги ҳомиладорлик	130
Қорин бўшлиғидаги ҳомиладорлик	131
Тухумдондаги ҳомиладорлик	132
Бачадоннинг қушимча шохидаги ҳомиладорлик	134
Бачадон бўйинидаги ҳомиладорлик	136
Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда опера- ция қилиш усули	138
Қин орқа гумбазини инна ёрдамида тешин (пунк- ция қилиш) (<i>Punctio fornicis posterioris</i>)	140
XI б о б. Акушерликдаги жароҳатлар	141
Ташқи жинсий аъзолар бўйини ва қиннинг туғ- руқдаги жароҳатларида ёрдам бериш	142
Ташқи жинсий аъзоларнинг йиртилиши	143
Бўйинининг II даражали йиртилишида тикиш	144
III даражали чот йиртилишида тикиш усули	146
Қовуқ жароҳатида қилинадиган операция	147
Ички сийдик йўли жароҳатланганда ёрдам бериш	149
Қин ва вульва (ташқи жинсий аъзолар)даги гема- тома	151
Қов бўғими (симфиз)нинг йиртилиши	152
XII б о б. Бачадоннинг йиртилиши (<i>ruptura uteri</i>)	154
Бачадон йиртилиши хавфи	159
Бачадоннинг йиртила бошланиши	161
Бачадон йиртилиши	162
Бачадон йиртилишида ёрдам кўрсатиш	165
Бачадон бўйини тикниш	167
Бачадоннинг ағдарилиб тушиши	167
Бачадон ағдарилиб тушганда операция қилиш усули (<i>reinvasio uteri</i>)	169
Бачадоннинг чаноқ ичида қисилиб қолиши	170
Ҳомиладорлик ва туғруқда қон кетиши	171
Мюзо қисқичи орқали туғруқда ёрдам бериш (Уялт — Иванов усули)	175
Нормал жойлашган плацентанинг вақтидан илгар ўридан кўчини (<i>Separatio placentae normaliter insertae spontanea</i>)	176
Ҳомилу пуфагини сунъий усулда ёрини (<i>Amniotomia</i>)	181
Туғруқнинг III даврида қон кетиши	184
Плацетани бачадон деворидан қўл билан ажратиш ва йўлдошини тугдирриш	187
XIII б о б. Елбўғоз (<i>Mola hidatidosa</i>)	
XIV б о б. Эрта чилла даврида қон кетиши	
Бачадон ичини қўл билан текшириб чиқиш	197
Бачадон бўшлиғини зонд ёрдамида текшириш	198

	Тугруқдан кейин бачадонни қириш операцияси (Abrasio cavi uteri post partum)	199
	Ҳомила қондигини асбоблар ёрдамида олиб таш- лаш	200
	Бачадон шинларида қон кетини	201
	Қон кетганда ички ёнбош ва бачадон артерияла- рини боғлаш	202
XV б о б.	Шок ва коллапс	203
	Темпирлар коллапси	211
XVI б о б.	Акушерликда терминал ҳолат ва унинг олдини олиш, Даволаш омиллари	215
	Қон кетганда кўрсатиладиган ёрдам	215
XVII б о б.	Қон қуйиш	225
	Қон гуруҳини аниқлаш усули	226
	Қондаги резус омилни аниқлаш	228
	Қон алмаштириш усули	229
	Резус омилни аниқлаш	229
XVIII б о б.	Қон ва қон ўрини босадиган эритмалар билан даволаш	230
XIX б о б.	Ҳомила чаноқ қисми билан олдин келганда туғдириш	233
	Ҳомила оёғи билан тўла келмаганда туғдириш	234
	Ҳомила думбаси билан чала олдин келганда қўл билан Цовьянов усулида ёрдам кўрсатиш	237
	Ҳомила оёқлари билан олдин келганда Цовьянов усулини қўллаш	239
	Ҳомила оёғи билан олдин келганда туғдириш	240
	Ҳомирани човидан ушлаб туғдириш	240
	Ҳомирани асбоблар ёрдамида човидан тортиб туғдириш	241
	Ҳомила чаноқ қисми ёки оёғи билан келганда учрайдиган асраатлар	241
XX б о б.	Акушерлик қисқичлари	242
	Қисқичларнинг турлари	243
	Қисқич қўйиш учун шароитлар	251
	Акушерлик қисқичларини қўйиш усули	254
	Типик қисқичлар (ҳомила боши чаноқ тубида олдинги кўринишда энса қисми билан жойлаш- ганда қисқич қўйиш)	255
	Ҳомила орқа кўринишда энса қисми билан олдин келганда қисқич қўйиш	258
	Ҳомила боши уқ-ёйсимон чоки билан чаноқнинг куидаланг ўлчамида турганда қисқич қўйиш	260
	Ҳомила боши очилиб келишида қисқич қўйиш	261
	Ҳомила боши тенаси билан олдин келганда қис- қич қўйиш	262
	Қисқич қўйиш усули	263
	Ҳомила пешонаси билан олдин келганда қисқич қўйиш	263
	Қисқич қўйиш усули	264
	Ҳомила боши юзи билан орқа кўринишда олдин келганда қисқич қўйиш	265
	Қисқич қўйишда учрайдиган қийинчиликлар	266

	Қисқич қүйишда кузатиладиган жароҳатлар . . .	266
	Ҳомилда кузатилиши мумкин бўлган жароҳатлар . . .	267
XXI б о б.	Ҳомилани емириш операцияси	268
	Краниотомия (Craneotomia)	270
	Эмбриотомия (Embryotomia)	273
	Экзентерация (Exenteratio), Эвисцерация (Eviseratio)	276
	Рахиотомия (Rachiotomia) ва спондилотомия (Spondilotomia)	277
	Экзентерация (Exenteratio) ва эвисцерация (Evisceratio) операциялари	278
XXII б о б.	Режаланштирилган кесарча кесми операцияенга аёлни тайёрлаш ва уни операция қилиш	280
	Бачадоннинг насткн сегментида кесарча кесми операциясннн ўтказиш	283
	Кесарча кесми операциясидан кейин аёлни парварнш қилиш	286
	Қин орқали ўтказиладиган кесарча кесми операцияси	289
XXIII б о б.	Бачадон йиртилганда уни чоклаш	292
	Бачадонни қин юқорисидан операция қилиш (Ампутация)	293
	Бачадонни қин юқорисидан операция қилиш (ампутация) боёқичлари	293
	Бачадон бўйининг олдинги сатҳини кесми (hysterotomia anterior)	297
	Бачадонни олиб ташлаш (Экстирпация)	298
XXIV б о б.	Бачадон бўйишда бажариладиган операциялар	302
	Бачадон бўйинини суякнй равшнда кенгайтириш усуллари	302
	Бачадон бўйинини кесми (дискнзия) (Discisio coilii uteri)	304
	Биопсия (Biopsia)	304
	Бачадон (бўйин)нинг олдинги сатҳини кесми (Biopsia) excisio, exploratio)	305
XXV б о б.	Перинеотомия, эпизиотомия ва парамеднал қирқин (Perineotomia et episiotomia)	306
	Чаноқни кенгайтириш учун қилинадиган операциялар	307
	Қорин девори орқали ҳомила олди сувини олиш (амниоцентиз)	308
	Ҳомиладорликдан сақлашнинг жарроҳлик усули	309
	Ҳомиладорликда ва тугруқда учраши мумкин бўлган асоратлар	311
	Қорин бўшлиғида ўтказиладиган жинсий аъзоларга тегишли бўлмаган операциялар	313
	Қовуқ, ичаклар жароҳатида ўтказиладиган операциялар	313
	Ҳомиладорликда ичаклар буралиб қолганда бажариладиган операциялар	316
	Ҳомиладорликда аппендицит	319
	Ҳомиладорликда бачадон ва тухумдон усмалари-ни операция қилиш	321



Ўқуа наشري

ҚОДИРОВА АСОЛАТ ҚОДИРОВНА,

Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган фан арбоби, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

АНШУРОВА ВЕНЕРА ЭРГАШЕВНА

тиббиёт фанлари номзоди

КАТТАХУЖАЕВА МАХМУДА ҲАМДАМОВНА,

тиббиёт фанлари доктори

АБДУЛЛАЕВА ДИЛБАР АБДУЛЛАЕВНА,

тиббиёт фанлари номзоди

АКУШЕРЛИКДАГИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЕТИ

Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти Тошкент, Навоий кўчаси,
30-уй.

Тахририят мудистри **Б. Мансуров**

Муҳаррир **М. Қодирова**

Бадний муҳаррир **М. Эргашев**

Техник муҳаррир **В. Мешерякова, Н. Халитова**

Рассом **Е. Андреева**

Мусаҳҳиҳ **Г. Ширимова**

ИБ 2276

Босмахонага 03.09.98 да берилди. Босингга 12.01.99 да рухсат этилди.
Бичими 84×108^{1/2}. Газета қоғози. Юқори босма. Адабий гарнитура. Шартли
босма табоқ 17,22+вкл. 2,52. Шартли бўёқ оптиски 19,95. Напр. босма
табоқ 17,69+вкл. 2,37. 7—97—рақамли шартнома. Ҳами 3000 нусха. 132-
рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитасининг Тошкент цитоб-
журнал фабрикасида чоп этилди. Тошкент, Юнусовод даҳаси, Муродов
кўчаси, 1-уй.