

Ayupova F.M., Ixtiyarova G.A., Matrizayeva G.J.

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA



Darslik

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

**AYUPOVA F.M., IXTIYAROVA G.A.,
MATRIZAYEVA G.J.**

«Akusherlik va ginekologiya»
fanidan

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

darslik

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot.

Ta'lim sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash.

Ta'lim yo'nalishi: 5510100 – Davolash ishi

5111000 – Kasbiy ta'lim

BUXORO - 2021
“BUXORO NASHR” NASHRIYOTI

57.16я7
618(075)
A 44

Akusherlik va ginekologiya [Matn] : darslik / F. M. Ayupova, G. A. Ixtiyarova, D. B. Asranqulova [va bosh.]. - Buxoro : "BUXORO NASHR" nashriyoti, 2021. - 496 bet.

KBK 57.16я7
UO'K 618(075)

TUZUVCHILAR

- Ayupova F. M.** – TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor.
Ixtiyarova G. A. – BTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor.
Matrizayeva G. J. – TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent.
Asranqulova D.B. – ADTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent.
Rahmatullayeva M.M. – BTI Akusherlikvaginekologiyakafedrasikattao'qituvchisi, t.f.n.
Nasirova F.J. – ADTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti.
AshurovaN. G. – BTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

TAQRIZCHILAR

- Abdullayeva L. M.** – TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.d.

Ushbu darslik akusherlik va ginekologiya fanidan tuzilgan bo'lib, homiladorlik, tug'ruq va chilla davrlari va shu davrlarda kuzatiladigan fiziologik va patologik hodisalar, ayol organizmdagi funksional tizimlarning o'zaro bog'liqligi va regulyatsiyasi asoslari haqida tushuncha beradi, ginekologik kasalliklarni yuzaga kelish sabablari, klinik belgilari, diagnostika mezonlari, ularning oldini olish va davolashni o'rganishga imkon beradi.

Darslik tibbiyot bilimgohtarida davolash va tibbiy pedagogika talabalariga akusherlik va ginekologiya fanini o'qitish dasturiga muvofiq tuzildi.

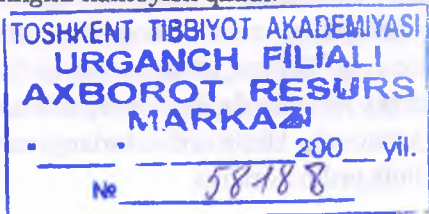
O'zbekiston Respublikasi oily va o'rta maxsus ta'lim vazirligining yil sonli buyrug'iga asosan Akusherlik va ginekologiya fanidan talabalar uchun darslik sifatida №) 359 ruxsat berildi.

SO'ZBOSHI

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimining muhim yo'nalishlari onalik va bolalikni himoya qilish, akusherlik yordamni rivojlantirish, onalik, perinatal va go'daklik kasalliklari va o'limni kamaytirish sog'liqni saqlash tizimining muhim yo'nalishlari hisoblanadi. Perinatal markazlar singari respublika tibbiyot muassasalari uchun tug'ruq komplekslar moddiy-texnik bazasini mustahkamlash, fertil yoshidagi ayollarning tibbiy ko'rigini tashkillashtirish, homiladorlik va tug'ruq davrida ona va bola sog'ligi monitoringi bilan bog'liq masalalarni ijobiy hal qilish ahamiyatli hisoblanadi. O'zbekistonda dunyo tajribalari asosida oila, ona va bola qiziqishlarini himoya qilish uchun huquqiy asos yaratildi. "Sog'lom ona - sog'lom bola" tamoyiliga asoslangan sog'lom bola tug'ilishi va ularning tarbiyasiga qaratilgan kompleks tadbirlar amalga oshirilmoqda. SHu bilan birga, yoshlarni oilaviy hayotga tayyorlash, oilani shakllantirishning yangi tizimi yaratildi. Shunday qilib, sog'lom avlod - sog'lom oila - sog'lom jamiyat g'oyasi hayotga tatbiq etildi.

Hozirgi kunda hayz sikli buzilishlari, jinsiy a'zolar o'sma kasalliklarining ko'p uchrashi bu guruhdagi bemorlarni oqilona olib borish va zamonaviy samarali davolash usullarini bilishni talab etadi. Mazkur darslikda ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi, normal hayz sikli va uning buzilishi, ayollar jinsiy a'zolaridagi yallig'lanish kasalliklari, disfuksional bachadon qon ketishlari, bachadon va tuxumdondagi yaxshi va yomon sifatli o'smalar, bepushtlik va kontrasepsiya mavzulari etiologiyasi, patogenezi, tashxisi, ularning oldini olish, davolash tamoyili, amaliy mahoratlarni qadamma-qadam bajara olishi ko'rsatilgan.

Darslik ko'rsatmali dalillar va dunyoda yetakchi akusher- ginekologlar jamiyati tavsiyalari asosida ishlangan. Hozirgi vaqtda O'zbekistonda sog'liqni saqlash tizimida 3-sonli barqaror rivojlanish maqsadini bajarishgayo'nalgankeng ko'lamli islohot o'tkazilmoqda. Davlat rahbarlari bu maqsadlarning siyosiytarafdorlari ekanligini namoyish qiladi.



KITOB MUALLIFLARI HAQIDA QISQACHA MA'LUMOT



Ayupova Farida Mirzaevna – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-son Akusherlik va Ginekologiya kafedrası mudiri, O'zbekiston Respublikasi Sog'lini Saqlash a'lochisi ko'krak nishoni sohibi. Akusherlik va ginekologiya milliy standarti muallifi. 250 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, Oliy ta'lim talabalari uchun 4 ta darslik, 2 ta elektron darslik, 6 ta o'quv qo'llanma, 100 dan ortiq o'quv uslubiy qo'llanmalar, 8 ta patent, 10 ta grant, 10 dan ortiq monografiyalar, xalqaro nufuzga ega bulgan Scopus maqolalar muallifi. Xalqaro s'ezd va konferenstiyalar ishtirokchisi va tashkilotchisi. Sog'liqni Saqlash Vazirligida attestatsion komissiya a'zosi, TTA ilmiy kengash a'zosi, bir qator respublika va xalqaro ilmiy jurnallar tahririyat a'zosi. Ayupova Farida Mirzaevna rahbarligida 7 nafar fan doktori, 26 nafar fan nomzodi himoya qilgan.



Ixtiyarova Gulchehra Akmalovna –tibbiyot fanlari doktori, professor. Buxoro davlat tibbiyot instituti №1 Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri. 200 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, 5 ta darslik, 7 ta o'quv qo'llanma, 30 ta o'quv uslubiy qo'llanma, 180 dan ortiq ilmiy maqolalar, 4 ta patent, 2 ta grant, 3 ta elektron darslik, 6 ta monografiya muallifi. Bir qator chet el universitetlarida malaka oshirgan. 2018 yil Respublikada “ eng yaxshi pedagog” nominatsiyasi g'olibi bo'lgan Uning rahbarligida 15 ta magistr va 50 dan ortiq ordinatorlar, 8 ta xalqaro, 3 ta respublika olimpiada g'oliblari va 2 ta davlat stipendiantlarni tayyorlagan. Gulchehra Akmalovna rahbarligida 1nafar fan doktori, 2nafar fan nomzodi himoya qilgan

Matrizayeva Gulnara Djumaniyazovna – Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri. Ilmiy izlanishlar yo`lida 100 dan ortiq ilmiy metodik ishlar e`lon qilgan. 2 ta monografiya, 2ta elektron darslik, 3 ta o`quv qo`llanma, 27 ta uslubiy qo`llanmalar va 20 dan ortiq xorijiy jurnallarda ilmiy maqolalari chop etilgan. Kafedrada 15 dan ortiq klinik ordinatorlarga rahbarlik qilgan, 7 nafar magistr va 2 nafar klinik ordinatorlarga



Asranqulova Diloram Bakhtiyarovna – tibbiyot fanlari doktori, dotsent. Andijon Davlat tibbiyot instituti 1-Akusherlik-ginekologiya

Kafedrası mudiri. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining muvofiqlashtiruvchi ekspert kengashi a'zosi. 100 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, 4 ta darslik, 5 ta o'quv qo'llanma, 30 ta o'quv uslubiy qo'llanma, 200 dan ortiq ilmiy maqolalar, 6 ta patent, 2 ta grant, 3 ta elektron darslik, 2 ta monografiya muallifi. Yevropa ginekologlari kengashi a'zosi.



Rahmatullayeva Mahfuza Mubinovna – tibbiyot fanlari nomzodi, Buxoro davlat tibbiyot inslituti №2 Akusherlik va ginekologiya kafedrası katta o'qituvchisi. Rahmatullayeva Mahfuza Mubinovna 200 dan ortiq ilmiy maqolalar, 2 ta monografiya, 3 ta o'quv qo'llanma va 20 ga yaqin uslubiy qo'llanmalar muallifi. Rahmatullayeva M.M. rahbarligi ostida 5 nafar magistr, bir qator klinik ordinatorlar tayyorlangan.

Nasirova Feruza Jumabayevna – Andijon Davlat tibbiyot instituti 1-Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, 100 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, 3 ta darslik, 5 ta o'quv qo'llanma, 2 ta monografiya, 26 ta o'quv uslubiy qo'llanma, 2 ta elektron darslik, 200 dan ortiq ilmiy maqola tezislari muallifi. Uning raxbarligida 12 ta magistr, 50 dan ortiq klinik ordinatorlar, hamda bir nafar davlat stipendianti tayyorlangan. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining muvofiqlashtiruvchi – ekspert kengashi a'zosi.



Ashurova Nigora Gafurovna – tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Buxoro Davlat tibbiyot instituti 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti. 2011 yilda tibbiyot fanlari nomzodi, 2018 yildan dotsenti lavozimida ishlab kelmoqda. 80 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, 2 ta darslik, 2 ta o'quv qo'llanma, 20 dan ortiq o'quv uslubiy qo'llanma, 100 dan ortiq ilmiy maqolalar, 3 ta patent, 1 ta grant, 3 ta electron darslik, 2 ta monografiya muallifi.

Xalqaro hamkorlik dasturlari doirasida xorijiy universitetlarida ma`ruzalari bilan ishtirok etadi.

Qisqartma so'zlar

- AYQH-** aylanib yuruvchi qon hajmi
BDQK- bachadondan disfunktsional qon ketishi
BIV- bachadon ichi vositasi
EChT- eritrositlar cho'kish tezligi
EKU- ekstrokorporal urug'lanish
FSG- follikulni stimullovchi gormon
JYOYK- jinsiy yo'l orqali yuquvchi kasalliklar
JSST- jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
NYQV- nospetsifik yallig'lanishga qarshi vosita
OITS- orttirilgan immun tanqisligi
OIV- odam immun tanqisligi virusi
OR- oilani rejalashtirish
RS- reproduktiv salomatlik
SE- surunkali endometrit
SI- sun'iy inseminatsiya
SO- salpingofarit
STG- somatotrop gormon
XG- xorion gonadotropin
ChAYK- chanoq a'zolari yallig'lanish kasalligi
O'SO- o'tkir salpingofarit
NJYMOK- normal joylashgan yo'ldoshning muddatdan oldin ko'chishi
PN- pielonefrit
EKG- elektrokardiogramma
UTT – ultratovush tekshiruvi
FKG- fonokardiogramma
QA- qorin aylanasi
BTB- bachadon tubi balabdligi
OIV- odam immun tanqisligi virusi
A/B- arterial bosim
Hb- gemoglobin
M/O- muskul orasiga
TTA- temir tanqisligi anemiyasi
Rh- rezus faktor
ChGK- chaqaloqlar gemolitik kasalligi

I BOB

AKUSHERLIK FANI

FIZIOLOGIK HOMILADORLIK VA FIZIOLOGIK TUG'RUQ

O'ZBEKISTONDA AKUSHERLIK FANI VA TUG'RUQ XIZMATINING RIVOJLANISHI

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimining muhim yo'nalishlari onalik va bolalikni himoya qilish, akusherlik yordamini rivojlantirish, onalik, perinatal va go'daklik kasalliklari va o'limini kamaytirish sog'liqni saqlash tizimining muhim yo'nalishlari hisoblanadi. Perinatal markazlar singari respublika tibbiyot muassasalari uchun tug'ruq komplekslar moddiy-texnik bazasini mustahkamlash, fertil yoshdagi ayollarning tibbiy ko'rigini tashkillashtirish, homiladorlik va tug'ruq davrida ona va bola sog'ligi monitoringi bilan bog'liq masalalarni ijobiy hal qilish ahamiyatli hisoblanadi.

O'zbekistonda dunyo tajribalari asosida oila, ona va bola qiziqishlarini himoya qilish uchun huquqiy asos yaratildi. "Sog'lom ona –sog'lom bola" tamoyiliga asoslangan sog'lom bola tug'ilishi va ularning tarbiyasiga qaratilgan kompleks tadbirlar amalga oshirilmoqda. Shu bilan birga, yoshlarni oilaviy hayotga tayyorlash, oilani shakllantirishning yangi tizimi yaratildi. Shunday qilib, sog'lom avlod – sog'lom oila – sog'lom jamiyat g'oyasi hayotga tatbiq etildi. Homiladorlik, tug'ish, chilla davrlarida ayollar hamda yangi tug'ilgan chaqaloq organizmida bo'ladigan o'zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko'rsatib bo'lmaydi. Akusherlik yordamining mohiyati asosan ayollar tug'ayotganda ro'y beradigan fiziologik jarayonning muvaffaqiyatli kechishiga yordam berishdir. "Akusherlik" – fransuzcha so'zdan olingan bo'lib, "tug'ish" degan ma'noni anglatadi. Akusherlik tibbiyotning urug'lanish, homiladorlik, tug'ruq va chilla davri munosabati bilan ayol organizmida ro'y beradigan fiziologik va patologik jarayonlarni o'rganish bilan shug'ullanadigan fandir.

O'tmishga nazar soladigan bo'lsak, 1870 yilda Toshkent shahrida 100 ming ayolga atigi 2 nafar rus doyasi xizmat ko'rsatardi, birona ham akusher-ginekolog va kasalxonalar yo'q edi. Tug'ruqlar uyda doya tomonidan qabul qilinib, tibbiy vakolati yo'q bo'lgan doylar onalar va homilaning hayoti uchun xavfli bo'lgan usullardan foydalangan: qorinni bosgan, balanddan o'tishga majbur qilgan, choyshabga o'rab, ko'ngli ayniguncha silkitgan, emaklab yurishga majbur qilishgan, tug'ruq vaqti xonadondagi barcha qulflar va tugunlarni ochishgan. Aholiga tibbiy yordam va akusherlik xizmati juda past darajada ko'rsatilgan.

1880 yilda Toshkentda xayriya jamg'armasining pullari yordamida 4 ta o'ringa ega birinchi tug'ruq uyi ochildi. 1918 yilda Toshkentda birinchi tibbiyot maktabi tashkil etildi, keyinchalik 1920 yilda bu maktab Turkiston (Markaziy Osiyo) davlat universiteti tibbiyot fakultetining bazasi bo'lgan. Birinchi kafedra mudiri K.G. Xrushev (1921-1924y) tibbiyot fakultetining asoschilaridan biri. Uning ilmiy ishlari abdominal jarrohlik va homilador ayolning kechki toksikozi (preeklampsiya) muammolariga bag'ishlangan. 1924-1927 yillarda kafedraga A.M. Novikov rahbarlik qilib, Turkiston ilmiy tibbiyot jamiyati akusherlik va ginekologiya bo'limini tashkil etdi. 1927-1931 yillarda kafedrani professor F.N. Tavildarov boshqardi. U "Operativ ginekologiya" kitobining muallifi, birinchi bo'lib normada va patologiyada ayol jinsiy a'zolarining gistologik tuzilishini o'rganib chiqdi.

O'zbekistonda dastlab ilmiy asoslangan akusherlik yordami 1921-yilda O'rta Osiyo davlat universiteti meditsina fakultetida akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishi bilan ko'rsatila boshlagan. Ushbu kafedrada K.T.Xrushev, A.M.Novikov, F.N.Tavildarov, R.A.Chertok, S.G.Xaskin, A.A.Kogan kabi yirik akusher-ginekolog olimlar o'z faoliyati davrida kafedraga rahbarlik qilish bilan birgalikda respublikamizda akusherlik va ginekologiya xizmatining rivojlanishiga munosib hissa qo'shganlar.

1931 yilda tibbiyot fakulteti tibbiyot instituti sifatida mustaqil bo'lib ajralib chiqdi. 1931-1936 yillarda kafedrani dotsent R.A. Chertok, 1936 yildan 1939 yilgacha professor S.Haskin kafedraga rahbarlik qildi. Akusherlik fani rivojiga katta hissa qo'shgan professor A.A.Kogan (1940-1975) O'zbekistonda yuqori malakali akusher- ginekologlar maktabini yaratdi. Uning tadqiqotlari nerv tizimining ayol genital a'zolari patologiyasidagi o'rni, akusherlik va ginekologiyada amniotik suyuqlik, saraton kasalligining patogenezi, klimaks,

erta tug'ilgan chaqaloqlarning parvarishi, tug'ruq vaqtida qon ketishining oldini olish va davolashni o'rganishga ba'g'ishlandi. Uning tibbiyotga qo'shgan asosiy hissasi o'zbek tilidagi 8 ta monografiya va 2 ta darslikda aks ettirilgan.

Professor Kogan bachadondan tashqari homiladorlikdagi "qalpoqcha" simptomini taklif qilgan (1946 y.) va bachadon yorilishi xavfi diagnostikasi uchun "tokcha" simptomi (1957 y.) , kesarcha kesish operatsiyasidan so'ng 2 qavatli chok qo'yishni taklif qildi.

1972 yildan boshlab kafedra mudiri dotsent X.S. Umarova shu yillar davomida kafedra o'quv jarayonini tashkil qilish bo'yicha katta metodik ish olib bordi. Uning rahbarligida kafedra a'zolari ekstragenital patologiyaning (revmatizm, yurak nuqsonlari, anemiya, diabet) homiladorlikka ta'siri bo'yicha tadqiqotlar o'tkazdilar.

1940 yilda ToshMI da ikkinchi akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etilgan bo'lib, unga G.L.Vaynshteyn (1940–1961), Y.I.Glikina (1961–1967) rahbarlik qilgan. 1967-yildan professor A.A.Qodirova boshqargan. Keyinchalik ko'p yillar davomida Toshkent davlat tibbiyot instituti pediatriya fakultetining akusherlik va ginekologiya kafedrasini birinchi o'zbek professori A.A. Qodirova muvaffaqiyatli boshqardi, u homilador ayollarda ekstragenital patologiya muammosini o'rganishga katta hissa qo'shdi. Keyinchalik bu kafedraga dotsent B.K. Saidqoriyev, professor M.X. Kattaxodjayeva mudir etib tayinlandi.

1927-yil 8-martda onalar va bolalarni muhofaza qilish ilmiy tekshirish instituti (hozirgi pediatriya ilmiy tadqiqot instituti) tashkil etildi. Bu institut xodimlari ona va bolalar sog'lig'ini saqlash borasida ilmiy va amaliy ishlar olib borib, ular o'rtasida kasalliklarning sifat ko'rsatkichlarini yaxshilash va o'limni kamaytirishda samarali mehnat qilishgan.

1934-yilda Samarqand tibbiyot institutida akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etilib, unga A.V.Polyakov (1942-yilgacha), Y.S.Akopyan (1949-yilgacha), G.I.Ioffe-Golubchik (1959-yilgacha), 1959-yildan 2000-yilgacha akademik I.Z.Zokirovlar rahbarlik qilgan. Samarqand tibbiyot instituti 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini 1974 yilda tashkil etilgan. Kafedraga professor Qodirov, keyinchalik professor M.X. Hamidov (1975–1995), hozirgi kunda professor B.B. Negmatjanov (1995 yildan) rahbarlik qilgan.

I.Z.Zokirov O'zbekistonda mintaqaviy patologiya hisoblangan ekstragenital kasalliklar bilan bir qatorda, revmatizm va homiladorlik, kechki gestozlar va homiladorlik mavzularida qator ilmiy tadqiqotlar olib bordi, natijada bir necha monografiyalar, o'quv qo'llanmalar yaratildi. Tibbiyot institutlari talabalari uchun Akusherlik(1994), Patologik akusherlik (1994), Fiziologik akusherlik(1994) kabi o'quv qo'llanmalari shular jumlasidandir.

1950yilda Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi, unga professor N.T.Rayevskaya boshchilik qildi. N.T.Rayevskaya brutsellez kasalligining homiladorlikka ta'siri bo'yicha namunali ishlarni amalga oshirdi.

1955yilda Andijon tibbiyot institutida ham akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedraga S.A.Odinsova, professor T.K. Muhitdinova rahbarlik qilganlar.

1937 yilda Toshkent shahridagi 3-sonli tug'ruqxona bazasida Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutining 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. 1952 yilgacha ushbu kafedrani dotsent R.N. Kazarasyan, keyinchalik N.T. Raevskaya (1952-1970), dotsent Fazilov V.F. (1970-1980), dotsent M.M. Maxmudova (1980-1983), R.B. Xojibayeva (1983-1987) kafedrani boshqardi. 1987 yildan hozirgi kunga qadar kafedrani professor M.M. Asatova boshqarib kelmoqda.

1960 yilda Toshkent vrachlar malakasini oshirish institutida 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etildi, 1970 yilgacha kafedrani dotsent Z.M. Jamalova, keyin dotsent A.L. Solnishko (1970-1972) boshqardi. Ko'p yillar (1973-2007) davomida kafedraga professor D.F. Karimova muvaffaqiyatli rahbarlik qilib, uning boshchiligida kafedra jamoasi homilador ayollarda gipertenziv holat muammolari, tug'ruqdan keyingi qon ketishi, akusherlikdagi ekstremal holatlar, homiladorlardagi jigar patologiyasi (professor R.E. Niyazmetov), yuveniologiya muammolari (professor Xojayeva A.S.) ni hal qilishga katta hissa qo'shdi. Hozirgi kunda kafedraga professor F.D. Karimova rahbarlik qilmoqda va kafedra an'alarini davom ettiryapti, ginekologiya amaliyotiga yangi texnologiyalarni – endoxirurgiyani tatbiq etishni joriy qilyapti.

1937 yilda Toshkentda Onalik va bolalikni himoya qilish davlat instituti, keyin esa akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot instituti (1974 y.) ochildi. Unda R.X. Xojayev (1975-1988), professor M.A. Maxmudov (1988-1989),

professor D.A. Asadov (1989-1997), professor D.D. Qurbonov (1998-2008), D.Q. Najmiddinova (2016-2020) rahbarlik qildilar.

1979 yilda yangi ToshMI klinikasi bazasida professor A.S. Morduxovich yuqori darajadagi akusher ginekologlarni tayyorlashni tashkil etadigan subordinatsiyani tashkil etdi, akusherlik patologiyasini davolash va profilaktika qilishning ko'plab samarali usullarini joriy etdi (platsentaning vaqtdan oldin ko'chishi, surunkali piyelonefrit va boshq.), ko'p bolali ayollar uchun kamqonlikni davolashga mo'ljallangan kunduzgi kasalxonalarni tashkil etish tashabbusi bilan chiqdi.

1990 yilda 2-son Toshkent davlat tibbiyot instituti tashkil etilganidan buyon kafedraga professor Yu.Q. Jabborova mudirlik qila boshladi. Yu.Q. Jabborova respublikada birinchilardan bo'lib, akusherlikda ekstragenital patologiya, homilador ayollardagi anemiya va preeklampsiya muammosi, reproduktiv immunologiya, perinatologiya, ayollarning ixtiyoriy jarrohlik kontratsepsiyasi masalalarini ko'tardi. 1991 yildan Toshkent davlat tibbiyot instituti 2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri lavozimida professor A. Pogorelova, 3-sonli kafedra mudiri dotsent T.E.To'laganov ishlagan.

Buxoro Davlat Tibbiyot instituti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrasiga professor Negmatullayeva M.N. (1993-2012 y.), 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasiga dotsent M.T. Xotamova (2003-2006 y.) va dotsent I.I. Amonov (2006-2012 y) rahbarlik qilganlar. 2013 yildan boshlab kafedraga t.f.d. professor Ixtiyarova G.A. rahbarlik qilyapti.

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti Nukus filialining Akusherlik va ginekologiya kafedrasi 1995 yilda tashkil etilgan bo'lib, unga professor A. Ataniyazova rahbarlik qilyapti. Kafedra faoliyati rivojlanishiga SH.T. Eshmuratova, M.D. Eshanov, A.X. Elgondiyev, Bozorova, A.N. Kalandarova, D. Atabayeva kabi malakali va tajribali mutaxassislar hissa qo'shishgan.

Shu yillar davomida homiladorlik anomaliyalari rivojlanishida immunogenetik omillarning o'рни o'rganildi. Qoraqalpoq aholisi orasida homiladorlik anomaliyalari, ekologik omilning ta'siri, ayollarning reproduktiv funksiyasi, yangi tug'ilgan bolalar salomatligini ta'minlash bo'yicha ko'plab ishlar olib borildi. Orol dengizi mintaqasining immunitet tizimiga tasiri, ayniqsa, homiladorlarga va platsentaning zararlanishiga olib kelish sabablari o'rganildi. Kafedrada nomzodlik dissertatsiyalari, shuningdek, amaliy sog'liqni saqlash uchun ilmiy izlanishlar qilindi.

1994 yilda Toshkent davlat tibbiyot instituti Urganch filialida akusherlik va ginekologiya kafedrasini kafedra mudiri Jabbarova Yu.Q. tomonidan tashkil etildi. Kafedraga 2000 yildan 2013 yilgacha dotsent G.V. Tuychiyeva, 2013 yildan hozirgacha dotsent G. Matnazarova rahbarlik qilyapti.

2000 yilda 2-Toshkent davlat tibbiyot institutida professor F.M. Ayupova tomonidan davolash va tibbiy profilaktika fakultetlarining akusherlik va ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. F.M. Ayupova va uning shogirdlari tomonidan platsenta yetishmovchiligi, ko'p suvlilik, o'tkir yog'li gepatoz, preeklampsiya, bola tashlash xavfi, rivojlanmagan homiladorlik va boshqa ginekologik kasalliklarni davolash usullarini takomillashtirish yuzasidan amaliyotga katta hissa qo'shishdi. Professor Ayupova F.M. bepushtlik va boshqa ginekologik kasalliklar diagnostikasi va jarrohlik usuli bilan davolashda laparoskopiyani yangi yuqori samarali usulini o'zlashtirdi va tadbiri qilib joriy qildi.

2002 yilda Respublika Perinatal markazining ochilishi Respublikada katta o'zgarish hisoblanib, u akusherlik rivojlanishiga yana bir turtki bo'ldi. Respublika Perinatal markaziga A.S. Lyubchich rahbarlik qildi. U iqtidorli xirurg, tajribali shifokor bo'lib, yangi texnologiyalarni tadbiri qildi. Respublika perinatal markazida yiliga 5700-6250 tug'ruq qabul qilinadi. Shundan 15,6% vaqtdan oldingi tug'ruqlarga to'g'ri keladi.

Barcha hududlarda viloyat perinatal markazlari tashkil etilgan bo'lib, ularda markaz xodimlari tomonidan amaliy va uslubiy yordam ko'rsatilib kelinmoqda.

Respublikada akusherlik va ginekologlar assotsiatsiyasi professor J.E. Paxomova rahbarligida mamlakatning barcha hududlaridan kelgan 7000 nafar shifokorlarni birlashtirdi. Birlashma tarkibiga onalar va bolalar salomatligini saqlash uchun akusherlik va ginekologiya xizmati rivojlanishiga katta hissa qo'shgan barcha professorlar, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, shifokorlar kirgan. 1971 yildan 9 ta Respublika akusher-ginekologlar s'ezdlari tashkil etilib, ularda sohaning dolzarb muammolari, yangi texnologiyalarni joriy etish, onalar va perinatal o'limni kamaytirish yo'llari muhokama qilindi.

Respublikamiz barcha akusher-ginekologlariga ishlarida muvaffaqiyat tilaymiz.

RESPUBLIKAMIZDAGI BUGUNGI PROFESSOR AKUSHER-GINEKOLOGLAR



Alieva Difuza Abdullaevna – t.f.d., professor. 6 nafar nomzodlik dissertatsiyalarning rahbari. 200 dan ortiq maqola, 1 monografiya, 2 darslik, 16 dan ortiq o'quv-uslubiy qo'llanmalarining muallifi. 2006 yildan Respublika akusherlik va ginekologiya ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy markazi ilmiy-konsultativ maslahatxonasining rahbari lavozimida ishlaydi. Bachadon bo'yni rak oldi va rak kasalliklarining oldini olish va davolash yo'nalishida ish olib boryapti.

Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna – tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-Akusherlik va ginekologiya kafedrasida dostoni. 200 dan ortiq ilmiy ishlar, 2 ta patent, 18 ta metodik qo'llanma va "Tuxumdonlarning yaxshi sifatli o'smalari" mavzusidagi monografiya muallifidir.

2018 yilda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Sog'liqni saqlash a'lochisi" va "Yilning eng yaxshi akusher-ginekologi" unvonlariga sazovor bo'lgan. Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna O'zbekiston Respublikasi Akusher va ginekologlar Assostiastiyasi boshqaruv Kengashi a'zosi, Maxfirat nomidagi O'rta Osiyo "Turon" akademiyasining akademigi va 2015 yildan Xalqaro akusher-ginekologlar federatsiyasi (FIGO) a'zosi hisoblanadi.



Asatova Munira Miryusupovna TVMOI

Akusherlik, ginekologiya va Perinatal meditsina kafedrasida mudiri. O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi prezidiumi a'zosi. Yevropa kontratsepsiya va Reproduksiya hamda Yevropa ginekologlari assotsiatsiyasi prezidiumi a'zosi.



3 ta tibbiyot doktori va 20 ta tibbiyot nomzodi rahbari. 8 ta tibbiyot PhD va 3 DSc dissertant rahbari.

300 dan ortiq maqola, jumladan 100 dan ortiq chet elda chop qilingan, 1ta monografiya va 14 ta darslik va 38 uslubiy qo'llanma muallifi. Respublika akusherlik va ginekologiya bo'yicha milliy standartlar va klinik qo'llanmalarni ishlab chiqish ishchi guruhi a'zosi. Asosiy ilmiy ishlari

akusherlik-ginekologiya va reproduktiv endokrinologiya yo'nalishida bajarilgan.



Bobojonova Guljaxon Sattarovna – tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-Akusherlik va ginekologiya kafedrası professori. Respublikada birinchi bo'lib homilador ayollarda surunkali infeksiyalar ta'sirida reproduktiv funksiya buzilib har xil reproduktiv yo'qotishlarga (o'z-o'zidan homila tashlash, rivojidan to'xtab qolgan homiladorlik, perinatal kasalliklar va o'lim) va bepushtlikka olib kelishini o'rganib unga qarshi samarali davo-choralarini qo'llashni tavsiya etgan. Ginekologik kasallarda tuxumdon va bachadon o'smalari kelib chiqishi va zamonaviy davolashni tadbiiq etgan. U 1 nafar fan doktori va 4 nafar tibbiyot fanlari nomzodlarini tayyorladi, malakali magistrilar va klinik ordinatorlarni tayyorlab kelmoqda.



Djabbarova Yulduz Qosimovna– professor, Xalqaro Reproduksiya immunologlari assotsatsiyasi a'zosi (1987 y. dan buyon). 320 dan ortiq ilmiy ishlar muallifi. Uning tadqiqotlari temir tanqislik kamqonligi bor ayollarda gumoral va hujayra immuniteti, sitotokin holatiga bag'ishlangan. Preeklampsiyaning immunologik genezini o'rganishga va ushbu patologiya profilaktikasini ishlab chiqishga o'zining hissasini qo'shgan.

Eshimbetova Gulsara Zakirovna – TVMOI akusherlik- ginekologiya va perinatal meditsina kafedrası professori. Uzbekiston akusher-ginekologlar assotsatsiyasi prezidiumi a'zosi. Yevropa kontrasepsiya va Reproduksiya hamda Yevropa ginekologlari assotsatsiyasi prezidiumi a'zosi.



1 ta tibbiyot doktori va 4 ta tibbiyot nomzodi rahbari.

3 ta tibbiyot PhD dissertant rahbari.

200 dan ortiq maqola, 1 ta monografiya va 1 ta darslik va 14 uslubiy qo'llanma muallifi. Asosiy ilmiy ishlari ginekologik endokrinologiya yo'nalishida bajarilgan.



Kattaxodjaeva Mahmuda Hamdamovna – t.f.d., professor, O'zbekiston akusher-ginekologlari

assotsiatsiyasi prezidiumi a'zosi, Rossiya tibbiy-texnik akademiyasining muxbir a'zosi, kontratsepsiya va reproduktiv salomatlik bo'yicha Evropa assotsiatsiyasi prezidiumi a'zosi. Uning rahbarligida 18 nafar doktorlik va nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilingan. 300 dan ortiq maqola, 3 monografiya, 2 darslik, 30 dan ortiq o'quv-uslubiy qo'llanmalarining muallifi. 2010-2018 yillarda Respublika aholi reproduktiv salomatligi markazi rahbari lavozimida ishlab, O'zbekistonda reproduktiv salomatlik markazlari tizimining asoschisi. Akusherlik, ginekologiya, kontratsepsiya mavzularidagi milliy standartlar mualliflaridan biri, reproduktiv salomatlikni mustahkamlash borasidagi Qonun loyihasini mualliflaridan biri.



Karimova Delya Faxrutdinovna – TVMOI akusherlik va ginekologiya kafedrasini professori, t.f.d. Respublika akusher-ginekologlar assotsiatsiyasida 20 yildan ortiq prezident lavozimida ishlab kelgan, 1 –darajali Sog'lom avlod uchun ordeni sohibi. 560 dan ortiq ilmiy nashrlar muallifi. Bular orasida homiladorlikda gipertenziv holatlar, preklampsiya va u bilan bog'liq asoratlar, sepsisni chuqur o'rganib, katta ahamiyatga ega bo'lgan natijalar olingan va bugungi kunda ham akusher ginekologlarni nazariy va ilmiy salohiyatini oshirishda katta ahamiyatga ega.

Delya Faxrutdinovna bir nechta ilmiy kengashlar a'zosi bo'lib, respublikada himoya qilingan ilmiy ishlar salohiyatini ko'tarishda ulkan hissa qo'shgan olim bo'lganlar.

Karimova D.F. JSST, UNECEF, UNPA Xalqaro tashkilotlari bilan muntazam hamkorlik qilgan. U Rossiya Federatsiyasi, Qozog'iston Respublika Akademiyasining faxriy a'zosi bulgan. Uning rahbarligida 4ta doktorlik va 26ta nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilingan.

Jonkuyar ustoz, mohir shifokor Delya Faxrutdinovna Karimova 2020 yilda Toshkentda 22-noyabrda vafot etganlar

Karimova Feruza Javdatovna - professor, tibbiyot fanlari dotori. 2010 yildan buyon TVMOI akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri. Uning boshchiligida 1 ta doktorlik va 2 ta nomzodlik dissertatsiyalari himoyasi bajarilgan. Karimova F.J. ning hozirgi vaqtda 4 ta shogirdlari ilmiy ishlarini yakuniga yetkazdilar.

Karimova F.J. ning 300 dan ortiq maqolalari, 3 ta



monografiyasi va 15 dan ortiq o'quv-uslubiy qo'llanmalari chop etilgan. Karimova F.J. USAID, UNPA va JSST kabi Xalqaro tashkilotlar bilan hamkorlikda bir qator standart va protokollar ishlab chiqqan. Hozirgi kunda O'zbekiston Attestatsiya markazining ginekologiya bo'limi a'zosi, Buxoro viloyatiga mas'ul hamda Akusherlik va ginekologiya Ilmiy Kengashi a'zosi

Karimov Axmad Hoshimovich – Toshkent tibbiyot akademiyasi akusherlik va ginekologiya kafedrasida professori, t.f.d. O'zbekiston akusher-ginekologlari boshqaruvi a'zosi, Gruzija tibbiyot olimlari assotsiatsiyasi faxrli a'zosi, Rossiya ultratovush diagnostikasi tibbiyot mutaxassislari assotsiatsiyasi a'zosi, klinik radiologiya bo'yicha maxsus Ilmiy kengash a'zosi Akusherlik va ginekologiya bo'yicha Ilmiy kengash a'zosi. 132 ta ilmiy ishlar, jumladan, 5 ta monografiya, 5 ta o'quv qo'llanma, 52 ta jurnal maqolasi,



1 ta kashfiyot va 15 ta uslubiy qo'llanmalar muallifi. Uning rahbarligida 2 nafar fan nomzodi va 12 ta magistr tayyorlangan.

Kurbanov Djaxongir Djamalovich ToshPTI akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrasida mudiri, t.f.d., professor. O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zosi. Koreya akusher-ginekologlar jamiyati a'zosi. 6 ta fan doktori va 25 ta fan nomzodi ilmiy rahbari. 250 dan ortiq ilmiy ishlar, shu bilan birga 11 ta monografiya, 200 tadan ortiq ilmiy maqolalar, 27 ta o'quv uslubiy qo'llanma, 3 ta o'quv qo'llanma va 1 ta darsliklar muallifidir.



Magzumova Nargiza Maxkamovna tibbiyot fanlari doktori, professor. Xalqaro va Rossiya ginekolog-endokrinologlar assotsiatsiyasi, O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zosi. 180 ta ilmiy ishlar, 2 monografiya va 6 talabalar va magistrlar uchun o'quv qo'llanma muallifi. Asosiy yo'nalish homila tushishi va bepushtlik bo'lgan ayollarni davolash va olib borish.



Muxitdinova To'htaxon Qodirovna tibbiyot fanlarni doktori, ADTI 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası professori. 200dan ortiq ilmiy maqola, 14dan ko'p metodik qo'llanmalar muallifi. 10ta nomzodlik va 40dan ortiq magistrlik dissertasiyalarga rahbarlik qilgan. O'zbekiston Respublikasi Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimiga "Bexatar onalik" dasturini olib kirishda katta hissa qo'shgan. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash a'lochisi unvoniga sazovor bo'lgan.



Najmutdinova Dilbar Kamariddinovna



Toshkent tibbiyot akademiyasi 2 -son Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri. O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi prezidiumi a'zosi. Akusherlik va ginekologiya Xalkaro Federatsiyasi (FIGO) a'zosi, Djon Xopkins Universiteti qoshidagi Akusherlik va ginekologiya Xalqaro ta'lim dasturi (JPIEGO, AKSH) bo'yicha sertifitsirlangan katta treneri, O'zbekiston tibbiyot pedagogik Assotsiatsiyaning (Nodavlat notijorat tashkiloti) Vitse-raisi, boshqarmaning a'zosi, O'zbekiston Respublikasi Davlat mukofoti sovrindori, 7 ta tibbiyot doktori va 20 ta tibbiyot nomzodi rahbari. 300 dan ortiq maqola, jumladan 100 dan ortig'i chet elda chop qilingan. Respublika akusherlik va ginekologiya bo'yicha milliy standartlar va klinik ko'llanmalarni ishlab chiqish ishchi guruh a'zosi. Asosiy ilmiy ishlari akusherlik-ginekologiya va perinatologiya yo'nalishida bajarilgan.

Paxomova Janna Yevgenyevna -- t.f.d., TTA akusherlik va ginekologiya kafedrası professori, O'zbekiston akusher-ginekologlari assotsiatsiyasi raisi. 2015 yildan buyon International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) a'zosi. Uning rahbarligida 1 ta doktorlik va 5 ta nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilingan. 143 ta ilmiy ishlar, 2 ta monografiya, 3 ta ixtiro muallifi. Akusherlik va ginekologiya bo'yicha milliy standartlar ishlab chiqarish bo'yicha ekspert guruhi a'zosi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash a'lochisi unvoniga sazovor bo'lgan. Akusherlik va ginekologiya bo'yicha milliy standartlar ishlab chiqarish bo'yicha milliy qo'mita a'zosi.





Negmadjanov Bahodur Boltayevich – t.f.d., professor, Samarqand Davlat tibbiyot instituti 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri. Faoliyatining asosiy yoʻnalishi – operativ akusherlik va ginekologiya, shuningdek qizlar va oʻsmirlar ginekologiyasi. 300 dan ortiq ilmiy maqolalar, shular jumlasidan shifokorlar uchun qoʻllanmalar, 25 ta oʻquv qoʻllanmalari, 16 ta ratsionizatorlik takliflari, 12 ixtiro va patentlar muallifi. B.B. Negmadjanov rahbarligida 1 nafar doktorlik va 4 nafar nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilingan. 7 nafar doktorlik nomzodi (PhD) izlanuvchilarining ilmiy rahbari. Oʻzbekistonda reproduktiv organlarning tugʻma anomaliyalari va reproduktiv organlar shikastlanishining diagnostikasi, gormonal va xirurgik korreksiyasi ilmiy maktabining asoschisi hisoblanadi.



Negmatullayeva Mastura Nurullayevna – t.f.d., Buxoro Davlat tibbiyot instituti 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasini professori. Faoliyatining asosiy yoʻnalishi – patologik akusherlik va ginekologiya muammolari. 300 dan ortiq ilmiy maqolalar, shular jumlasidan shifokorlar uchun qoʻllanmalar, 10 dan ortiq darslik va oʻquv qoʻllanmalar muallifi. Negmatullayeva M.N. rahbarligida 1 nafar doktorlik va 4 nafar nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilingan. 4 nafar doktorlik (DSc va PhD) izlanuvchilarining ilmiy rahbari.

Zakirova Nodira Islamovna – t.f.d., professor, Samarqand davlat tibbiyot instituti davolash fakulteti akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri, Samarqand viloyati akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi raisi. 250 dan ortiq ilmiy nashrlar muallifi. Uning rahbarligida 5 ta nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilingan.



Zufarova SHaxnoza

Alimdjanovna Tibbiyot fanlari doktori, dotsent TashPMI akusherlik va ginekologiya kafedrasini dotsenti, rahbarligida 2 nafar doktorlik va 1 nafar nomzodlik dissertatsiyasi himoya qilgan. 100 dan ortiq ilmiy maqolalar, talabalar va magistratura rezidentlari uchun uslubiy tavsiyalar va oʻquv qoʻllanmalar muallifi.



Hozirgi vaqtda Respublika aholi reproduktiv salomatligi markazi direktori. Akusherlik, ginekologiya, kontrasepsiya mavzularidagi milliy standartlar mualliflaridan biri. Fuqorolarning «Reproduktiv salomatligini saqlash» to'g'risidagi qonun loyixasining mualliflaridan biri.

Rasulzade Yulduz Gulyamovna – t.f.d., professor, rahbarligida 1 nafar doktorlik va 9 nafar nomzodlik disser-tatsiyalari himoya qilingan. 180 dan ortiq ilmiy maqolalar, talabalar va magistratura rezidentlari uchun uslubiy tavsiyalar va o'quv qo'llanmalar muallifi. Doimiy ravishda xalqaro ilmiy konferensiyalar, JSST tomonidan o'tkaziladigan xalqaro loyihalarda ishtirok etadi. Rektorlar Rayosati qoshidagi Monotematik kengash raisi, TPTI muammolar hay'ati a'zosi.



Safarov Aliaskar Tursunovich – t.f.n., dotsent, Samarqand Davlat tibbiyot instituti Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri. 90 dan ortiq ilmiy maqolalar, 2 ta monografiya, 12 ta o'quv-uslubiy qo'llanmalar muallifi. Birinchilardan bo'lib, O'zbekistonda gemostaz jarayonini homiladorlarda o'rganib, homiladorlikning patologik holatlari rivojlanishidagi o'rnini aniqlagan. Operatsiyadan va tug'ruqdan keyingi davrda tromboembolik asoratlarning oldini olish usullarini ishlab chiqqan.



Sultanov Saidazim Nasirovich Respublika Perinatal markazida konsultant shifokor, "Ayolcare» Ayol salomatlik markazida bosh shifokor, t.f.d., professor. Uzoq yillar davomida O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bosh akusher-ginekologi. Bachadon bo'yni raki bo'yicha "Evropa-Donna" xalqaro premiya laureati. "Akusherstvo" xalqaro jurnal redaksion sovet a'zosi.



Turkiya EKO vrachlar Assotsiatsiyasida aktiv xamkor. 3 fan doktori, 40 fan nomzodi ilmiy raxbari. 300 dan ortiq ilmiy ishlar, shu bilan birga 3 ta monografiya, 200 tacha ilmiy maqolalar, 30 dan ortiq o'quv uslubiy qo'llanma va 12 ko'rsatmalar muallifidir.



Xudoyarova Dildora Rahimovna –t.f.d., dotsent, Samarqand Davlat tibbiyot instituti 1-son akusherlik va

ginekologiya kafedrasini mudiri. 60 dan ortiq ilmiy maqolalar, 12 ta o'quv-uslubiy qo'llanmalar, 2 ixtiro va patentlar muallifi. "O'zbekistonning chekka hududlarida tibbiy xizmat sifatini oshirish" innovatsion loyihasi, "O'zbekiston ayollarining 100 ta eng yaxshi innovatsion loyihasi" II Respublika tanlovi g'olibi.

Ushbu maqolada ginekologiya kafedrasining mudiri, tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan. Ushbu maqolada tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan. Ushbu maqolada tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan.

Ushbu maqolada ginekologiya kafedrasining mudiri, tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan. Ushbu maqolada tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan. Ushbu maqolada tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan.



Ushbu maqolada ginekologiya kafedrasining mudiri, tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan. Ushbu maqolada tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan. Ushbu maqolada tibbiy xizmat sifatini oshirish bo'yicha olib borilgan ishlar haqida ma'lumot berilgan.



AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING KLINIK ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI.

Ayol jinsiy organlarining tuzilishi va funksiyalari haqidagi ta'limot akusherlik bilan ginekologiyaning ilmiy asosidir. Shu sababli akusherlik kursi hamisha ayol jinsiy organlarining anotomiyasi va fiziologiyasini o'rganishdan boshlanadi.

Ayol jinsiy organlarini tashqi va ichki jinsiy organlarga bo'linadi. Tashqi jinsiy organlar asosan jinsiy his organlari hisoblanadi; ichki jinsiy organlar homilani yetishtirish va bola tug'ish funksiyasini o'taydi.

Tashqi jinsiy organlarga:

- Qov
- Katta jinsiy lablar
- Kichik jinsiy lablar
- Klitor
- Qin dahlizi
- Uning katta bezlari- Bartolin bezlari kiradi.

Tashqi va ichki jinsiy organlar o`rtasidagi chegara qizlik pardasidir.

Ichki jinsiy a'zolarga quyidagilar kiradi:

- Qin
- Bachadon
- Bachadon naylari
- Tuxumdonlar kiradi.

Tashqi jinsiy organlarga qov, katta jinsiy lablar, kichik jinsiy lablar, klitor, qin daxlizi, uning katta bezlari Bartolin bezlari kiradi. Tashqi va ichki jinsiy organlar o`rtasidagi chegara qizlik pardasidir.

Qov(mons veneris) simfizning oldingi va yuqori tomonida yotgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo`ladigan uchburchak tepacha (qov do`mbog`i)dan iborat.

Qovning yuqori chegarasi terining ko`ndalang egatchasidan iborat bo`lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o`ng va chap tomonida qov burmalari bor; qov orqatomonda katta jinsiy lablarga qo`shilib ketib jun bilan qoplangan.

Qovda jun o`sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po`stlog`ining faoliyatiga bog`liq. Ba`zi ayollarda jun erkaklardagiga

o`xshash joylashadi yoki siyrak rivojlanadi, bu esa jinsiy organlarining gormonal faoliyatining buzilishidan dalolat beradi.

Katta jinsiy lablar (labia pudendae majora)- uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidir. Teri ostida qalin yog` qatlami bor, undan tomirlar, nervlar va fibroz tolalari o`tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga o`tadi, orqa tomonda esa sekin – asta torayib pastga tushadi va o`rta chiziqda bir biriga qo`shilib, orqadagi bitishma (commisura labii posterioris) ni hosil qiladi.

Jinsiy lablar bag`rida qin daxlizining katta bezlari – Bartolin bezlari(glandulae Bartholinii) joylashgan.

Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar- naysimon bezlaridir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo`li orqali tashqariga chiqadi, bu yo`lning uzunligi 1,5-2 smni tashkil etadi. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa bo`limlari bag`rida yotadi. Ularning chiqarish yo`llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan hosil bo`lgan egatga ochiladi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (anus) o`rtasidagi soha oraliq (perineum)deb ataladi.

Kichik jinsiy lablar (labia pudendae minora) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo`lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo`ylab yotadi.

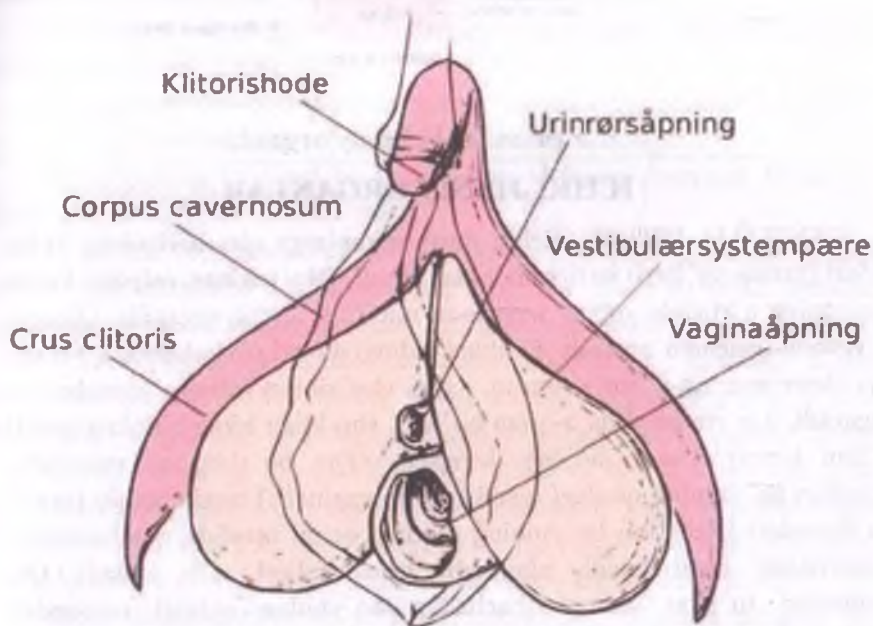
Klitor (clitoris) – kichkina konussimon tuzilma (erkaklar penisiga analog organ) bo`lib, qo`shilib ketgan ikkita (g`orsimon) tanadan iborat. G`orsimon tanalarda tutash bo`shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo`shliqlarda aylanib yuradi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda ko`p. Klitor funksiyasi jihatdan jinsiy his organidir. Jinsiy qo`zgalish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekinroq oqib ketishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (erektsiya).

Qin dahlizi (vestibulum vaginae) – oldingi tomonidan klitor, orqa tomonidan katta jinsiy lablarining orqadagi bitishmasi, ikki yon tomonidan kichik jinsiy lablarining ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin dahlizining yuqoridagi qin tomonidagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan iborat. |Qin dahliziga uretra (siydik chiqarish kanali) ning tashqi teshigi, Bartolin bezlarining chiqarish yo`llari ochiladi.

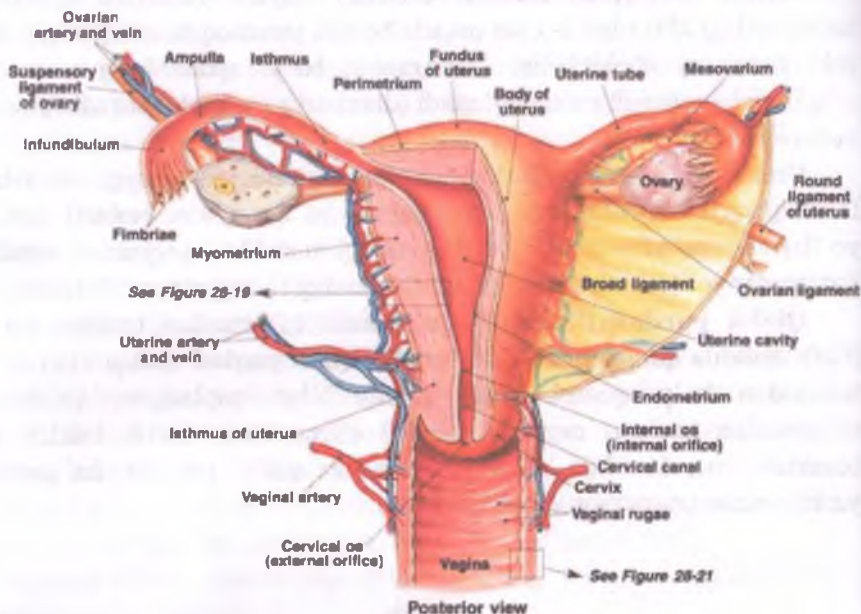
Siydik chiqarish kanali(urethra) –siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2-3 sm orqada bo`lib, yumaloq ba`zan yoriq, yulduz yoki yarim oy shaklidir. Uretraning bo`yi ayollarda 3-4 sm, eni o`zgaruvchan, kanali oson cho`ziladi (diametri 1 sm gacha boradi va undan ham oshadi).

Uretraning tashqi teshigidan yon tomonda nayga o`xshash tarmoqlanuvchi tuzilmalar – parauretral yo`llar (Skin bezlari) bor, bu yo`llarning bo`yi 1-2sm. Ularning tashqi teshiklari yaqinidan ochiladi. Parauretar yo`llarning sekreti uretraning tashqi teshigini namlab turadi.

Qizlik pardasi(hymen) – qo`shuvchi to`qimadan tuzilgan bo`lib, liffatli qizlarda qin og`zini to`sib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan ko`p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qo`shuvchi to`qimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, elastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarimoysimon,naysimon shaklda bo`ladi.



1.1 rasm Klitorning tuzulishi.



1.2 rasm Ichki jinsiy organlar

ICHKI JINSIY ORGANLAR

(GENITALIA INTERNA) Ichki jinsiy organlarga qin, bachadon, uning naylari (tuxum yo'llari) va tuxumdonlar kiradi. **Qin** (vagina, colpos) - kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon muskulli elastic organdir. Qinning bo'yi va eni ancha o'zgaradi. Qinning oldingi devori o'rta hisobda 7-8 sm, orqa devori esa 1,5-2 sm uzunroq. Qin cho'ziluvchanligiga yarasha eni o'zgaradi, u o'rta hisobda 2-3 sm bo'ladi, shu bilan birga qinning pastki bo'limi torroq, yuqori bo'limi kengroq. Qin bo'shlig'iga yuqoridan bachadon bo'ynining qindagi qismi (portio vaginalis) turtib chiqib turadi. Qin devorlari bachadon bo'ynining qindagi qismi atrofida gumbazsimon chuqurchalar hosil qiladi, ular **qin gumbazlari**, deb ataladi. Qin gumbazlari to'rtta: oldingi (bachadon bo'ynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon bo'ynidan orqa tomonda), o'ng va chap gumbazlar. Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chuqurroq, jinsiy aloqada shaxvat (sperma) orqadagi gumbazda to'planadi, urug'li suyuqlik (sperma) shu

gumbazdan bachadon bo'ynining tashqi teshigiga, so'ngra bachadon bo'shlig'iga kiradi.

Mikroflora xarakteriga qarab qin tozaligi to'rt darajaga bo'linadi.

Tozalikning birinchi darajasi. Qin sekretida faqat qin batsillalari va epiteliy hujayralari bor. Reaksiyasi kislotali.

Tozalikning ikkinchi darajasi. Qin batsillalari kamroq yakkam – dukkam leykotsitlar va somma variable tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob tayoqchalar), ko'pgina epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal hisoblanadi.

Tozalikning uchinchi darajasi. Qin batsillalari kam, bakteriyalarning boshqa turlari (ayniqsa kokklar) ko'proq, bir talay leykotsitlar topiladi. Reaksiyasi sal-pal ishqoriy.

Tozalikning to'rtinchi darajasi. Qin batsillalari yo'q, patogen mikroblar (kokklar, comma variabile, tirixomonadalar va hokazo) bilan leykotsitlar juda ko'p. Reaksiyasi ishqoriy.

Tozalikning uchinchi va to'rtinchi darajalari odatda patologik protsesslarga yo'ldosh bo'ladi.

Bachadon (uterus)-silliqliq muskulli kovak organ bo'lib, shaklan oldindan orqaga qarab sal-pal yassilangan nokka o'xshaydi.

Bachadonning quyidagi bo'limlari bor: 1) tanasi (corpus), 2) bo'g'zi (Isthmus) va

3) bo'yni (cervixsollum). Bachadonning zalvorliroq yuqori qismini **tanasi** deb atashadi. Bachadon **bo'g'zi** tanasi bilan bo'ynini orasidagi qariyib 1 sm uzunlikdagi qismidir. Bo'g'iz ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'ynining kanaliga o'tadi. Bachadon **bo'yni** bachadonning qinga suqilgan kambar pastki uchidir. Bachadon bo'ynining quyidagi qismlari bor: a) qindagi qismi (portio vaginalis) qin bo'shlig'iga turtib chiqib turadi va b.) qin ustidagi qismi (portio supravaginalis), qin devorlarining bachadon bo'yniga yopishadigan joyidan yuqoriroqda bo'ladi) Bachadon bo'yni silindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon sal pal torayib boradi (silindrik – konussimon forma).

Butun bachadonning bo'yi 8 sm, uzunliging $\frac{3}{4}$ qismi tanasiga va $\frac{1}{4}$ qismi bo'yniga to'g'ri keladi. Bachadonning tubi sohasidagi eni 4-5,5 sm, devorlarining qalinligi 1-2 sm. Bo'yida bo'lmagan sog'lom ayol bachadonining vazni 50 gr dan 100 gr gacha boradi.

Bachadon devorlari uch qavat:

a) shilliq parda b) muskul qavatı v) seroz qavatı (qorin pardasi).

Bachadoning **shilliq pardasi** (endometrium) bir qavatli silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan.

Muskul qavatı (miometrium) - bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo`lib, tolalar orasida qo`shuvchi to`qima qatlamlari bor.

Bachadonning seroz (qorin parda) qavatı (perimetrim) – bachadonning tashqi qavatidir. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovuqqa, so`ngra bachadon va naylarining oldingi yusaziga o`tadi. Bachadon bola tug`ish funksiyasini o`taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha katta yoshli ayol bachadonning shilliq pardasida to`g`ri tartib bilan takrorlanuvchi murakkab o`zgarishlar ro`y berib, homiladorlik uchun qulay sharoit tug`diradi.

Bachadon naylari (tubae uterinae salpinges) ni tuxum yo`llari deb ham atashadi. Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar boylamning yuqori chekkasi bo`ylab chanoqning yon devorlariga boradida (ampulla tubae) voronka bilan tugaydi. Bachadon naylarini bo`yi 10-12 sm, eni har xil - bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon kengroq. Bachadon nayi quyidagi bo`limlariga ajratiladi: 1) intersitsial qismi (pars intersitialis) –bachadon nayining bachadonga o`tadigan qismi; 2) bo`g`iz yoki istmus qismi (pars istmica) - bachadon nayining o`rtadagi bo`limi; 3) ampulyar qismi (pars ampullaris) bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan qismi. Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shilliq parda, muskul qavatı va seroz qavat (qorin pardasi).

Tuxumdonlar (ovaria)- ayolning bir juft jinsiy bezidir. Tuxumdon bodom shaklida bo`lib, bo`yi 3,5-4 sm, eni 2-2,5 sm qalinligi 1-1,5 sm, vazni 6-8 g. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ularda yamoq to`qimasi taraqqiy etadi.

Tuxumdonning bir chekkasi serbar boylamning orqadagi varag`iga suqilgan; qolgan hamma yuzasi qorin pardasi bilan qoplanmagan bo`lib, kichik chanoqning qorin bo`shlig`iga bemalol chiqib turadi. Tuxumdonni 1) bachadoning serbar boylami, 2) tuxumdoning o`z boylami, 3) voronka-chanoq boylami osilgan holatda ushlab turadi.

Tuxumdonlar eng muhim funksiyalarini o'taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxum hujayra yetiladi, bu - ritm bilan takrorlanadigan protsessdir. Tuxumdonidan ishlab chiqariladigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy organlariga ta'sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarning taraqqiy topishiga imkon beradi.

Balog`atga yetish davrida jinsiy organlar (bachadon naylari, bachadon, qin, tashqi jinsiy organlar) tuxumdon gormonlarining ta'sirida rivojlanadi. Qiz balog`atga yetgach bu gormonlar organizmni homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

JINSIY ORGANLARNING BOYLAMLAR APPARATI.

Ichki jinsiy organlarning **osib turuvchi apparatiga** quyidagi boylamlar kiradi.

1) Yumaloq boylamlar (lig rotumdum)silliqlik muskullardan va qo'shuvchi to'qimidan tuzilgan bo'lib, 10-12 sm uzunlikdagi kanopga o'xshaydi.

2) Serbar boylamlar (ligiatum)- qorin pardasining qo'shaloq varaqlari bo'lib, bachadonning yon bo'limlaridan chanoqning yon devorlariga boradi.

3) Dumg`aza - bachadon boylamlari (lig sacro-uterinum) bachadonning orqa yuzasidan bachadon tanasi bilan bo'yni oralig`ida boshlanib, orqaga ketadi va to'g'ri ichakni ikki tomondan o'rab, dumg`azaning oldingi yuzasiga yopishadi.

4) Tuxumdonlarning o'z boylamlari (lig ovarii proprium)bachadon tubidan (bachadon naylari chiqadigan joyning orqarog'i va pastrog'idan) boshlanib, tuxumdonlarga boradi.

KICHIK CHANOQ KLECHATKASI.

Bachadon atrofidagi (parametral) kletchatka (parametrium) bachadonning bo'limlaridan chanoqning yon devorlarigacha serbar boylamlarining varaqlari o'rtasidagi kamgakni to'ldiradi.

Qovuq atrofidagi (paravezikal) kletchatka qovuq atrofidagi bo'sh joylarni to'ldiradi; qovuqning oldingi va orqa tomonida ko'proq bo'ladi.

Qin atrofidagi (paravaginal) kletchatka qinni o'rab turadi, asosan qinning yon devorlaridan chanoq devorlarigacha davom etuvchi kamgakda joylashadi.

To`g`ri ichak atrofidagi (pararektal) kletchatka to`g`ri ichak atrofiga joylashadi.

Chanoq kletchakasining yuqorida ko`rsatilgan hamma bo`limlari bir-biridan yakkalangan emas, balki qo`shuvchi to`qima tarkibidagi ko`pgina elementlar yordamida biri-biri bilan bog`langan.

JINSIY ORGANLARINING QON TOMIRLAR SISTEMASI.

Tashqi jinsiy organlar uyatlik arteriyasidan qon oladi.

Uyatlik arteriyasi (a. pudenda) ichki yonbosh arteriyasidan boshlanib, pastga tushadi-da, chanoq, bo`shlig`idan chiqib, tashqi jinsiy organlarga, oraliqqa qinga va to`g`ri ichakka tarmoqlar beradi.

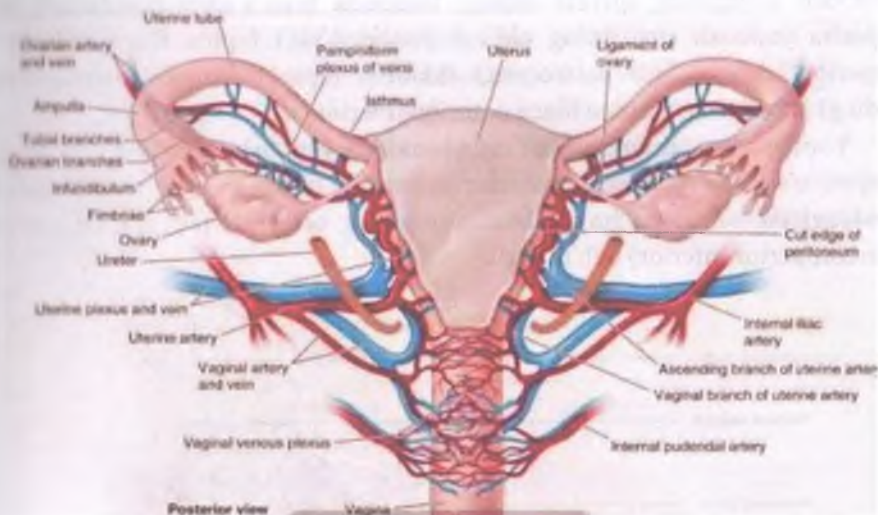
Bachadon arteriyasi (a. uterina) bir juft tomir bo`lib, qorin pastki arteriyasidan boshlanadi, serbar boylamlar asosida yotgan parametral kletchatka orqali bachadonga boradi, yo`l- yo`lakay siydik yo`li (ureter) bilan kesishadi, bachadonning yon yuzasiga ichki teshik ro`parasida yaqinlashadi.

Tuxumdon arteriyasi (a. ovarica) bir juft tomir bo`lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chiqqan joyning bir muncha pastrog`idan) boshlanadi, siydik yo`li (ureter) bilan, birgalikda pastga tushadi, voronka chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo`limiga o`tadida, tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoqlar beradi; tuxumdon arteriyasining oxirgi tarmog`i bachadon arteriyasining oxirgi bo`limi bilan anastomozlanadi. Jinsiy organlarining arteriyalariga bir nomli venalar yo`ldosh bo`ladi, shu bilan birga har bir arteriya yonida ikki vena yotadi. Ichki jinsiy a`zolarining venalari chigallar hosil qiladi.

JINSIY ORGANLARNING NERV SISTEMASI

Simpatik nerv sistemasining jinsiy organlarini innervatsiyalaydigan tolalari aorta chigali bilan quyoshsimon chigaldan boshlanib, pastga yo`naladi va V bel umurtqasining ro`parasida qorin pastining yuqori chigalini hosil qiladi. Bu chigallardan nerv tolalari bachadon bilan qin o`rtasidagi chigal yoki chanoq chigali (plexus utero-vaginalis, s. pelvici) degan qalin chigalga boradi. Bachadon bilan qin o`rtasidagi chigaldan simpatik va parasimpatik tolalar chiqib, qin, bachadonni, bachadon naylarining ichki bo`limlarini qovuqni innervatsiyalaydi. Bachadon tanasi asosan parasimpatik tolalar bilan innervatsiyalanadi.

1.3 rasm Bachadonning tuzulishi.



SUT BEZLARI

Sut bezlari (mammae) shingilga o'xshash tuzilgan. Sut bezning parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (ductus lactiferus)ning atrofida joylashadi va shu yo'lning kanaliga tutashadi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi.

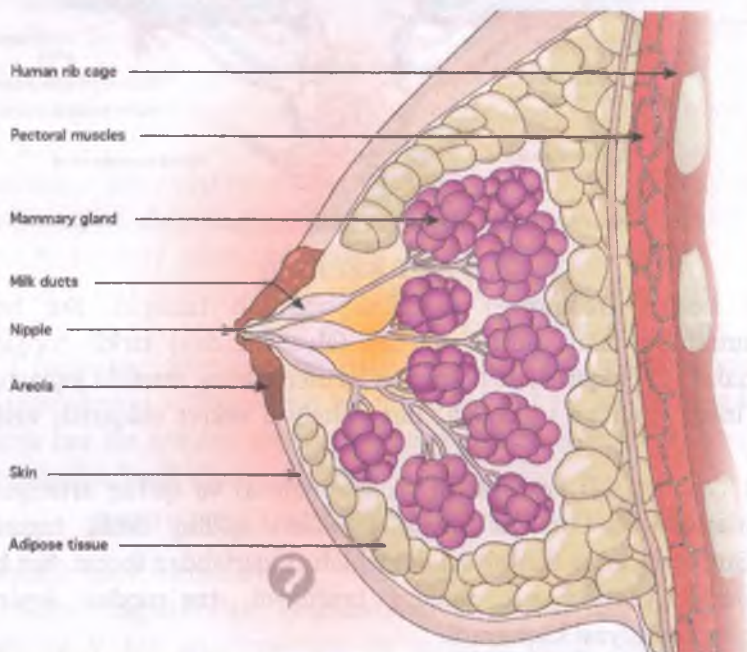
Sut bezi tegishli arteriyadan (a, mammaria) va qo'ltiq arteriyasining shoxchalaridan qon oladi. Limfa tomirlari qo'ltiq limfa tugunlariga boradi. Sut bezlarining funksiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tug'ruqdan keyin sut bezlarining funksiyasi kuchayadi.

Tos suyagi, tug'ish kanalining asosi bo'lib, tug'ish paytida bolani o'tkazishda katta rol o'ynaydi. Katta yoshdagi ayollarda chanoq suyagi 4 ta suyakdan tashkil topgan: ikkita chanoq, dumg'aza va dum suyagi. Chanoq suyagi tog'aylar orqali bog'langan 3 ta suyakdan iborat: qov, yonbosh, quymich.

Yon bosh suyagi (os ileum) ikki qism: tanasi va qanotidan iborat. Yon bosh suyagining tanasi kalta qalin qismi bo'lib quymich kosasini hosil

qilishda ishtirok etadi. Yonbosh suyagining qanoti anchagina keng plastinka bo'lib, ichki yuzasi botiq tashqi yuzasi qabariqdir. Qanotning eng qalin bo'sh yuqori chekkasi yonbosh suyagining qirrasini (crista iliaca)ni hosil qiladi. Yonbosh suyagining qirrasini oldingi tomonda tepachadan boshlanadi bu tepacha yonbosh suyagining oldingi yuqori o'sig'i (spina iliaca anterior-superior) deb ataladi pastroqdagi ikkinchi tepacha yonbosh suyagining oldingi pastki o'sig'i (spina iliaca anterior-inferior) dir.

Yonbosh suyagining qirrasini orqa tomonda yonbosh suyagining orqadagi yuqori o'sig'i (spina iliaca posterior superior) bilan tugaydi shu o'siqdan pastdagi ikkinchi tepacha yonbosh suyagining orqadagi pastki o'sig'i (spina iliaca superior inferior) deb ataladi.



1.4 rasm Sut bezining tuzulishi.

Yonbosh suyagining ichki yuzasida qanoti tanasiga o'tadigan joyda qirrasimon tepacha bor, bu tepacha ravoq shaklidagi nomsiz chiziq (linea innominata)ni hosil qiladi.

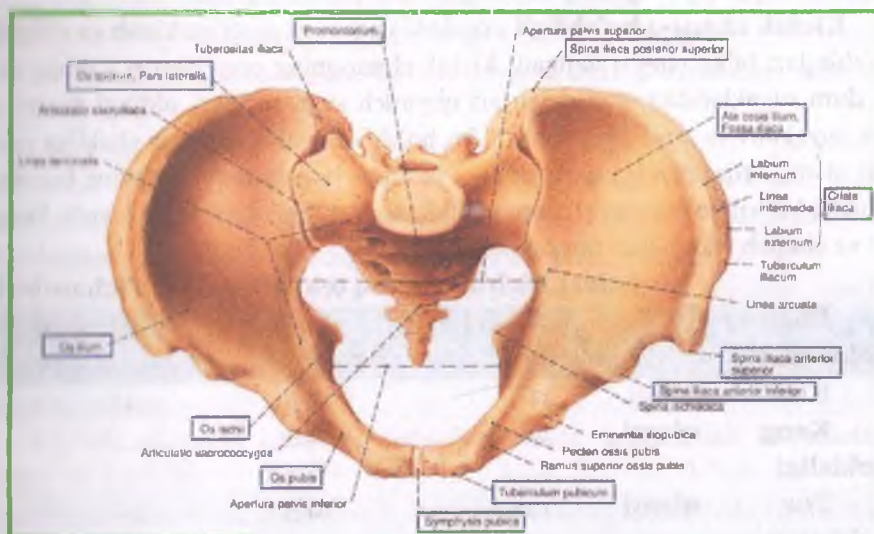
Quymich suyagi (os ischii)ning quymich kosasining hosil bo'lishida qatnashadigan tanasi va ikkita tarmog'i: yuqori hamda pastki tarmoqlari bor.

Yuqori tarmog'i tanasidan pastga davom etib, quymich do'mbog'i (tuber tehil) bilan tugaydi. Pastki tarmoqning orqa yuzasida tepacha-quymich o'sig'i (spina ischii) bor.

Qov suyagi (os pubis) yonbosh suyagidan oldinda va pastda bo'lib, chanoqning oldingi devorini hosil qiladi. Qov suyagining tanasi va ikki ta tarmog'i: yuqori (gorizontal) va pastki (tushuvchi) tarmoqlari bor. Ikkala qov suyagining yuqorigi va pastki tarmoqlari oldingi tomonda kamharakat qov birlamasi - simfiz (symphysis) yordamida bir biriga qo'shiladi.

Dumg'aza (ossacrum) bir-biriga qo'shilib o'sgan 5 ta umurtqadan iborat. Dumg'aza umurtqalari pastki tomon kichraya boradi, shuning uchun dumg'aza suyagi

1.5 rasm Ayollar tos suyagi.



kesik konusga o'xshab ketadi. Uning keng qismi dumg'aza asosi yuqoriga, tor qismi dumg'aza uchi pastga qaragan. Dumg'aza suyagining orqa yuzasi qabariq, oldingi yuzasi botiq bo'lib dumg'aza chuqurchasini hosil qiladi. Dumg'aza suyagining asosi V bel umurtqasi bilan bo'gim tuzadi: dumg'aza asosining oldingi yuzasi o'rtasida bir tepacha bor, dumg'aza burni (promotorium).

Dum suyagi (os coccygis) taraqqiy etmasdan bir-biriga qoʻshilib oʻsgan 4-5 umurtqadan iborat boʻlib, pastga tomon torayuvchi kichik suyakdani borat.

Chanoq suyaklari simfiz, dumgʻaza-yonbosh va dumgʻaza-dum birlashmalari togʻaylar yordamida oʻzaro qoʻshiladi. Chanoq ikki boʻlimga ajratiladi: yuqori boʻlimi katta chanoq va pastki boʻlimi kichik chanoq deb ataladi. Katta chanoq kichik chanoqdan kengroq boʻlib, ikki yon tomondan yonbosh suyaklarining qanotlari, orqa tomondan-soʻngi bel umurtqalari, oldingi tomondan qorinning pastki boʻlimi bilan chegaralangan. Katta chanoq oldindan hech qanday suyakka birikmaydi. Katta chanoq suyagi homila oʻtishida hech qanday ahamiyat kasb etmasada, uning oʻlchamidan asosiy tugʻilish yoʻli hisoblanmish kichik chanoqning oʻlchamlarini yaqqol bilib olish mumkin. Kichik chanoqni akusherlik fidoiylari tomonidan yaqqol tasvirlab berilishi tugʻilish yoʻlagi haqidagi toʻgʻri tasavvurlarni beradi.

Kichik chanoq boʻshligʻi maydoni yuqori va pastdan kirish va chiqish boʻshliqlari bilan chegaralangan. Kichik chanoqning orqa devori - dumgʻaza va dum suyaklaridan, yon devorlari quymich suyaklaridan, oldingi devori – qov suyaklari va simfizdan iborat. Bu boʻshliq kesilgan silindr shakliga ega. Old qismi, orqa qismiga qaraganda 3 barobar mayda. Kichik tazning bunday formasi bir xil boʻlmagan shaklni tashkil etadi. Kichik chanoqda kirish, keng, tor va chiqish tekisliklari farqlanadi.

1- jadval Kichik chanoq tekisliklari va oʻlchamlari.

Chanoq tekisligi	Toʻgʻri oʻlcham	Koʻndalang	qiyshiq
Kirish tekisligi	11	13.5	12
Keng qismi tekisligi	12.5	12.5	—
Tor qismi tekisligi	11.5	10.5	-
Chiqish tekisligi	9.5-11.5	11	-

Kirish tekisligi kichik va katta chanoq oʻrtasidagi chegara. Kirish tekisligi oval shakliga ega. Kirish tekisligining quyidagi oʻlchamlari bor:

1. Toʻgʻri oʻlchami – dumgʻaza suyagining burnidan simfizning ichki yuzasidagi koʻproq turtib chiqib turgan nuqttagacha masofa chin konyugata (conjugate vera) va uning uzunligi 11 smga teng. Anatomik konyugata-

dumg'aza suyagining burnidan simfiz yuqori chekkasining o'rtasigacha bo'lgan masofa ham ajratiladi, u chin konyugatadan 0,3-0,5 sm kattaroq.

2. Ko'ndalang o'lchami-nomsiz chiziqlarning eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa, uning uzunligi -13,5 smga teng

3. Qiyshiq o'lchami, ikkita o'ng va chapga ajratiladi. O'ng qiyshiq o'lcham-o'ng dumg'aza yonbosh birlashmasidan chap yonbosh-qov do'mboqchasigacha bo'lgan masofa, chap qiyshiq o'lcham chap dumg'aza - yonbosh birlashmasidan o'ng yonbosh-qov do'mboqchasigacha bo'lgan masofa. Har bir o'lcham 12 smga teng.

Chanoq bo'shlig'i keng qismining tekisligi oldingi tomondan-atimflz ichki yuzasining o'rtasi bilan, ikki yon tomondan quymich kosalarining o'rtasi bilan, orqa tomondan II va III dumg'aza umurtqalarining birlashgan joyi bilan chegaralangan. Tekislikning keng qismi aylana shaklda.

1. To'g'ri o'lchami-simfiz ichki yuzasining o'rtasida II va III dumg'aza umurtqalarining birlashgan joyigacha bo'lgan masofa, o'lchami 12,5 sm teng.

2. Ko'ndalang o'lchami-quymich kosalarining uchlari o'rtasidagi masofa-12,5 smga teng.

Chanoq bo'shlig'i tor qismining tekisligi oldingi tomondan-atimflzning pastki chekkasi, ikki yon tomondan-quymich kosalarining o'siqlari, orqa tomondan dumg'aza dum birlashmasi bilan chegaralangan. Chanoqning tor qismida quyidagi o'lchamlar mavjud.

1. To'g'ri o'lcham-dumg'aza dum birlashmasidan simfizning pastki chekkasigacha boradi, u 11,5 smga teng.

2. Ko'ndalang o'lcham quymich suyaklarining o'siqlarini birlashtiradi, o'lchami 10,5 sm.

Kichik chanoq chiqish tekisligi ikkita uchburchak tekislikdan iborat, uchburchak tekisliklarning umumiy asosi quymich do'mboqchalarini birlashtiradigan chiziq hisoblanadi. Bu tekislik oldingi tomondan simfizning pastki chekkasi ikki yon tomondan quymich do'mboqlari orqa tomondan dum suyagi bilan chegaralangan.

1. Chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchami dum suyagining uchidan simfizning pastki chekkasigacha boradi u 9,5 smga teng. Homila kichik chanoqdan o'tayotganda dum suyagi 1,5-2 sm uzoqlashib to'g'ri o'lcham uzayadi va 11,5 smga teng bo'ladi.

2. Chanoqdan chiqish teshigining ko'ndalang o'lchami quymich do'mboqlarining ichki yuzalarini birlashtiradi; u 11 smga teng. Kichik

chanoqning hamma o'lchamlari oldingi tomondan simfizning biron nuqtasiga, orqa tomondan dungaza suyagining turli nuqralariga chegaradosh. Kichik chanoqning hamma to'g'ri o'lchamlarini markazlarini birlashtiruvchi chiziq **chanoqning o'tkazuvchi o'qi** deb ataladi va u arka shaklidagi oldi ichkariga va orqasi tashqariga qavartma tizimini namoyon etadi. Tik holda turgan ayolda chanoqning o'kazuvchi qismi kirishda tazning keng qismi orqaga yo'nalgan ingichka qismi pastga chiqish qismidan oldinga yo'nalgan bo'ladi. Homila o'tkazish kanalidan kichik chanoqning o'tkazish yuzasiga o'tadi.

Homilaning tug'ruq yo'li orqali o'tishi uchun chanoqning buklanish burchagiga ega bo'lishi ham ahamiyat kasb etadi. Homiladorning turg'un holatida uning gavda tuzilishidan kelib chiqib, chanoqning buklanish burchagi 45° dan 90° gacha siljishi mumkin. Chanoqning buklish burchagi qisqarishi mumkin, agar ayol bel bilan yotsa va qorniga qarab zo'r bersa. Undan tashqari bu burchak kengayishi ham mumkin.

HOMILA TUG'RUQ OBYEKTI SIFATIDA.

Homila boshinining shaklini va kattaligini o'rganish katta ahamiyatga egadir. Aksari tug'ruqda homila boshi ketma – ket bir necha harakatlar qilib tug'ruq kanalidan birinchi bo'lib o'tadi. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir biriga o'tishiga yordam beradi.

Homila kallasi ikkita peshana suyagi, ikkita tepa suyak, ikkita chakka suyagi va bitta ensa suyagi asosiy va g'alvirsimon suyakdan iborat. Akusherlikda quyidagi choklarning alohida ahamiyati bor.

O'q yoysimon chok (sagital chok) o'ng va chap tomondan tepa suyaklari, oldindan katta liqildoq, orqa tomondan kichik liqildoqqa o'tadi.

Peshona choki peshana suyaklarining orasida bo'ladi, o'q yoysimon chok qay yo'nalishda o'tsa peshona choki ham o'sha yo'nalishda o'tadi.

Toj chok peshana suyaklarini tepa suyaklariga birlashtiradi o'q yoysimon chok bilan peshana chokiga tikka tushadi.

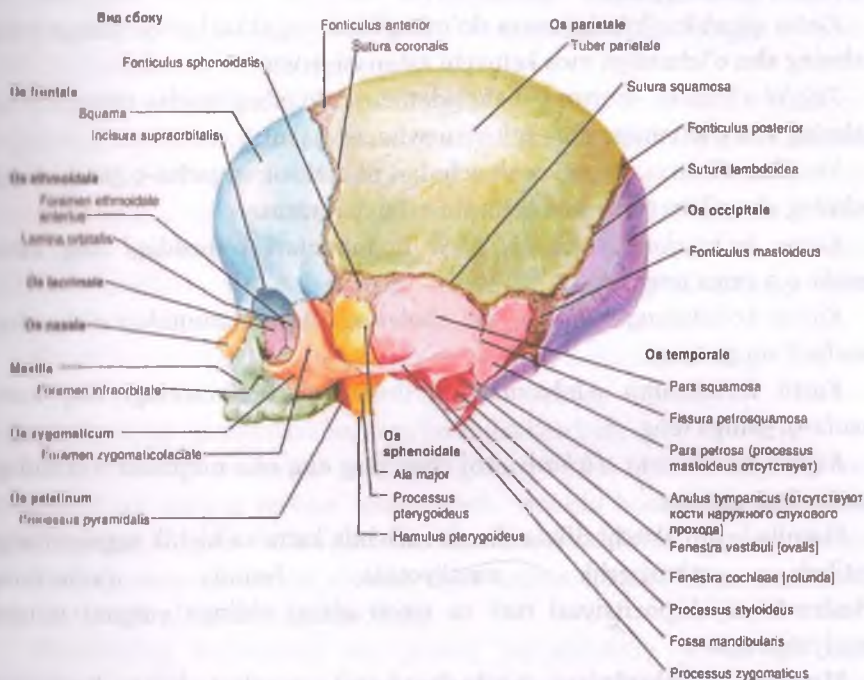
Lambdasimon chok (ensa choki) ensa suyagini tepa suyaklariga birlashtiradi.

Choklar birlashgan sohada liqildoqlar joylashgan. Bulardan katta liqildoq bilan kichik liqildoqlar amaliy ahamiyatga ega.

Katta(oldingi) liqildoq o'qyoysimon chok, peshana choki va toj chokining birlashgan joyi. U rombsimon shaklda bo'ladi.

Kichkina (orqa)liqildoq o'qyoysimon chok va lanbdasimon chok orasida joylashgan. Liqildoq uchburchak shaklda bo'lib, katta liqildoqdan farqi fibroz plastinka bilan yopiq, yetilgan homilada suyaklashgan.

Akusherlik jihatidan palpatsiyada katta va kichik liqildoqlarni farqlash juda muhim ahamiyatga ega. Akusherlik jihatidan palpatsiyada katta va kichik liqildoqlarni farqlash juda muhim ahamiyatga ega.



1.6-rasm. Chaqaloq bosh suyagining tuzulishi

Katta liqildoq to'rtta chokning birlashishidan, kichik esa uchta chok, o'qyoysimon chok kichik liqildoq bilan tugaydi. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir-biriga siljishiga, bir-birining ustiga o'tishiga imkon beradi. Homila boshining plastik bo'lishi kichik chanoqdan o'tish qiyinchiliklarida muhim rol o'ynaydi.

Akusherlik amaliyotida homila boshi o'lchamlari katta ahamiyatga ega, homilaning har qanday joylashishida va tug'ruq mexanizmi vaqtida o'ziga xos bosh o'lchamlari bo'ladi, tug'ruq yo'lidan shu bilan o'tadi.

Kichik qiyshiq o'lcham –ensa osti chuqurchasidan katta liqildoqning oldingi burchagigacha-9. 5 sm teng. Boshning shu o'lchamiga mos keluvchi aylanasi-32 sm.

O'rta qiyshiq o'lcham-ensa osti chuqurchasidan peshonaning sochli qismi chegarasigacha -10,5sm ga teng. Boshning shu o'lchamiga mos keluvchi aylanasi-33 sm.

Katta qiyshik o'lcham –ensa do'mbog'idan engakkacha-13. 5smga teng. Boshning shu o'lchamiga mos keluvchi aylanasi-40sm.

To'g'ri o'lchami –burun qansharidan ensa do'mbog'igacha-12smga teng. Boshning shu o'lchamiga mos keluvchi aylanasi 34sm.

Vertikal o'lcham –tepa suyak uchidan til osti sohasigacha-9,5smga teng. Boshning shu o'lchamiga mos keluvchi aylahasi-32sm.

Katta ko'ndalang o'lchami tepa do'mboqlari o'rtasidagi eng katta masofa-9,5 smga teng.

Kichik ko'ndalang o'lcham –toj chokning eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa-8 sm ga teng.

Katta ko'ndalang o'lchami tepa do'mboqlari o'rtasidagi eng katta masofa-9. 5smga teng.

Kichik ko'ndalang o'lcham –toj chokning eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa-8sm gat eng.

Homila boshi akusherlikda shartli ravishda katta va kichik segmentlarga ajratiladi. Akusherlik amaliyotida homila a'zolarining joylashuvi, vaziyati, pozitsiyasi turi va qaysi qismi oldinga yotgani muxim ahamiyatga ega.

Homila a'zolarining joylashuvi-qo'l oyoqlari bilan boshining tanasiga munosabati. Homila a'zolari tipik normal holatda joylashganda homila tanasi bukilgan, boshi ko'krak qafasiga engashgan, oyoqlari chanoq son va tizza bo'g'imlaridan bukilib qorniga tortilgan, qo'llari ko'krak qafasi ustida kesishgan bo'ladi. Homila a'zolari joylashivining normal bukilgan tipida homila ovoid shaklini oladi, oy kuni yetgan homiladorlikda bu ovoidning bo'yi o'rta hisob bilan 25-26 smga teng. Ovoidning keng qismi (homilaning chanoq tomoni) bachadon tubida joylashadi, tor qismi (homila ensasi) kichik chanoq og'ziga qaragan bo'ladi.

Homilaning vaziyati –homila uzun o'qining bachadon uzun o'qiga munosabati.

Bo'ylama vaziyat homilaning uzun o'qi bilan bachadonning uzun o'qi bir-biriga mos keladi.

-Ko'ndalang vaziyat-homilaning uzun o'qi bachadonning uzun o'qini to'g'ri burchak ostida kesib o'tadi.

-Qiyshiq vaziyat homila uzun o'qi bachadon uzun o'qini o'tkir burchak ostida kesib o'tadi.

Bo'ylama vaziyat normal bo'lib,barcha tug'ruqlarning 99.5%da uchraydi,ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlar patologik hodisa bo'lib,tug'ruqlarning 0.5%da uchraydi.

Homila pozitsiyasi –bachadonning o'ng yoki chap tomoniga homila orqasining munosabati. Birinchi va ikkinchi pozitsiyalar farqlanadi. Birinchi pozitsiya homila orqasi bachadonning chap tomoniga,ikkinchi pozitsiya bachadonning o'ng devoriga qaragan bo'ladi Birinchi pozitsiya ikkinchi pozitsiyaga nisbatan ko'proq uchraydi,chunki bachadonning chap tomoni oldinga burilgan. Homila orqasi hamisha o'ngga yoki chapgga qarab turtulay,odatda birmuncha oldinga yoki orqaga burilgan bo'ladi

Homila ko'rinish turi-Homila orqasining bachadon oldingi yoki orqa devoriga munosabati. Homila orqasi oldinga qaragan bo'lsa-old ko'rinishi,orqaga qaragan bo'lsa orqa ko'rinishi bo'ladi.

Homilaning oldinga kelgan qismi –yirik qismining(bosh yoki dumbasining) chanoq og'ziga munosabati. Homila boshi onaning chanoq og'zi ustida turgan bo'lsa-homilaning boshi oldinda yotgan bo'ladi. homilaning chanoq tomoni chanoq og'zi ustida turgan bo'lsa homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'ladi.

Homilaning ko'ndalang va qiyshiq joylashishida pozitsiyasi uning orqasiga qarab emas,balki boshiga qarab belgilanadi,bosh chap tomonda-birinchi pozitsiya,o'ng tomonda bolsa-ikkinchi pozitsiya.



1.7-rasm. Homilaning oldinga kelgan qismi.(bosh bilan kelishi)
Chanoqning oldinda kelishi



Oldinda kelgan qismi-homilaning eng oldinda kelgan qismi va tug'ruq yo'llaridan birinchi o'tadigan qismi. Boshning oldinda kelishining turlari,ensa bilan,tepa bilan ,peshana bilan va yuz bilan. Ko'pincha ensa bilan kelish turi(bukilish tipi) uchraydi. Bosh tepasi peshona va yuz qismlari oldinda yotganda homila boshi turli darajada yozilgan bo'ladi.

Homila chanogi oldinda yotganda dumbalari, oyoqlari va aralash(dumba va oyoqlari)holatlarida bo'ladi. . Homilaning qiyshiq va ko'ndalang joylashish farqi,uning yirik qismining(chanoq yoki bosh)yonbosh suyaklariga nisbatan joylashishiga nisbatan belgilanadi. Homilaning qiyshiq joylashishida uni yirik qismi yonbosh suyagidan pastda bo'ladi.

URUG'LANISH. HOMILADORLARNI TEKSHIRISH USULLARI. HOMILADORLIK ERTA VA KECHKI MUDDATLARIDA TASHXISLASH.

Balog'atga yetgandan keyin erkak va ayol organizmida hamma vaqt jinsiy hujayralar paydo bo'lib turadi.

SPERMATOGENEZ-erkak jinsiy hujayra moyakning tuxum yu'llarida ya'ni asosiy erkakning jinsiy hujayralarida paydo bo'ladi va spermatozoid deyiladi. Spermatozoidlar 3qismdan iborat: a) boshchasi; b) bo'yni; v) dumi. Uzunligi 50-65 mkm, boshchasing uzunligi 4,5 mkm, harakati 3-3,5 mm/sek. 2-3 soat davomida bachadon naylariga yetib boradi. Jinsiy aloqa paytida qinga 5-8 ml sperma oqib tushadi, bunda 200-500 mln spermatozoidlar bor. Ishqoriy sharoitda 5 kun yashaydi.

OVOGENEZ - ayol tuxum hujayralari, tuxumdondagi birlamchi follikulalarda paydo bo'ladi va yetilib chiqadi. Birlamchi follikulalar homilaning 4-5 oylarida paydo bo'ladi, ularning soni ko'payib tug'ilishdan oldin 400000 ga yetadi, balog'atga yetilish vaqtida 35-40 mingta qoladi, shundan 400-500 tasi follikulaning yetilib, ovulyatsiya vaqtida 1-2 tuxum hujayra yetiladi, qolgani atreziyaga uchraydi. Bularning normal o'sishi va yetilishiga normal hayz sikli sabab bo'ladi.

URUG'LANISH - ayolning tuxum va erkakning urug' hujayralarini qo'shilishi urug'lanish deyiladi.

Embriyon rivojlanish bilan uning holatiga qarab detsidual qavat uchga bo'linadi:

- tuxum hujayra ostidagi qismi;
- bachadon tomonidan o'rab turgan qismi;
- bachadonning qolgan devorlaridagi qismi;

Suvli qavat-amnion-tuxum hujayrasining har tomonlama o'rab turadigan yopiq xaltaga o'xshaydi. Amnion yupqa parda bo'lib epiteliy va qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan. Amnion xorionga qaragan bo'lib, hamrohuing ichki yuzasini yopib turadi, kindikni futlyar kabi o'rab, kindikning teri halqasi bilan qo'shib ketadi. Amnion bo'shlig'ida suyuqlik bo'lib, qog'onoq suvi deb ataladi. Amnion epiteliysining sekretiysasi natijasida suyuqlik hosil bo'ladi, uning tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yog', qund, sut kislotasi, gormonlar bo'ladi normada 0,5-1,5 l bo'ladi.

Uning vazifalari:

1. Homila rivojlanishiga yaxshi sharoit yaratadi.
2. Homilani tashqi ta'sirotlardan himoya qiladi.
3. Kindikni homila tanasi va bachadon devori orasida siqilishidan saqlaydi.
4. Tug'ruq davrida bachadon bo'ynining ochilishini normal olib boradi.

Yo'ldosh - asosiy organ bo'lib, u oziqlanish, nafas olish, chiqarish va moddalar almashinuvini kabi vazifalarni bajaradi. Yo'ldosh gonadotrop gormonlari, progesteron va estrogen ishlab chiqaradi, xorionli gonadotropin, laktogen, bu bilan homiladorlik va tug'ruqning normal kechishda katta rol o'ynaydi. Detsidual qavatning bazal qatlamda o'sgan vorsinkadan yo'ldosh hosil bo'ladi. Yo'ldosh bo'lakchalarga bo'lingan, yumshoq go'shtsimon to'qimadan tuzilgan bo'lib, uning diametri 15-20 sm, qalinligi 2-3 sm, og'irligi 500-800 gr gacha bo'ladi.

Homilaning rivojlanish davrlari

1. Antenatal davr – urug'lanishdan boshlab to tug'ruq jarayonigacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi.

2. Intranatal davr - tug'ruq jarayonidan boshlab to tug'ruq sodir bo'lgungacha davr.

3. Postnatal davr - tug'ilishdan to 6 kungacha bo'lgan vaqt.

4. Kechki neonatal davr - 6 kundan to 28 kungacha bo'lgan vaqt.

Homiladorlikni aniqlash belgilari

Homiladorlikning boshlanishi bilan ayol organizmida bir qator ma'lum va noma'lum o'zgarishlar kuzatiladi, bular 3 guruhga bo'linadi.

- taxminiy

- ehtimoliy

- ishonchli yoki shak-shubhasiz

Taxminiy belgilari - bu belgilar boshqa patologik o'zgarishlarda ham uchraydi. Bunga ayolning sub'yektiv his-tuyg'ulari kiradi, hid bilishning o'zgarishi, ishtaha va ta'mning o'zgarishi, ko'ngil aynish, qusish, darmonsizlik, tajanglik, uyqusizlik va h. k.

Ehtimollik alomatlari - hayzning to'xtashi, ko'krak bezlarining kattalashuvi, og'iz sutining kelishi, bachadon shakli va konsistensiyasining o'zgarishi, bachadon bo'yni va qinning ko'kimtirlashuvi.

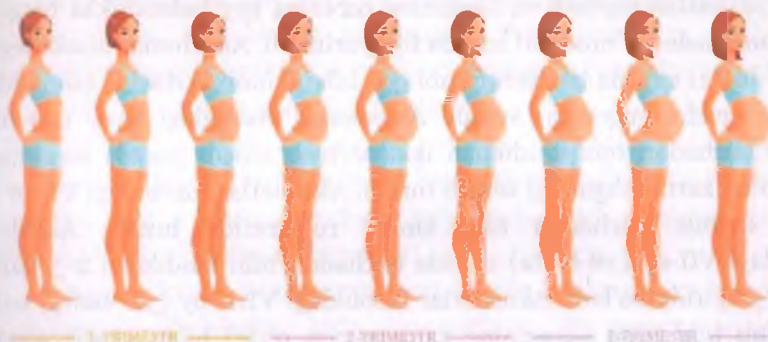
Gorvits-Gegar belgisi -qin orqali tekshirish vaqtida ikki qo'lning barmoqlari bachadon bo'yinchasida uchrashadi.

Genter belgisi - bachadonning o'rta chizig'i bo'ylab oldingi devorida to'g'alimon qalinlanish paydo bo'ladi.

Ishonchli belgilar - homilaning ko'rinishi, pozitsiyasi, yurak urishi, qimirlashini aniqlash, oldinda keluvchi qismlarini paypaslash.U'TT,FKG va boshqalar.

birinchi yarmida progesteronning ahamiyati katta, keyinroq esa osterogenlar orta boradi. Bu gormonlar bachadanning o'sishi uchun ahamiyatli bo'lib, aktomiozin sintezi, glikogen va fosfor birikmalari hamda oqnil fermentli fraksiyasining oshishiga imkon beradi.

1.8 rasm Homila rivojlanishi tashqi ko'rinishi.



HOMILADORLIK MUDDATI VA TUG'RUQ VAQTINI ANIQLASH

Akusherlikda homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Homiladorlik so'nggi hayz ko'rishining birinchi kundan hisoblaganda o'rta hisob bilan 280 kun, ya'ni 40 hafta yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi. Tu'gruq vaqtini hisoblab chiqish uchun so'nggi hayz ko'rishining birinchi kuniga 280 kun, ya'ni akusherlar hisobida 10 oy yoki kalendar hisobida 9 oy 7 kun qo'shiladi. Odatda tug'ruq vaqti osonroq, hisoblanadi; so'nggi hayz ko'rishining birinchi kundan kalendar hisobida 3 oy orqaga chegirib tashlanadi va 7 kun qo'shiladi. Masalan so'nggi hayz ko'rish 2 oktyabrda boshlagan bo'lsa, 3 oyni (2/IX, 2/VIII,2/VII) chegirib va

7 kun qo'shib, ayolning 9/VII da tug'ishi taxmin qilinadi. So'nggi hayz ko'rish 20/V da boshlangan bo'lsa 27/II da tug'adi deb taxmin qilinadi va hokazo.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashda homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti hisobga olinadi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollar homila qimirlashini 20- haftadan, ya'ni homiladorlikning o'rtalaridan boshlab, takror homilador bo'lgan ayollar esa ikki hafta ilgariroq seza boshlaydi. Homiladorlikning turli muddatlarida bachadonning kattaligi va bachadon tubining qay balandlikka turishi ahamiyatga ega. 1 oy (4- hafta) oxirida bachadon kattalashib, taxminan tovuq tuxumiday bo'lib qoladi. Akusherlar hisobidagi II oy (8- hafta) oxirida bachadon kattaligi taxminan g'oz tuxumiga baravar keladi. Akusherlar hisobidagi III- oy oxirida bachadonning kattaligi deyarli yangi tug'ilgan bolaning boshiday bo'lib qoladi. IV- oydan boshlab bachadon tubi devorlari orqali paypaslab topiladi va bachadon tubining qay balandlikka turganiga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi. Akusherlar hisobidagi IV- oy (16- hafta) oxirida bachadon tubi qov bilan kindik o'rtasida (simfizdan 4 barmoq enicha yuqorida) yotadi. Akusherlar hisobidagi V oy (20 hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan ikki barmoq enicha pastda turadi;qorin devorining kattalashganligi sezilib turadi. Akusherlar hisobidagi VI- oy (24- hafta) oxirida bachadon tubi kindik ro'parasida turadi. Akusherlar hisobidagi VII-oy (28-hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan 2-3 barmoq enicha yuqorida bo'ladi. Akusherlar hisobidagi VIII- oy (32- hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindik o'rtasida turadi. Kindik tekislana boshlaydi. Kindik ro' parasida qorin aylanasi 80-85sm bo'ladi. Akusherlar hisobidagi IX- oy (36- hafta) oxirida bachadon tubi xanjarsimon o'siq va qovurg'alar ravog'igacha ko'tariladi. Bu homilali bachadon tubining eng ko'p ko'tarilgan nuqtasidir. Qorin aylanasi o'rta hisob bilan 90 sm. Kindik tekislangan bo'ladi. Akusherlar hisobidagi X- oy (40-hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindikning qoq o'rtasida turadi, ya'ni VIII- oy oxirida qay balandlikda turgan bo'lsa, o'sha balandlikka tushadi. Kindik bo'rtib turadi. Qorin aylanasi 95-98 sm, homila boshi pastga tushib, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq kirish tekisligiga taqaladi yoki chanoq kirish tekisligida kichik segmenti bilan turadi.

Fiziologik kechayotgan homiladorlikda homilador ayol maslahat olib borib va tekshirish uchun oilaviy poliklinika va QOP larga tug'ruqqacha hamida 7 marta rejali (12 haftagacha , 16, 24, 30, 34, 36, 38-40 haftalarda) va tug'ruqdan so'ng 1 marta tashrifni amalga oshirishi kerak.

HOMILA BOSHINING ORQA KO'RINISHDA ENSA QISMI BILAN KELISHI

Tug'ishning birinchi davridagi homila boshining bukilib kelishi obkash qonuni bo'yicha belgilanadi. Bachadon tubi muskullari qisqarishi natijasida vujudga kelgan bosim homila orqa umurtqasi bo'ylab borib, boshini kichik chanoq tomon yo'naltiradi, obkashning bandlari xar xil uzunlikda bo'ladi. Obkash yelkasining qisqa tomoni ensa, uzun tomoni peshona yuz qismi bo'lib qoladi. Bachadon muskullari qisqarib, orqa umurtqani bosganda obkashning uzun yelkasi yuqoriga ko'tariladi, homila boshi bukiladi, qisqa yelkasi pastga tortgani uchun boshning ensa qismi pastga tushadi

Homila boshi egilishining sabablarini ba'zi mualliflar boshqacha tushuntiradilar: homila boshining bukilishi natijasida bosh dumaloq bo'lib, chanoq ichining dumaloq shakliga moslashib qoladi. Boshning bukilishi oval (ellipssimon) shakldan dumaloq shaklga o'tishiga imkon beradi. Homila boshining o'lchovlari qanchalik katta, chanoq o'lchovlari qanchalik kichik bo'lsa, homila boshi shunchalik ko'proq bukiladi (masalan, hamma o'lchovlari baravar tor bo'lgan chanoqda).

Tug'ishning ikkinchi davri mexanizmi homila boshining kichik chanoq ichida aylanishini ifodalashda juda ahamiyatlidir. Bu nazariyalardan eng oddiyi «moslashish» nazariyasidir. Homila boshi kichik chanoq ichida chanoq o'lchovlariga muvofiq ravishda aynan moslashadi (chanoqqa kirish qismi ko'ndalang, ichida — qiyshiq, chiqishida to'g'ri o'lchovga moslashadi). Homila kattaroq qismining tug'ilishi qiyinroq bo'ladi. Bu qism homila boshidir, u tugash yo'lidan ma'lum omillar vositasida suriladi, bu holat tug'ish biomexanizmi deb yuritiladi.

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

Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda homilaning boshi tug'ishdan 2-3 hafta oldin chanoq kirish qismida suqilgan bo'ladi. Ilgari tuqqan ayollarda esa homila boshi faqat tug'ish jarayonida (tug'ishning

birinchi davrida) kichik chanoq kirish qismiga suqila boshlaydi. Shuni aytib o'tish kerakki, homila boshi chanoqqa kirish qismida qayta tug'uvchilarda birinchi marta tug'ayotgan ayollarga nisbatan oddinga kamroq egiladi.

Har ikkala hollarda ham homila boshining oval shakli kichik chanoq kirish qismining shakliga moslashgan bo'ladi.

Kichik chanoqqa kirish sathi o'lchovlari: to'g'ri o'lchov 11 sm, qiyshiq o'lchov 12 sm, ko'ndalang o'lchov 13 sm bo'ladi. Shunga ko'ra, homila boshi ensasi bilan kelganda uning o'q yoysimon choki kichik chanoq kirish qismida ko'ndalang, ko'pincha uning qiyshik o'lchoviga joylashgan bo'ladi. Ko'pincha homila boshi kichik chanoq kirish qismida dastlab bukilmaydi, o'q yoysimon chok bir o'rinda promontorium bilan simfiz oralig'ida chanoq o'qiga moslashgan bo'ladi. Homila boshi tug'ruq yo'llari bo'yicha surilib borar ekan, tug'ruq mexanizmi 4 momentga bo'linadi.

Birinchi moment. Homila boshi o'zining ko'ndalang o'qida aylanadi va homila boshi engagiga, ko'krak kafasiga yaqinlashadi. Natijada boshning kichik liqildog'i pastga — chanoq o'qi yo'nalishiga joylashadi. Shunga ko'ra, bunga «yo'naltiruvchi nuqta» deb nom berilgan. Homila boshining bukilib joylashishi uning tug'ish yo'lidan oson o'tishiga imkoniyat tug'diradi

Homila boshi normal holda o'zining eng kichkina o'lchovi bilan chanoqning katta o'lchoviga joylashadi. Darhaqiqat, boshning to'g'ri o'lchovi circumferentio fronto occipitalis o'rniga (buning aylanasi 34 sm) homila boshi bukilib kelganiga ko'ra kichik qiyshiq o'lchovi circumferentio subocepito— bregmatica (aylanasi 32 sm) bilan kichik chanoq kirish qismiga joylashadi.

Ikkinchi moment. Homila boshi kichik chanoq ichida aylanadi (rotatio capitis interna). Bunda homila boshi chanoq ichiga tushishi bilan birga o'zining tik o'qi atrofida aylanadi.

Bunda homila boshi o'q yoysimon chok ko'ndalang o'lchovda bo'lsa, endi chanoq ichining qiyshiq o'lchovida bo'lib qoladi, agar chanoq kirish qismida qiyshiq o'lchovda bo'lsa, chanoq ichida qiyshiq o'lchovdan to'g'ri o'lchovga yaqinlasha boradi, nihoyat chanoq tubida uning chiqish qismining to'g'ri o'lchoviga to'g'ri keladi. Bunda o'q yoysimon chok birinchi holatda soat miliga qarshi, ikkinchi holatda esa soat mili tomon aylanadi. Homila boshi chanoq tagiga tushganda uning kichik liqildog'i oldinda, qov suyagi ostida joylashgan, katta liqildoq esa orqada, dumgaza chuqurchasiga qaragan bo'ladi. Birinchi holat oldingi ko'rinishda homila boshining o'q

yoysimon choki chanoq ichida o'ng qiyshiq o'lchovda bo'ladi, ikkinchi holatda oldingi ko'rinishda chap qiyshiq o'lchovda bo'ladi.

Birinchi holat orqa ko'rinishda bo'lsa, homila boshining o'q yoysimon choki chanoqning chap qiyshiq o'lchovida bo'lib, ko'p holatlarda undan ko'ndalang o'lchovga, keyin o'ng qiyshiq o'lchovga o'tadi. Ikkinchi holat orqa ko'rinishda bo'lsa, homila boshining aylanishi buning teskarisi bo'ladi, ya'ni o'ng qiyshiqdan ko'ndalang o'lchovga va keyin chap qiyshiq o'lchovga o'tadi. Homila boshining chanoq ichida aylanishi, agar homila oldingi ko'rinishda bo'lsa, 45° ga aylanadi, orqa ko'rinishda bo'lsa 135° ga aylanadi.

Uchinchi moment. Homila boshining chanoq ichida aylanishi tugagach bukilgan boshning o'k yoysimon choki chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida ensa qismi bilan qov suyagi tomonga aylanadi. Homila boshi qov suyagi ostidan birinchi ko'rinishiga tug'ruq yo'lining oldingidek qov suyagi orqa devori (dumgaza suyagi) ga nisbatan kaltaligi sabab bo'ladi (oldingi devorl 4 sm, orqa devori 14 sm). Boshning ensa qismi to'g'rilangandan keyin uning ensa chuqurchasi qov suyagiga taqaladi (taqalish nuqtasi va keyin homila boshi ochiladi).

Homila boshi qin bo'ylab surilib, chanoq chiqish qismida ancha ochiladi, ochilish darajasi $120-130^\circ$ bo'ladi, chot ostidan homilaning pashonasi yuzi va engak qismi tug'iladi. Homila boshining bunday ochilishida vulvar halqa taranglashib kengayadi, chot ustidagi katta liqildoq ko'rinadi, nihoyat boshi tug'iladi.

To'rtinchi moment. Homila boshi tashqarida, yelkari ichkarida aylanadi. Homila boshining tashqarida aylanishi yelka qismining ichkarida aylanishiga bog'liqdir.

Homila boshi tug'ruq yo'li bo'yicha surilganda yelka qismi chanoq kirish qismida ko'ndalang o'lchovda, chanoq ichida esa qiyshiq o'lchovda turadi (birinchi holatda chap qiyshik o'lchovga, ikkinchi holatda o'ng qiyshik o'lchovga to'g'ri keladi). Chanoq tubida homila yelkasi ichkarida aylanib, chiqish qismining to'g'ri o'lchovida bo'ladi. Oldingi yelka qov osti sohasida, orqa yelka dum suyagi sohasida bo'ladi. Yelkaning aylanishi boshning tashqarida aylanishiga imkon beradi. Homila boshining o'q yoysimon choki chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida turganda yelkaning ko'ndalang o'lchovi chanoqning to'g'ri o'lchovida aylanish jarayonida homila boshi tashqarida aylanganda yuzi bilan o'z holatining qarama qarshi tomoniga aylanadi (birinchi holatda homila boshi onaning o'ng soni tomonga, ikkinchi

holatda chap soni tomonga aylanadi). Homila oldingi yelkasining 2-3 qismi tug'ilib, qov tagiga taqalgandan keyin orqadagi yelka chot tagidan tug'iladi. Nihoyat, homila tanasi tug'iladi, Homila tanasining tugilishi deyarli oson bo'ladi. Tug'ruq davrining har biri turli muddat davom etadi. Normal sharoitda birinchi moment qisqaroq buladi (homila boshi eng qisqa vaqtda egiladi)

Ikkinchi moment uzoqroq davom etadi. Homila boshining chanoq kirish qismiga suqilib kirish darajasi tashki va qin orqali tekshirish bilan aniqlanadi. Bunda homila boshining kichik chanoq kirish qismida qancha qismi pastda ekani chanoq ichiga suqilish darajasiga qarab bilinadi. Agar homila boshi chanoq kirish qismidan yuqorida tursa, bunda homila boshi hali joylashmaganidan darak beradi. Bunda bosh bilan qov suyagining ko'ndalang shoxi orasiga har ikkala qo'l barmoklarini osongina kiritish mumkin. Homila boshini tashkaridagi ko'l barmoqlari yordamida oson qimirlatish mumkin. Agar homila boshi kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirgan bo'lsa, uni paypaslab ko'rganda qimirlatib bo'lmaydi.

Homila boshi segmenti nima? Homila boshi ovoid shakldadir. Agar boshni eng katta diametri bo'yicha taxminiy kesilsa, bunda ovoidning o'rta satxi eng katta bo'ladi.

Homila boshining o'rta sathi, uning aylanasi shartli ravishda katta segment deb yuritiladi. Katta segmentdan yuqorida kichkina segment deb ataladi.

Homila boshi yozilib kelishining turli shakllarida uning katta segmenti turlicha holatda bo'ladi. Homila boshining qaysi qismi kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirib joylashishiga karab uning tug'ruq kanali bo'yicha surilayotgani aniqlanadi. Buning uchun qorin devori orqali, kerak bo'lganda qin orqali tekshiriladi. Qin orqali tekshirilganda homila boshining pastda turgan qismini quymich suyaklar o'simtasiga nisbatan munosabati aniqlanadi (kichik chanoqning tor qismi). Homila boshining kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirish boqkichlari quyidagicha bo'ladi: homila boshining pastki yuzasini qinga suqilgan barmoqlar bilan paypaslab ko'rish mumkin. Agar barmoq uchlari bilan homila boshini yuqoriga itarsak, u oson ko'tariladi. Tashqaridan qaraganda homila boshining bukilib, ochilib kelganida xam tekshiruvchi kaft yuzasi bilan uning bachadon ichiga suqilib turganini, bukilib kelganda ensa sohasi chanoqning nomsiz chizigidan flin.

(promontaria) 2,5-3,5 barmaq, yuz tomonidan esa 4-5 barmaq chanoqqa kirish qismidan yuqori turganini aniqlaydi.

Qin orqali tekshirilganda chanoq suyagining chanoq ichiga qaragan dumg'aga (promontorium) barmoqlarning bukilgan holatda yaqinlashishi mumkin bo'ladi, bunga boshning oldinga keluvchi qismi quymich dum'bog'idan 1-2 barmaq yuqorida bo'lib qinga kiritilgan barmoqlar orqali uni qiyinchilik bilan yuqoriga itarish mumkin bo'ladi.

Tashqaridan tekshirilganda ikkala kaft yuzasini boshga taqab ushlaganda bir birlari bilan uchrashadi. Go'yo katta chanoq tashqarisida o'zining proyeksiyalari bilan o'tkir burchak hosil qiladi.

Enam suyagi qisman (1-2 barmaq), yuz qismi 2,5—3,5 barmaq chanoqqa kirish qismidan yuqori turadi. Qin orqali tekshirilganda dumg'aza chuqurchasining yuqori qismida homila boshi joylashgani bilinadi. Boshning pastki yuzasi quymich yuqorisidan 1-1,5 barmaq pastda bo'ladi. Homila boshining chanoqqa kirish qismiga va bachadon bo'yniga hamma tomondan tegib turgan joyida taqalish kamari hosil bo'ladi. Bu kamar qov suyagining yuqori yarmida va birinchi dumg'aza suyagi oralig'ida vujudga keladi. Tashqaridan tekshirilganda boshning ensa qismi aniqlanmaydi, yuz qismi 1-2 barmaq yuqorida ko'riladi.

Homila boshi kichik chanoq ichida qin orqali tekshirilganda uning ko'p qismi dumg'aza chuqurchasiga joylashgan bo'ladi. Boshning pastki qismi dumg'azaning dum suyagi bilan qo'shilgan yerida yoki undan birmuncha pastda, uning taqalish kamari chanoq ichining tor qismida bo'ladi.

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

Yuqorida aytib o'tilgan tekshirish usullari tashqi va qin orqali tekshirish natijasida olingan ma'lumotlar 80-85% hollarda ijobiy bo'lsada, homila boshining tushishi va kichik chanoq kirish qismiga joylashish xillari turlicha bo'lganiga ko'ra, bundan tashqari, homila boshi shaklining o'zgarishi (konfiguratsiya) olingan ma'lumotlarning xato bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Ammo shifokorning mahorati ham bunda katta o'rin tutadi. Umuman qin orqali tekshirilganda aniqroq ma'lumot olinadi.

Tug'ayotgan ayolni kuzatishda homilaning yurak urishini (vaqti vaqti) bilan tekshirib turish kerak. Agar homilaning oldinda keluvchi qismi boshi bo'lsa, unda uning yurak urishini kindikdan pastda, boshga yaqinroq joyda

o'rqasidan yaxshi eshitiladi. Bunda homilaning yotish vaziyatiga qarab, agar chap tomondan eshitilsa, birinchi, o'ng tomondan eshitilsa ikkinchi vaziyat deyiladi. Homilaning yurak urishini eshitganda albatta uning tezlik soni, aniqligi va ritmiga ahamiyat berish kerak. Tekshiruvchi oddiy akusherlik stetoskopi bilan bo'ladigan o'zgarish ko'rsatkichlarini aniqlab oladi.

TUG'RUQ. TUG'RUQ DAVRLARI. PARTOGRAMMANI OLIB BORISH. TUG'RUQNING III DAVRINI FAOL OLIB BORISH. CHAQALOQLAR HOLATINI APGAR SHKALASIDA BAHOLASH.

Tug'ruq - bu ko'p bosqichli, dinamik, biologik jarayon bo'lib, fetoplatsentar kompleks tug'uvchi ayolning hamma organ va sistemalari ishtirokida kechadi. Birinchi navbatda nerv va endokrin sistemasining ishtiroki juda muhim hisoblanadi. Nerv va endokrin omillarini ishlab chiqaradigan asab va ichki bezlar ishtirok etadi.

Fiziologik tug'ruq jarayoni shundan iboratki, bunda homila va uning elementlari bachadondan haydaladi. O'z vaqtidagi tug'ruq - bu homila va uning elementlarini bachadondan haydalishi, homilaning 40 haftalik ona qornidagi hayotidan keyin boshlanadigan jarayondir. Faqatgina ona - homila - yo'ldosh sistemasining bir - biriga adekvat (teng) reaksiyasi bo'lsagina, homila yaxshi rivojlanadi va tug'ruq jarayoni normal o'tadi.

Tug'ruq kompleks tizimida hamshira vazifasi ayol sog'lig'ini uning reproduktiv salomatligini saqlash va oilani rejalashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Tug'ruq jarayoni uch davrga bo'linadi:

1. Bachadon bo'ynining ochilishi;
2. Homilaning haydalishi;
3. Yo'ldoshning tug'ilish davri.

TUG'RUQNING BIRINCHI DAVRI - bachadon bo'ynining ochilishi davri, regulyar dard bilan boshlanib, bachadon bo'ynining to'la ochilishi bilan tugaydi. O'rtacha davom etishi - birinchi tug'uvchilar uchun 12 - 18 soat, takror tug'uvchilar uchun 6 - 9 soat. Bachadonning qisqarish qobiliyati tug'ruq davrining kelib chiqishi va tarqalishi bilan xarakterlanadi, u esa fiziologik qonunga asosan murakkab sistema neyroendokrin va gumoral faktor bilan boshqariladi. Oxirgi bosqich qisqartiruvchi oqsil sintezi bo'lib hisoblanadi.

Tug'ruqning birinchi davrida quyidagilarga e'tibor berish kerak:

1. Somatik va akusherlik anamnezni tug'ri baholash;
2. Tug'uvchi ayol ahvolini klinik va instrumental tekshirish;
3. Bachadon qisqarishini va homila ahvolini kuzatish, kelib chiqadigan asoratlarni o'z vaqtida oldini olish;
4. Tug'ish mexanizmining to'g'riligini dinamik baholash;
5. Kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z vaqtida aniqlash;
6. Tug'ruqni olib borish rejasini tuzish.

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

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

Progesteron esa bachadon nerv muskul apparatining ko'zg'alishini susaytiradi, oksitotsinga nisbatan sezgirligini kamaytiradi. Progesteron omiliga homiladorlikning birinchi, ikkinchi uch oyligida bachadon muskullari birdaniga kisqarishini to'xtatadi. Uchinchi uch oylikda esa uning bachadon muskullariga ta'siri birmuncha kamayadi. Tug'ruq yaqinlashgan sari bachadon mushaklari estrogena sezgir bo'lib qoladi.

Homiladorlikning uchinchi oyida hamda o'tib ketgan (41-42 haftalik) homiladorlikda tukruq dardini sinestrol yoki estradiol bilan qo'zg'atish mumkin. Bachadon muskul hujayralari estrogen gormoni ta'sirida kisqarishga tayyorlanadi. Uning nerv sistemasining qo'zg'alish mediatorlari - asetilxolin va serotonga nisbatan sezgirliги oshadi. Homiladorlik oxirida serotonin tobora ko'p yig'ilib boradi.

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

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

Kalsiy ioni serotonin bilan birga hujayralar membranasining bir qator elektrolitlarini o'tkazish xususiyatini oshiradi, natijada kisqarish mexanizmining bir qismi bo'lib qoladi. Elektrolitlar gumoral omillar atsetilxolin, oksitotsin va gistaminlarning silliq muskulga ta'siri uchun zarur. Hujayralardagi elektrobiologik tekshirishlar natijasida birmuncha yangi omillar topildi, ular asosida bachadon muskul to'kimasining birdaniga qo'zg'alishida jinsiy gormonlarning vazifasiga doir nazariyalar ishlab chiqildi. Hujayralar membranasiga natriyga nisbatan kaliy oson o'tadi, natijada natriy ioni ko'pincha membrana satxida qoladi. Homiladorlikda qisqarmayotgan muskul hujayralarda kaliy bilan natriy nisbati 2:9 ga tengligi aniqlangan. Kaliy bilan natriyning bunday muvozanati muskul hujayralarining qisqarishini qo'zg'atishga qodir emas. Buning uchun xujayralar oralig'idagi kaliy kamayishi kerak. Hujayralar membranasidagi bu elektrik potensiallarning xar -xil bo'lishi membranalar potensiali deb ataladi.

Muskul hujayralarining qisqarishga tayyorligi tinchlik potensialining kamayishi (hujayralarda potensial deyarli kamayadi) bilan bog'likdir. Bunda hujayra membranaloriga natriy ionining o'tishi ortadi (500 marta) va kamrog'i esa hujayralardan chiqadi, buning natijasidd vujudga kelgan elektrik oqim ATF energiyasini bo'shatib muskul tolalari bo'yicha tarqaladi, aktirozinning ko'p kismi kisqarishga sarflanadi, bir kismi esa membrana hujayralari zaryadlarining tiklanishiga ketadi. Membranalar potensiali muskullar bo'shshuvi bilan tiklanadi.

Har tomonlama tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, bachadon muskullarining qisqarishida estrogen va progesteronlarning roli katta. Xususan bachadonning yo'ldoshga yopishgan devori boshqa qismlariga nisbatan ancha yuqori membrana potensialiga ega. So'nggi tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, agar homiladorlikda progesterondan ineksiya qilinsa, bachadonni" yo'ldosh yopishmagan catxi ham xuddi yopishgan joyidagi kabi membrana potensiali oshadi. Estrogen gormonlari ta'sirda muskul xujayralari birdaniga kisqaradi» va farmakologik sezgirligi oshadi. Muskul

jarayonlarida elektr zaryadlarning ayrim tartibda tarqalishi natijasida "to'ng'ulish" to'liqini bachadon muskullarining hammasiga tez tarqaladi.

Elektrofiziologik tekshirishlardan aniqlanishicha, bachadon muskullarining normada qo'zg'alishi bachadon tubi yoki uning burchaklaridan, xususan o'ng burchagidan boshlanib, tezda uning xamma qismlariga tarqaladi. Bachadon qo'zg'alishi boshlanadigan joyi "qisqarish ilmi boshkaruvchisi" deb ataladi.

Ua'zi mualliflar qo'zg'alish bachadonning pastki segmentidan boshlanib, yuqoriga tarqaladi, degan nazariyani oldinga suradilar. Ammo qo'zg'alish bachadonning bir necha qismlaridan boshlansa, patologik xolat xisoblanadi, bu bachadon muskullarining noto'g'ri qisqarishiga olib keladi. Bunda bachadon segment segment bo'lib qisqaradi, tug'ish jarayoni og'irlashadi. Homiladorlik boshlanishi bilan, ayniksa uning oxirgi haftasida markaziy nerv sistemasi (miya po'stlog'i, bosh miya) ning funksional jixatdan qayta qurilishi ro'y beradi, bachadon muskullarida esa bioenergetik jarayonni nashiruvchi moddalar yig'iladi.

Tug'ruq kechishi 3 jarayonga bog'liq:

1. tug'ruq yo'llari;
2. tugruk xaydovchi kuchlar;
3. homila va uning yo'ldoshi.

Tug'ruq yo'li chanok suyagi va yumshoq to'qima yo'llaridan iborat bo'ladi. Ma'lumki, kichik chanoq suyagi bo'shlig'ining har bir qismi o'zining shakli va o'lchovlari bilan bir-biridan farq qiladi. Kichik chanok kirish qismi oval shaklda bo'lib, ko'ndalang o'lchovli diametri bilan boshqa o'lchovlardan farq qiladi. Kichik chanoq bo'shlig'i deyarli dumaloq shaklda bo'lib, u keng va tor bo'limdan iborat.

Kichik chanoqning chiqish qismi muskul va fassiyadan shakllangan diafragma bilan berk, pastga emas, oldinga ochilgan bo'ladi. Homiladorlik o'rtida dumg'aza va dum bo'g'imining qo'zg'aluvchanligi oshadi. Homila boshi chanok tubiga tushib tug'ish jarayonida dum suyagi bukilishi natijasida chanok chiqish qismining o'lchoviga 1,5 sm qo'shiladi. Kichik chanoq yo'li to chanoq chiqish suyagining orqaga bukilganiga ko'ra qiyshiq, yo'ni go'yo tizza bo'g'imining bukilgan holatiga o'xshaydi. Chanoqning o'ki pastki kismida to'mtok burchak xosil qiladi, oldinga aylanib, aylanma ilmoq (balik tutadigan qarmok) shaklda bo'ladi.

Kichik chanoq bo'shlig'i frontal ko'rinishda voronka shaklida bo'ladi. Tugosh jarayonida chanoq onish burchagining ham ahamiyati katga. Chanok suyaklarini birlashtiradigan bo'g'imlar homiladorlikda va tug'ish jarayonida ko'zg'aluvchan bo'lib qoladi. Bunga sabab bo'g'imdagi tog'aylar shishib, yumshaydi. Bo'g'imlarining bunday qo'zg'aluvchanligi tug'ish jarayonida amaliy ahamiyatga ega bo'lib, homilaning oldinga keluvchi kismining chanok kanali bo'ylab surilishiga va tug'ruqning qulay o'tishiga imkon beradi.

Tug'ruq yo'llarining xolati yuqorida ko'rsatib o'tganimizdek, bachadon uch bo'lim: yuqori eng katta qismi — bachadon tanasi; o'rtadagi uncha katta bo'lmagan qism — bo'yin oldi qismi yoki istmus, bachadonning quyi qismi — bachadon bo'ynidan iborat. Bachadon bo'ynida bo'yin kanali joylashgan pastdan bo'yinning bir qismi qinga kirib turadi va qinga birikadi. Homiladorlikning birinchi oylarida homila tuxumi faqat bachadon tanasiga joylashgan bo'ladi. Uchinchi oyida tez o'sayotgan homila tuxumi bachadon tanasiga sig'may qoladi, asta-sekin uning bo'yin oldi qismini xam egallay boshlaydi, natijada bu qism kengayib, pastki segment nomini oladi.

Bachadonning bo'yin oldi qismi bachadon tanasining anatomik va funksional tuzilishiga o'xshab ketadi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan bachadonning pastki qismi kengayib, yupkalasha boradi va korin devori pardasining bachadon tanasiga qattik yopishib o'tgan joyigacha yetadi. Shu sohada bachadon bo'yin kanalining ichki teshigi joylashgan. Bu kontraksion (retraksion) halqa deb yuritiladi, u bachadonning funksional faol qismi bilan passiv qismi oralig'iga joylashgan.

Bu aylanma kamarga o'xshash halqa bo'lib, bachadon tanasi muskullari kabi faol qisqarmaydi. Tug'ish oldidan va tug'ishning birinchi davrida pastki segment 6 -7 sm bo'ladi, homila o'rnining uchdan bir qismini tashkil qiladi. Tug'ish jarayonida pastki segment tirishib qolishi (spazmi), kengayishi yoki haddan tashqari kengayib ketishi mumkin. Agar ko'p kengayib ketsa, bachadon yirtilish xavfi tug'iladi.

Pastki segmentdagi muskullar tolasi deyarli ko'ndalang joylashgan. Shunga ko'ra avvallari ham, hozir ham operatsiyada bachadonning pastki segmentini ko'ndalang qirqqan afzal deyiladi. Bunda muskul tolalari kam zararlanadi va operatsiya jarohatining bitishi oson bo'ladi.

Bachadon bo'yni tug'ruq jarayoniga ancha ilgari tayyorlana boshlaydi, bunda qon tomirlar ko'payib, kovak shaklini oladi. U homilaning chiqish

Ushbu vaqtincha berkitib turadi, uning kanali shilliqli tiqin bilan berkitiladi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan shilliqli tiqin (Kresteller tiqini) kuchayib ketadi, bachadon bo'yni ochila boshlaydi (ochilish mexanizmini yuzasida aytib o'tgan edik). Nixoyat to'la ochilib (10-12 sm) pastki segment tashqiga kiradi va umumiy tug'ruq yo'liga ko'shiladi.

Da'vi hollarda bachadon bo'yni to'la ochilishiga qaramay, u yirtilishi mumkin, odatda yonidan ozgina yirtiladi. Shunga ko'ra, tuqqan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi uzunchoq teshikka o'xshaydi. Qin tug'ruq jarayonida so'nggi imkoniyatga qadar kengayadi.

Chanoq tubidagi muskullar tug'ruqkacha chetlari bilan bir-birini yopib turadi. Tug'ish jarayonida bir tekis bo'lib qoladi. Chanoq tubining 3 qavat muskullari kengayib, uzunchok naycha qin va tashqi jinsiy a'zolar ham kengayib cho'zilib, ko'shimcha tug'ish yo'lini tashkil qiladi. Tashqi jinsiy teshik kengayadi va ba'zan yirtilishi xam mumkin.

Da'vi mualliflarning fikricha, bachadon qisqaruvchi a'zo bo'lib, ba'zan borida bo'lgan davrda xam bir oz kisqarib tursada, homiladorlikka putur bermeydi. To'lg'ok vaqti-vaqti bilan takrorlanadigan bachadon tanasi muskullarining beixtiyor qisqarishidir. To'lg'oqda tug'ruq yo'lining xam devorlari qisqaradi.

Kuchaniq bachadon muskullari va korin devori muskullarining qisqarishi bilan o'tadi. Qorin devorida ko'ndalang muskullar borligiga ko'ra, kuchansa qisman ayolning xoxishiga itoat etgan xolda keladi. Shunga ko'ra, ayol kattiqroq yoki sekinroq kuchanishi mumkin. Kuchaniq tug'ruqning 2 va 3 davrlarida kuzatiladi.

Yu. P. Verbov, E. Bumm va boshqalarning fikriga ko'ra, tug'ish dardi peristaltik xususiyatda bo'lib, tug'ruq yo'lining chiqish tomoniga yo'naladi. Bachadonda bu peristaltik qisqarish juda tez, butun bachadon bo'ylab tarqaladi. Tug'ruqning 1 davri tugashida bachadon xanjarsimon o'sikdan 3-4 barchoq enida pastda bo'ladi. Bachadon bo'ynining ochilish jarayonida bachadon kichiklasha boradi, ammo eniga va orqa oldinga kengayadi. Bu holat ko'ndalang joylashgan bachadon muskullarining faoliyatiga bog'liq, bu turidagi birinchi davrida ro'y beradi.

Tug'ruq birinchi davrining oxirida bachadon muskullari qisqarishi, tananing, xususan qorin devorining ko'ndalang muskullari qisqara boshlashi natijasida dard ancha sezilarli bo'ladi. Keyinroq bachadon shakli o'zgaradi, uzayib, torayadi, tubi ancha ko'tariladi.

Ikkinchi davrning boshlanishida bachadon tubi hanjarsimon o'siqkdan bir barmoq pastda turadi. Homila boshi chanoq tubiga tushganda bachadon tubi pastga tusha boshlaydi, eni kamayadi (20-18 sm), bachadonning aylanma muskullari xam qiskara boradi. Tug'ruqning birinchi davrida bachadonning ko'ndalang muskullari qiskarganda uning dumaloq boylami va chanok pardasi tayanch vazifasini o'taydi.

To'lg'okda korin devori ishtirok etmaydi. Tug'ruqning ikkinchi davrida bachadon oldinga bir oz egiladi, korin devori pardasini cho'zadi, natijada korin devori muskullari kisqara boshlaydi va bachadonni bosadi. Uning bukilgan holatini tekislab, bachadon tubi bilan korin devoriga va yukorida yotgan a'zolarga tiralib, homilani pastga sura boshlaydi. Bachadonning ko'ndalang muskullari bilan qiyshiq muskullarining galmagal kiskarishini Verbov «bachadonning peristaltik xarakati konuni», deb tushuntiradi. Bu nazariya tug'ruq jarayoni kechishini ta'minlamaydi, chunki bachadon muskullarining galma-gal qisqarishi, Verbov aytishicha, tug'ish davrlariga bog'lik. Tug'ishning xamma davrida ham ko'ndalang va qiyshiq muskullar tartib bo'yicha kisqaradi. Ammo bunda ko'ndalang muskullarning o'rni katta.

N.S.Baksheyevning ko'rsatishicha, har ikkala muskul birgalikda qiskarib, homilaning tug'ruq yo'lida surilishiga imkon beradi. Bachadon muskullarida tug'ishda 2 xil jarayon mavjud: birinchi qisqargan (kontraksiya) va bachadon muskul tolalarining bir-biriga nisbatan boshqacha joylashishi (retraksiya). Bu xildagi muskullarning fiziologik holati bachadon tubining qalinlashishiga va asta-sekin tubida pastroqdagi bachadon bo'yni tomondagi qismlarning yupqalashib borishiga sabab bo'ladi (distraksiya).

Bachadon bo'yni bachadon muskullarining ritmik qisqarishida qatnashadimi? Yo'q, qatnashmaydi. Bo'yin muskullari tug'ruqda o'zining berkitish xususiyatini yo'qotadi, ular bachadon tanasi muskullari qisqarishi bilan cho'zila boradi. Klinik kuzatishlar natijasida bachadon bo'yni muskullari tug'ruqda ritmik ravishda qisqarmaydi, faqat cho'zilishi, kengayishi aniqlangan. Bachadon muskullarining qisqarish darajasi ularning kanchalik taranglashganiga bog'liq. Bachadon muskullari tinchlikda xam ma'lum darajada taranglashib turadi. Tug'ruqda muskullar taranglashishida bachadonning kisqarish kuchi ma'lum nisbatda bo'lishi kerak. Agar muskullar juda kuchli yoki juda sust taranglashsa, ularning

qisqarish amplitudasi maksimal xolatda bo'la olmaydi. Taranglangan holati bachadon muskullarining dinamik xolati bo'lib, tug'ruq davrlariga qarab turlicha bo'ladi. Agar taranglashish o'rtacha bo'lsa, unda muskullar kuchli qisqaradi. Hozirgi kunda tugruksxonalarda murakkab elektron apparatlar yordamida bachadon muskullari turli kismlarida qisqarish xususiyati o'zgartiriladi. Odatda shifokorlar qorin devoriga qo'lni qo'yib sekondomer yordamida bachadonning taranglashganiga qarab uning qisqarish xususiyatini aniqlaydilar.

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

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

Tug'ruq dardi odatda, korin pastida va bel soxasida tutib tutib turuvchi og'irlik bilan boshlanadi, bu asta sekin zo'rayadi, ancha tezlashib, uzokrok davom etib boradi. Ko'p ayollar tug'ishdan bir oz oldinroq homila xarakati susayib ketishi va jinsiy a'zodan seroz shillikli suyuklik ajralayotganidan shikoyat qiladilar (bu bachadon bo'ynidagi shilliq Kristeller tiqinidir). Ba'zi ayollar qov va to'g'ri ichakda bosim sezadilar, tez-tez siygilari keladi. Ayolning ruhiyati o'zgarib, jahldor, salga ta'sirlanadigan bo'lib qoladi yoki, aksincha, uyku bosib, bo'shashadi. Qayd kilib o'tilgan xodisalarning hirortasi ham dard boshlandi, deyishga asos bo'lolmaydi. Fakat dardning har 15-20 minutda tutib, 20-25, 30-40 sekund yoki undan uzoqroq davom etishi tug'ruqning boshlanishidan dalolat beradi. To'lg'oq boshlangan ayol qorinining tashqi ko'rinishini kuzatgan shifokor tug'ruq dardi boshlanganini aniqlashi mumkin. To'lg'oqda bachadon birmuncha yuqoriga ko'tarilib, uning shakli aniq ko'rinadi, qo'l kaftini korin devoriga qo'yib, bachadonning taranglashgani va bo'shashganidan dardning takrorlanishini aniqlash mumkin.

TUG'RUQ DIAGNOSTIKASI VA BELGILARI

Ayolda tug'ruq jarayoni boshlanganligini taxmin qiling va kuting. 22 xaftadan keyin qorinda joyini o'zgartirib turadigan og'riq; paydo bo'lish.

Qindan shilimshiq va qon aralash ajralmalar kelishi va og'riq bo'lishi.

Qindan suvli ajralmalar yoki kutilmagan xolda qog'onok suvi ketib kolishi.

ug'ruqning boshlanganligi belgilari:

Bachadon bo'ynining shakli o'zgarishi — kaltalashishi va yupkalashishi (tekislanishi).

Bachadon bo'ynining ochilishi — bachadon kanali diametrining kengayishi santimetrlarda o'lchanadi .

Homila boshining tushishi. Qorinning palpatsiyasi.

Qorinni palpatsiya qilgan xolda barmoklar soni bilan o'lchab, homila boshining simfizdan qanchalik yuqori turganligini aniqlash mumkin.

Agar bosh simfizdan butunlay tepada tursa, 5 ta barmoq bilan palpatsiya qilinadi

Agar bosh simfizdan pastda joylashsa, o ta barmoklar bilan palpatsiya kilinadi . Qin orqali tekshiriladi.

Zarurat bo'lganda, homilaning tushishini baxolash uchun homila oldinda keluvchi qismining chanoq quymich o'siqlariga nisbatan joylashishini aniqlash uchun qin orqali tekshiriladi. Vaziyat quymich o'siqlari satxiga to'g'ri keladi. Homila joylashishi va oldinda keluvchi qismi.

Oldinda keluvchi qismini aniqlash.

Eng ko'p uchraydigan oxirida keluvchi kismi bu boshning ensa kismidir. Agar tepasi old qismi bo'lib kelmasa unda bu holat homila oldinda keluvchi qismining noto'g'ri joylashganligini bildiradi.

Agar bosh tepasi oldinda kelsa, bosh chanog'idagi mo'ljallardan homila boshining vaziyati (pozitsiya va turini) ayolning chanoq suyagiga nisbatan joylashishini aniqlashda foydalanish mumkin.

Agar ensasi bilan orqaga burilsa (ensa bilan kelishning orqa turi) bo'ladi «yaxshi bukilgan bosh» normal oldinda kelishning qo'shimcha ko'rsatkichi bo'lib xizmat kiladi, bunda qinda boshning ensa qismi tepa qismidan pastda joylashadi.

Tug'ruqning jadalligini baholash

Tug'ruq diagnozi qo'yilgandan keyin uning rivojlanishi quyidagilar bilan bog'lanadi: latent faza davomida bo'yinning tekislanishi va

ochilishidagi o'zgarishlar belgilanadi; faol fazada bola boshining tushishi va bo'yinning ochilish darajasi o'lchanadi.

Tug'ruqning 2 davri davomida bola boshining tushishi baholanadi;

Faol fazada kelgan ayollarga tug'ruqning rivojlanishini partogrammada ko'rsatish lozim. Partogrammaning namunasi 3 rasmda ko'rsatilgan. Agar partogrammingiz bo'lmasa, bo'yin ochilishining oddiy partogrammasini chizing. Buni vertikal va gorizontal chiziqda belgilanadi qin orqali tekshirish.

Tug'ruqning 1 davrida va qog'onoq suvlari yorilgandan so'ng har 4 soatda 1 marta qin orqali tekshirish mumkin. Partogramмага kerakli natijalarni belgilab oling.

Har bir qin orqali tekshiruvga quyidagilarni belgilang: bosh tushishining ranggi, bachadon bo'yining ochilish darajasi,

bosh tushishining darajasi (qorinni palpatsiya qilib baholasa ham bo'ladi).

Agar birinchi ko'rikda bachadon bo'yni ochilmagan bo'lsa, tug'ruq diagnozini qo'yish imkoni yo'q.

Agar dard bo'lsa, 4 soatdan keyin ayolni qaytadan bachadon bo'yindagi o'zgarishni ko'rish uchun qin orqali tekshirib ko'ring. Agar bu bosqichda bo'yinning tekislanishi va ochilishi bo'lsa, bu tug'ruq davri boshlanganligini, agar bo'lmasa yolg'on dard deb baholanadi.

Tug'ruqning 2 davrida har soatda qinni tekshiring.

Tug'ruq jarayoni asosan 3 davrdan iborat: 1 bachadon bo'yining ochilish davri; 2 homilaning xaydalish davri; 3 yo'ldosh tushish davri;

Tug'ruqning birinchi davri.

Bu jarayon birinchi va qayta tug'uvchilarda turlicha bo'ladi. Tug'ruq boshlanishida bachadon bo'yni juda yumshab, holatini o'zgartiradi. Odatda bachadon bo'yni tashqi teshigi hali tug'ruqqa tayyor bo'lmasa, u qinning orqa gumbaziga qaragan bo'ladi, tug'ish jarayoniga tayyorlanish jarayonida u asta sekin chanoq o'kiga to'g'ri kelib qoladi. Shu belgilarga asoslangan holda biz bachadonni tug'ruqqa tayyor deb fikr yuritamiz.

Ko'p va qayta tuqqan ayollarning bachadon bo'yni kanaliga bitta barmokni osongina kiritisa bo'ladi, ammo ichki teshigi berk bo'ladi.

Bachadon bo'yni muskullari o'zining berkitib turish faoliyatini yo'qotganiga ko'ra u oson ochilishi mumkin.

Bachadon bo'yni asta sekin ochilib, oldinda yotgan qismi pastga suriladi. Natijada u kaltalashib, nixoyat butunlay o'z shaklini yo'qotadi. Bu bachadon bo'ynining tekislanish jarayoni deb ataladi. Bachadon bo'yni tekislangandan keyin uning tashki teshigiga odatda 1-1,5 barmoqni kiritish mumkin. Bo'yn chetlari yupqalashib, cho'ziluvchan bo'lib qoladi. Birinchi tuguvchilarda bachadon bo'ynining ochilishi bo'yn kanalining ichki teshigidan boshlanadi. Qayta turuvchilarda bachadon buynining xar ikkala teshigi bir paytda ochiladi ochilish davrida u kaltalasha boradi.

Ochilgan bachadon bo'yni orqali qog'onok aniqlanadi, u dard tutganda taranglashadi. Bachadon bo'ynining ochilish darajasi santimetr bilan o'lchab, belgilanadi. Agar bachadon bo'yni 10 sm bo'lsa, bu uning to'la ochilganidan dalolat beradi.

Bachadon bo'yni ochila boshlashi bilan kog'onoq oson aniklanada. Xar bir to'lgoqda bachadon ichidagi bosim ortib boradi, shunga ko'ra homila pufagi xam shu bachadon bo'shlig'i shaklini oladi. Homila tuxumining o'z shaklini bunday o'zgartirishiga kog'onoq suvi sabab bo'ladi. Dard tutganda bachadon ichidagi bosim oshadi va qog'onoq bachadonning ichki bo'yn qismiga suriladi. Odatda shu pastki kismda homilaning biror yirikrok kismi joylashgan bo'ladi. Har dard tutishida homiladorlikning so'nggi muddatlarida kengaya boshlagan bachadonning pastki kismi yanada kengayadi. Bachadon ichidagi bosim oshgan sari qog'anok suvi bachadon bo'ynining ichki teshigiga yo'naladi. Qog'anok bo'yn kanaliga suqila boradi.

To'lgoq kuchaya borishi natijasida taranglashgan homila pufagi borgan sari bachadon bo'yni kanaliga suqilib kiradi va uning ochilishini tezlatadi. To'lgo'k zo'rayishi bilan qog'onoq bachadon bo'yni kanaliga suqila boradi, uning ketidan homila boshi borgan sari pastga surilib, ma'lum vaqtga yetganda u bachadon bo'yni va chanoqning kirish qismiga shunday suqilib qoladiki, navbatdagi to'lgo'k tutishda homilaning orqasidagi suv oldindagi suvga ortiqcha aralasha olmaydi. Bunda homila boshini chanoqning kirish qismiga va bachadon bo'yniga xamma tomondan tegib turgan joyida taqalish kamari xosil bo'ladi. Shu kamar tufayli qog'onoq suvi ikkiga oldingi va orkadagi suvga ajraladi. Homilaning oldinda keluvchi qismidan oldinda bo'lgan suvni kog'onok suvining oldingi qismi deyiladi, homilaning oldinda

keluvchi klanidan yukoriga joylashgan suvni esa orka suvi deyiladi. Agar homilaning oldinda keluvchi qismi chanoqdan yuqori turgan bo'lsa, bunday holatlarda homila oldi suvi yuqorida aytilgan ikki qismga bo'linmaydi. Shunga ko'ra koq'anoq yorilganda oldingi va orka suv butunlay ketib qolishi mumkin. Ba'zan dard boshlanmasdan turib, homila pufagi yorilishi mumkin, bunga **qog'anok suvining vaqtidan ilgari ketishi** deyiladi.

Ayrim vaqtlarda homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilmay turib yopilishi mumkin, bunga **qog'onoq suvining oldin ketishi** deyiladi. Ba'zida homila pufagi bachadon bo'yni 4-5 barmok kengligida ochilgandan keyin yoriladi. Ba'zan homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilgandan keyin ham yorilmasligi mumkin, bunga homila pufagining kichikib yorilishi deyiladi. Bu xol homila pufagining qalinligini ko'rsatadi. Shuning uchun pufakning yorilishini kutib o'tirmay, agar bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lsa, qog'onoq pardasini qo'l yoki asbob yordamida yorib yuborish lozim.

Birinchi va qayta tug'uvchi ayollarning bachadon bo'yni turlicha ochiladi. Shunga ko'ra ularning turishi xam turlicha davom etadi.

R. X. Bishop bo'yicha bachadon bo'yni yetilganligini baholash mezonlari.

Mezon	Baholash		
	1	2	3
Bachadon bo'ynining chanoq tashqi bo'ylab joylashuvi	Bo'yla ma	Ko'ndalang	Qiyshiq
Bachadon bo'yni diametri	2 sm dan katta	1 sm	Qisqargan
Konsistenstiyasi	Qattiq	O'rtacha	Yumshoq
Tashqi bo'g'iz ochilish darajasi	Yopiq	1-2 sm	3 sm
Homila kelayotgan qismining joylashgan qismi	Kichik chanoq kirish qismida	Kichik chanoq chiqish qismi orasida	Chanoq tubida

Birinchi marta tug'uvchilarda avvalo bachadon bo'ynining ichki teshigi, so'ngra kanalning hammasi va nixoyat tashqi teshigi ochiladi, deb aytib

o'tgan edik. Ichki teshik bilan bo'yin kanali ochilishi natijasida bachadon bo'yni borgan sari kaltalashadi. Bachadon bo'yni qisqarishi natijasida uning qinga kirib turuvchi kismi asta sekin kichrayib yo'koladi, bu xolat bachadon bo'ynining tekislanishi deo ataladi. Barmoq yordamida qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni o'rnida qo'lga ba'zan yupqa aylanma plastinka ilinadi. Takror tug'uvchi ayollarning bachadon bo'yni boshqacha bo'ladi va boshqacha ochiladi. Bachadon bo'ynining ichki teshigi, bo'yin kanali va tashqi teshigi bir vaqtda ochiladi deb aytib o'tgan edik. Bunda bachadon bo'yni bir vaqtning o'zida kaltalashadi va tekislanadi. Takror tug'uvchilarda bachadon bo'yni birinchi tug'uvchilarga qaraganda tezroq ochiladi. Tug'ruqning birinchi davri birinchi tug'uvchilarda 12-16 soat, qayta tug'uvchilarda esa 6-9 soat davom etadi.

TUG'RUQNING IKKINCHI DAVRI - homilaning haydalishi davri. Bachadon bo'yni to'la ochilishi bilan boshlanib, (10 - 12 sm) homila pufagining yorilishi bilan davom etadi. Chanoq tekisliklari bo'yicha homilaning oldinda yotgan qismi harakat qila boshlaydi va chaqaloqning tug'ilishi bilan tugaydi.

Tug'ruq biomexanizmi.

1 Lahza - homila boshining bukilishi.

2 Lahza - homila boshining ichki buralishi

3 Lahza - homila boshining yozilishi.

4 Lahza - homila boshining tashqi tanasining ichki buralishi.

Ikkinchi davrni boshqarishdan maqsad:

- homila ahvolini kuzatish, gipoksiyaning oldini olish;
- tug'uvchi ayol ahvolini kuzatish;
- tulg'oqning kuchini va takrorlanishini boshqarish;
- homilaning qay tarzda yotganiga qarab akusherlik yordamini ko'rsatish, akusherka yoki vrach tomonidan;
- chanoq bilan oldinda yotishda qo'l bilan yordamni vrach ko'rsatishi kerak;
- oraliq yirtilishini oldini olish uchun epiziotomiya qilinadi.

TUG'RUQNI OLIB BORISH BO'YICHA KO'RSATMALAR;

Hamkorlikka ruxsat berish

- * Hamkorni tug'ruq paytida ayolga ko'maklashishga o'rgatish. ,
- * Doim ayolni yonida bo'lish
- * Uni ruhlantirish

- Ayolga to'g'ri nafas olish va bo'shashishiga yordam berish
- Dirqoqini uqulash va yuzini nam salfetka bilan artish
- Tug'uvchi ayolga tog`ri harakat qilishga yordam berish
- Ayolga ovqat va sharbatlar ichishni taklif qilish
- Zaruriyat bo`lganda hojatxonaga chiqishga yordamlashish

Agar ayol og'riqdan azoblansa

- Holatini o'zgartirishni taklif qiling;
- Ayolni harakatchanligini oshiring;
- Hamkorni ayol orqasini uqalashga va qo'llarini ushlashga o'rgatish
- Ayolni maxsus nafas olish texnikasiga rioya qilishga o'rgatish.

Tug'ruq JSST partogrammasiga asosan olib boriladi.

- Partogramma tug'ruq dardlari boshlanganda vrach va akusherka hammasidan olib boriladi .

Tug'uvchi ayol ahvolini baholash:

- Qon bosimi har 4 soatda o`lchanadi.
- Puls har soatda
- Tana harorati har 3 soatda.
- Dardlar har yarim soatda 10 minut davomida baholanadi .
- Bachadon bo`ynining ochilishi har 4 soatda baholanadi
- 10 minutdagi dardlar soni va ularning davomiyligi:
- 20 sekunddan kam
- 20 va 40 sekund orasida
- 40 sekund.

Homila ahvolini baholash;

- Tug'ruqning birinchi davrida har 30 daqiqada 1 minut davomida homila yurak urishi baholanadi.
- Tug'ruqning II davrida har bir to'lg'oqdan keyin.



1



2



3



4



5



6



7

1.9 rasm Homila biomexanizmi.

HOMILANING YETILGANLIK BELGILARI

Homiladorlik muddatining oxirida yetilgan homila belgilari quyidagicha bo'ladi:

1. O'rtacha og'irligi 3000-3500gram (2500g dan 4000g gacha), uzunligi 30-35sm (45sm dan ko'p), boshining aylanasi 32-34sm, chanoq aylanasi 33sm, chanoq'i 28sm

2. Yetilgan homilaning quloqlari, burun tog'aylari qotgan, tirnog'i qattiq, harmoq uchlariidan chiqib turadi. Boshidagi sochi 2sm ga yetadi, qosh va bopidilari yaxshi bilinib turadi.

3. Platsentaning onaga (bachadonga) yopishgan sathi qizil, kulrang, biramanmcha yaltiroq (bu holat ko'chib tushadigan parda hisobiga) bo'ladi, 15-20 bo'lakka bo'lingan bo'laklar oralig'ida to'la bo'lmagan to'siq bo'lib, bu bo'liq detsidual pardadan tashkil topgan.

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

5. Suv pardasi homila tuxumining ichki pardasi hisoblanadi. Homiladorlikning oxirida yupqalashib, qon tomirlarsiz, silindrsimon epiteliy bilan qoplanib qoladi. Uning 2 qavati bo'ladi: ichki homilaga qo'ngan qavatli, tashqi xorionga zich yopishgan to'qima qavati.

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

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

7. Homiladorlikning oxirgi muddatida qog'anoq suvi 50 dan 1000 ml gacha bo'ladi, ba'zan bundan ko'p bo'lishi mumkin. Bu patologik holat bo'lib, ko'psuvlik deb ataladi. Qog'anoq suvining tarkibi juda murakkab,

unda homila tanasining sochlari, qisman yog' bezlaridan ajralgan homila tanasini qoplagan moy va boshqa elektrolitlar, mikroelementlar va oqim mavjuddir.

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

TUG'RUQNING UCHINCHI DAVRI - yo'ldosh davri. Qon ketish xavfi ko'pligi uchun- bu davr murakkab hisoblanadi. Bu davr chaqaloqning tug'ilishi bilan boshlanib, yo'ldoshning ajralib chiqishi bilan tugallanadi. Uning kechishi uch bosqichga bo'linadi.

1. Chaqaloqning tug'ilishi bilan boshlanib, yo'ldoshning ajralishigacha;

2. yo'ldoshning ajralishi;

3. ajralgan yo'ldoshni ajratish.

Tug'ruqning uchunchi davrini aktiv olib borish.

-Oksitotsin 10ed. m/o homila tug'ilgandan keyingi birinchi daqiqada.

-Kindikni kontrol qilish uchun o'ng qo'l bilan kontraksiya qilish odatda chap qo'l kindik sohasiga qo'yiladi.

-2-3 daqiqa davomida bachadonning qattiq qisqarishini kuting.

-Shundan so'ng platsentani ajratish.

-Platsenta tug'ilayotgan paytda butunligini buzmaslik maqsadida ikki qo'llab ushlang.

-Oraliqni qinni jarohatlari borligini aniqlash uchun ko'zdan kechirish.

-Qonni yig'ish, yo'qotilgan qonni yozib qo'yish.



1.10-rasm. Yo'ldoshning ko'rinishi.

-Kerak bo'lganda teriga choklar qo'yish

Homilador ayolni ko'zdan kechirishi ko'pincha diagnoz uchun juda muhim ma'lumotlar olishga imkon beradi. Masalan, homilador ayol past bo'lsa, chanog'ini tor deb o'ylash mumkin. Umurtqa pog'onasi va chanog'ining deformatsiyasi bo'g'imlar ankiloz va suyak sistemasidagi boshqa o'zgarishlar chanog' shaklining o'zgarishidan darak beradi. Sut bezlari o'zgarishi va jinsiy organlar infantilizmi (to'la yetilmasligi)ni gumon qilish mumkin. Oyoqlarda va badanning boshqa joylariga shish borligi homiladorlikning og'irlashuvidan (toksikoz, yurak kasalligi va shu kasallardan) guvohlik beradi. Teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning o'zgarishi, lablarning ko'karganligi, teri va skleralar (ko'z oqi)ning o'zgarishi bir qancha jiddiy kasalliklarning simptomi hisoblanadi. Homiladorlikning ikkinchi yarimida qorinni ko'zdan kechirish ba'zan homiladorlikning normal o'tmayotganligini bilishga imkon beradi. Homiladorlik normal o'tayotgan va homila ko'ndalang (noto'g'ri) yotgan bo'lsa qorin yoniga kengayadi, qog'onoq suvi ko'p bo'lsa qorin shar shakliga o'zgaradi. Homiladorlik muddatiga mos kelmaydigan darajada kattalashadi. Chanog' tor bo'lganda ayolning qorin shakli o'zgarishi mumkin.

Partogrammatugruqning grafiktasviridir. Partogrammadagi yozuvlar – partogrammada quyidagilarni ma'lumotlari yoziladi

Ayol:

- tami;
- akusherlik ma'lumotlari (anamnezidagi tug'ruqlar, homiladorlik soni);
- ro'yhat raqami;
- qabul qilingan sana;
- qabul qilingan vaqt hisoblanadi.

Uning haqiqiy vaqt vaqtchizig'i ostidako'rsatiladi;

- qog'onoq suvlarining ketgan vaqti.

Homila:

- yurak qisqarishi tezligi;
- homilasuvi: tiniq (C), qon bilan bo'yalgan (B) yoki mekoniy bilan bo'yalgan (M) yoki qog'onoq pardasi butun (I);
- bachadon bo'yni: ochilishi sm. larda, diagrammada «X» belgisi bilan belgilanadi;
- homila boshi harakati: (homila boshining qaysi sathda turganligi), bosh barmoq bilan qorin qismida paypaslash bilan aniqlanadi, diagrammada

o belgisi bilan belgilanadi, qorinni paypaslash har bir qin ko'ruvidan olib tashlanadi;

- homila boshining konfiguratsiyasi: bu jarayon quyidagicha yoziladi: o – bosh suyaklar birlashtiruvchi to'qimalar bilan ajratib turibdi, buni yana paypaslash mumkin (o), suyaklar bir – biriga biroz tegib turibdi (+); suyaklar bir – birining ustida joylashgan (++); suyaklar bir – birining ustida ancha joylashgan (+++).

Bachadon bo'yni ochilishi:

- bu tug'ruq kechishining eng muhim ko'rsatkichi. Bachadon bo'yni ochilishi jadvalda «X» belgisi bilan belgilanadi;

- qisqarishlar (tulgoqlar): tezligi (10 daqiqa davomida qisqarishlar soni). Davomiyligi soniyalarda belgilanadi;

Oksitotsin:

- Dozasi tug'ruqning har davriga 1 soatga mo'ljallanib yoziladi;
- Dori – darmonlar va vena ichiga yuboriladigan suyuqliklar;
- Ma'lumotlar uchun joy;
- Qon bosimi, harorat va puls, qon bosimi va puls har soatda yozib boriladi.

- Tana harorati har 3 – 4 soatda yozib borishi tavsiya etiladi.

Siydik:

- Miqdori;
- Tahlili (qon, oqsil va atseton);
- Har bir peshobdan so'ng yozib boriladi.

Bachadon bo'yni ochilishi to'grisidagi 1 – belgilar tug'ruqning faol davrida ogohlik chizig'ining tegishli bo'limlarida qo'yiladi. Namunaviy holatlarda tug'ruq ogohlik chizig'i bo'ylab kechadi. Agar tug'ruq sust kechsa, ochilish vaqtiga qarab, chizig'imiz harakat chizig'i tomonga ko'chadi. Harakat chizig'i partogrammada ogohlik chizig'idan o'ngga 4 soatga surilgan bo'ladi. Agar belgilanayotgan chiziq, harakat chizig'ini kesib o'tsa, tegishli aralashuvlar to'g'risida o'ylash lozim.

Partogrammadan maqsad – ona va bola holatini umumlashtirilgan holatda aks ettirishdir va shuning uchun har tomonlama nazorat zarur. Partogrammaning yana bir ahamiyatli qismi bachadon bo'ynini vaqt davomida ochilishini hamda homilaning oldinda joylashgan qismining (odatda boshi) siljishini kuzatishdir. Ta'kidlab o'tish zarurki, tug'ruq

ayolning qin orqali tekshiruvlar homila joylashgan qismining holatini kasallik bilan barobar olib borilishi kerak, yana shuni aytib o'tish kerakki, tug'ruqni olib borishdagi ko'pgina xatoliklar aynan shunday kuzatuv holatiga uchun ro'y beradi.

Tug'ruq vaqtida ayolni ovqatlantirish.

1. Tug'ruqlar quvvat sarflashni talab qiladi. Tug'ruq qancha vaqt davom etishini oldindan aytish mumkin bo'lmaganligi tufayli kuch – quvvat zarurat doimo to'ldirilib turilishi zarur.

2. Ovqatlanishni keskin chegaralanishi tug'ruq vaqtida suvsizlanish va shiddatga olib keladi, ularni tug'ruq davrida suyuqliklar ichish va yengil ovqat qabul qilish yo'li bilan oldini olish mumkin.

1.5. Hesatar onalik prinsiplar

Tug'ruq murakkab jarayon bo'lib, markaziy nerv sistemasi tomonidan boshqariladi. U yetilgan homilaning ona qornidan tashqi muhitga chiqish jarayoni hisoblanadi. To'liq yetilgan homila 10 akusherlik oyi yoki 40 hafta, 90% bunda tug'iladi. Bunday chaqaloq tashqi muhitga tez moslashadi.

Tug'ruq darakhilari.

Tug'ruqdan 7-10 kun oldin paydo bo'ladi.

1. Bachadon tubi biroz pastga tushadi va nafas olish yengillashadi.
2. Oldinga kelgan qism chanoqning kirish tekisligiga kiradi.
3. Homilador ayolning vazni kamayadi. Ayol organizmi ortiqcha suyuqlikni haydaydi va tug'ruqqa tayyorlanadi.
4. Servikal kanaldan shilliq po'kak ajraladi.
5. Bosta dardlar paydo bo'ladi.
6. Kindik silliqlashadi yoki bo'rtib chiqadi.
7. Bachadon bo'yni «yetilgan» holatga keladi.

500-buyruq.

Perinatal yordam samaradorligini oshirish yuzasidan tug'ruq komplekslari (bo'limlari) ishlarini qayta tashkil qilish va shifoxona ichi infobatyalarini oldini olish to'g'risida 13- noyabr 2003- yil O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi 500- sonli buyrug'i joriy qilindi.

O'zbekiston Respublikasida Sog'liqni saqlashni isloh qilish jarayonida reproduktiv salomatlikni muhofaza qilish sohasida ma'lum muvaffaqiyatlarga erishildi. Shunga qaramasdan onalar va bolalar o'rtasida baqalanish va o'lim ko'rsatkichlari yuqoriligicha qolmoqda.

Hesatar onalik prinsiplari:

1. Klizma qilinmaydi, junlar olinmaydi
2. Toza qo'llar, toza tug'ruq.
3. Teri-teri kontakti.
4. Hamkorlikdagi tug'ruq
5. Ko'krak suti bilan boqish.
6. Partogramma.
7. Erkin yo'rgaklash.
8. Xohlagan holatda, xohlagan kiyimda tug'ish.
9. Bitta akusherka, bitta vrach, bitta bemor.
10. Tug'ruqni III- davrini aktiv olib borish.

Buxoro «Ona va bola skrining» markazi O'zbekiston Respublikasi vazirlar mahkamasining 01.04.1998 yildagi 140-sonli «Nogiron bolalar tug'ilishining oldini olish maqsadida yangi tug'ilgan chaqaloqlar va homiladorlarda tug'ma va boshqa patologiyani aniqlovchi «Ona va bola skriningi» Davlat tizimini tashkil etish tug'risidagi» qarori hamda Buxoro viloyat hokimligining 21. 04 1998 yildagi 71-sonli qarorlariga asosan tashkil etilgan.

Skrining markazining vazifalari:

- -hududning akusherlik va pediatrik xizmatlari bilan, chaqaloqlarda tug'ma gipoterioz va fenilketonuriyaga ommaviy neonatal skrining tekshiruvlarini o'tkazish

- -homiladagi tug'ma nuqsonlarni aniqlash

- -homila nuqsonini tasdiqlovchi takroriy UIT dan o'tkazish (homiladorlikning 16- haftasida)

- -biokimik skrining o'tkazish (alfa-fetoprotein, xoriongonodotropin, estriol, platsentar laktogen)

- -nasliy kasallanish bo'yicha aniqlangan bemorlarni davolash monitoringi o'tkazish

- -tibbiy genetik maslahat berish

- -homila nuqsoni aniqlangan oilalarga huquqiy maslahat yordamini ko'rsatish

- -radio, televideniya orqali va maxsus adabiyotlarni tarqatish yo'li bilan aholi o'rtasida tibbiy genetik bilimlarni tashviqot etish.



1.11-rasm. Bexatar onalik prinsiplari.

Amaliy ko'nikmalar.

1. Ilchadon bo'yni yetilganlik darajasini aniqlash. Vaginal tekshiruvga ko'rsatmani belgilang.

Hemoraga tekshiruv zarurligini tushuntiring.

Uyiril ko'likoplarni kiying.

Hemorani chanok son va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda kushetkaga yotiblatng.

Vaginal tekshiruvni o'tkazing.

Ilchadon bo'yni konsistensiyasini aniqlang: qattiq 0, ichki bo'g'izgacha yuzalagan 1, yumshok 2 ball.

Ilchadon bo'yni uzunligini aniklang: 2 sm dan ortiq 0,1-2sm 1, 1 sm dan kam 2 ball.

Bachadon bo'yni o'tkazuvchanligini aniqlang: tashqi bo'g'iz yopik yoki barmok uchini o'tkazadi 0, kanal ichki bo'g'izgacha o'tkazuvchan 1, kanal ichki bo'g'izdan xam o'tkazuvchan 2 ball.

Bachadon bo'ynini chanoq o'kiga nisbatan joylashishini aniqlang: orqaga og'gan 0, oddinga og'gan 1, o'tkazuvchan o'k bo'ylab 2 ball.

Olingan ballarni xisoblang:

0-2 ball — yetilmagan,

3-4 ball — yetarlicha yetilmagan,

5-8 ball — yetilgan.

Qo'lqoplarni yeching, qo'llarni yuving, tug'ruq tarixiga yozing.

2. Partogrammani yozish

Partogramma tug'ruq jarayoni va erta turrukdan keyingi davrning sxematik yozilishi 10 blokdan iborat. Ularda kuyidagi ma'lumotlar kuzatiladi:

1 blokda bemor familiyasi, ismi sharifi, diagnozi, kelgan sanasi va vaqtli

2 blokda homila yurak urishi va ayol pulsi ko'rsatkichlari.

3 blokda:

1) homila pufagi holati »

a) butun 1 (intact)

b) yorilgan, toza suvlar S (clear)

v) yorilgan, suvlar mekoniyli M (micony)

g) yorilgan, suvlar qonli V (blood)

2) Boshcha konfiguratsiyasi:

a) o'q yoysimon chok yaxshi aniqlanadi 0

b) o'q yoysimon chok yomon aniqlanadi +

v) tepa suyaklarining birbiriga kirishi ++

g) tepa suyaklari birbiriga botib kirishi +++

4 blokda tug'ruq boshlangan vaqti, bachadon bo'yni xolati, boshchani kichik chanoq yuzalariga nisbatan joylashishi; bachadon bo'yni 3 sm ochilgan holda shartli belgini latent faza chizig'iga qo'ying, bachadon bo'yni 4 sm dan ortiq ochilganda shartli belgini aktiv faza chizig'iga qo'ying. Dinamikada belgilarni partogramмага har xil soatlarda yozing. Agar belgilar normal chegara chizig'idan chiksa, ko'rikni qaytadan amalga oshirish tug'ruq jarayonini qayta baholash kerak; agar belgilar xarakat chizig'iga chiqsa, davolash choralarini amalga oshirish kerak.

5 blok 10minut davomida to'lgoklar mikdori va intensivligi;

• iloh yuborilgan dori preparatlari;

• ilohayolning ikkala ko'lidagi sistolik va diastolik AB, tana xarorati va amaliy ko'rsatkichlari.

• iloh chaqaloq ahloli, jinsi, vazni, uzunligi;

• iloh tug'ruqni 3 davrining davomiyligi, yo'ldoshga ta'rif beriladi, tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirishga ko'rsatma. Agar jarroxlik amaliyoti bo'lsa, uni yozing.

• ilohda tug'ruqdan keyingi davr kechishi va ayolni tug'ruqdan tug'ruq bo'limga o'tkazilishi.

3. Amniotomiya

Amniotomiya o'tkazishga ko'rsatmani aniqlang. O'tkaziladigan muolaja rida bemorga tushuntiring. Oraliq va qinni artib tozalang.

• iloh ko'rsatkich va o'rta barmoqlaringizni kiriting va bachadon bo'yni ilohni baholang.

• ilohi kiskichlarning uchini qindan kirgizib qog'onoq pufagini teshing.

• ilohoklaringiz bilan qog'onoq pardani ajrating.

• ilohila oldi avvini miqdori va xususiyatini baholang.

• ilohila yurak urishini takror eshiting.

4. Chaqaloq axvolini Apgar shkalasida baholash.

Baholashni tug'ilgan zahoti birinchi daqiqasida va besh dakiqadan so'ng iloh nusim klinik belgilar: yurak urishi, nafas olishi, reflekslar, mushaklar ilohil va ilohi rangiga asoslanib o'tkaziladi.

• iloh bir belgi 3 balli sistemada baholanadi: 0, 1, 2.

• ilohaklok axvolini baholash olingan beshta belgi yig'indisiga qarab ilohiladi.

• iloh'lon tug'ilgan chakaloqlar ushbu shkala bo'yicha 10-7 ballda ilohiladi.

• ilohil asfleksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 6-5 ballda baholanadi.

• ilohil asfleksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 4-5 ballda baholanadi.

• iloh' asfleksiyada tug'ilgan chaqaloqlar esa 1-3 ballda baholanadi.

• ilohil o'linda tug'ilgan chakaloqlar 0 ballda baholanadi.

5. Chaqaloqlarda kindikni kesish va birlamchi artib tozalash

Qadamlar:

• ilohilni artib tozalash ikki bosqichda olib boriladi.

Birinchi bosqich: chakaloq tug'ilgach kindik halqasidan 10-12 uzoqlikda kindigiga ikkita qisqich qo'yiladi va qisqichlar orasida kindi kesiladi.

Ikkinchi bosqich chaqaloqni onasidan ajratgach, qo'lni oqib turgan suvda sovunlab yuvib, antiseptik eritma bilan artiladi.

Kindik qoldig'ini 96% li spirt bilan artilib, kindik qoldig'i ko'rsatkich bo'lgan katta barmoqlar orasiga olib siqilib, maxkam kilib ipak ip bilan boylanadi yoki Rogovin qisqichi qo'yiladi.

Kindik qoldig'iga uchburchakli boylam qo'yilib tugib qo'yiladi. Chaqaloqni bo'limga o'tkazishdan avval, kindik mahkam boylanganligi qayta tekshirib ko'riladi.

6. Yo'ldoshni tashqi ajratish usullari Qadamlar:

Muolaja tug'ruq yotog'ida, oyoqlarni chanok son va tizza bo'g'imlarida yozgan holatda yotqizib o'tkaziladi.

1. Qovuq kateter yordamida bo'shatiladi.

2. Yo'ldoshni ajralganlik belgilari musbat ekanligiga ishonch hosil kilinadi.

3. Kindikdan tortib ayolga kuchanish tavsiya etiladi, samara bermas keyingi bosqichga o'tiladi.

4. Yo'ldoshni chiqarishdan oldin bachadonni o'rta xolatga keltiriladi.

5. Bachadonni qisqartirish uchun yengil tashqi uqalanadi.

6. Abuladze usuli ikkala qo'l bilan qorin devori o'rta chizig'ida burma hosil qilinib, ayolga kuchanish tavsiya etiladi, ajralgan yo'ldosh tug'iladi.

7. Kredi Lazarevich usuli bachadon tubini shunaqa ushlanadiki, bunda bosh barmoq bachadon oldingi devorida, ko'l kafti tubida va to'rt barmoklar esa bachadon orqa devoriga ko'yib ushlab, bachadonni sikib yo'ldosh chikaziladi.

8. Yo'ldoshning butunligini aniqlash Qadamlar: 1. Yo'ldoshning ona yuzasini tepaga qaratib idishga ko'yib, diqqat bilan ko'rib chiiladi; dastlab yo'ldoshni, so'ngra pardalar ko'rib chiqiladi. Butun yo'ldoshni yuzasi tekis, yaltiroq, bo'lakchali.

9. «Cho'kilgan» xamda bo'lakchasi yo'q chukurchalar topilsa, yo'ldosh qismlari qolib ketgan deb shubha qilinadi.

10. Yo'ldoshni ko'rganda uning butunligi, pardalarining yorilgan joyi aniklanadi.

11. Qo'g'onok pardalarida qon tomirlari yo'nalishi qo'shimcha bo'lak borligini bilish uchun ko'riladi. Agar tomirlar oxirida yo'ldosh bo'lagi bo'lmasa, u bachadonda qolib ketgan bo'ladi.

12. Qo'g'onok pardalari yetishmasa, ular bachadon bo'shlig'ida kolib qolgan deb hisoblanadi.

8. Yo'qotilgan qon miqdorini aniqlash Qadamlar:

1. Tug'ruqdan oldin ayol vazni o'lchanadi.

2. Tug'gan ayol ostiga bola tug'ilgan zahoti lotok(qayiqcha) qo'yiladi.

3. Yo'ldosh ajralib chiqqach va tug'ruq yo'llarini ko'rib bo'lgach, lotokda qolgan qonni maxsus belgilangan 1-2 l hajmli idishga kuyiladi.

4. Tagliklarni olib ishlatilguncha va ishlatib bo'lgandan so'ng (qonni) og'irligi o'lchanadi.

5. Ishlatib bo'lgan tagliklar vaznidan, ishlatilmaganini vazni olib hisoblab, farqi aniqlanadi. Mana shu farq yo'qotilgan qon miqdorini ko'rsatadi.

6. Maxsus belgilangan idishdagi qon miqdoriga tagliklardagi qon miqdori qo'shib yo'qotilgan qon hajmi aniqlanadi.

7. Ayol vazniga nisbatan yo'qotilgan qon miqdorini hisoblash ko'rsatkichi vazniga nisbatan 0,5% qon yo'qotish fiziologik qon yo'qotish do'stadi. Masalan, tana vazni 70kg x 0,5 = 350 ml.

VAZIYATLI MASALALAR.

1. 34 yoshli birinchi marta tug'uvchi ayol muntazam dard tutish olib-qali bilan klinikaga kabul qilingan. Homila bo'ylama vaziyatda, boshi chanok og'ziga kichik segmenti bilan suqilib kirgan. Qin orqali tekshirilganda: bachadon bo'yni 5 sm ga ochilgan, homila pufagi butun, homila boshi o'k yoysimon choki bilan chanoqning kirish tekisligida ko'ribalang o'lchamida, kichik likildok chap va old tomonda paypaslanadi.

1. Diaqnoz ko'ying.

2. Tug'ruq mexanizmini aniqlang.

3. Mexanizm lahasini ta'riflang.

2. 40 yoshli takror tug'uvchi ayol klinikaga tug'ruqning ikkinchi yarmida kabul kilindi. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila pufagi yo'k. Homila boshi chanokning chiqish tekisligida o'k yoysimon chok bilan to'g'ri o'lchamda, kichik likildoq dumg'aza tomonida paypaslanadi.

1. Diaqnoz qo'ying.

2. Tug'ruq mexanizmini aniqlang.

3. Mexanizm lahzasini ta'riflang.

3. Birinchi tug'uvchi 23 yoshli ayol 10 soatdan buyon dard tutib, 12 yil oldin suv ketganligini shikoyat qilgan holda tug'ruqxonaga kabul kilindi. Chanoq o'lchamlari: 26-29-30-21 sm. Har 5-6 minutda dard takrorlanib, 30 sekund davom etmokda. Bachadon tubi satxi 35 sm, korin aylanasi 10 sm ga teng. Qin orqali tekshirilganda: bachadon bo'yni tekislanib, chekkalari yupqalashgan va 5 sm ga ochilgan. Homila boshi chanoq bo'shlig'ining III tekisligida, o'q yoysimon chok bilan chap qiyshik o'lchamda turibdi, kichik liqildoq esa chap va orqaga qaragan.

1. Diaqnoz qo'ying.

2. Homilaning taxminiy og'irligini aniqlang.

3. Tug'ruqni olib borish taktikasini aniqlang.

4. Tug'uvchi ayolning vazni 52 kg bo'lib, tug'ruq o'z vaktida ketyapti. Tug'ruqning birinchi davri 16 soat, ikkinchi davri 30 minut davom etgan. Homila tug'ilgandan 7 minut o'tgach tug'ruq yo'llaridan qon keta boshladi, yo'kotilgan qon miqdori 150 ml ga yetdi. Diaqnoz ko'yib, shifokorning rejasini aniklab bering.

5. 26 yoshli birinchi marta tutuvchi ayol 12 soatdan buyon dard tutayotganligidan shikoyat qilib klinikaga qabul qilingan. Bir soatdan keyin kog'anoq suvi ketib, to'lg'oq boshlandi. Homila yuragi minutiga 132 marta ritmik urayapti. To'lg'oq har 2-3 minutda takrorlanib, 45-50 sekund davom etayapti. Qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila pufagi yo'q. Homila boshi chanoq bo'shlig'ining II tekisligida, o'k yoysimon chok bilan chap qiyshiq o'lchamda turibdi, kichik liqildoq esa qovning o'ng tomonida paypaslanadi.

1. Diaqnoz qo'ying.

2. Tug'ruq davrini aniqlang.

3. Shifokor taktikasi.

6. Birinchi tug'ruk yetilgan homilaning tug'ilishi bilan tugadi. Homila og'irligi 3000 gr., bo'yi 50 sm. ga teng. Homila tug'ilishidan 20 minut o'tgach, tug'ruq yo'llaridan qon keta boshladi, yo'qotilgan qon miqdori 200 ml ga yetdi. Yo'ldosh ajralganligini tasdiklovchi belgilar paydo bo'ldi.

1. Diaqnoz ko'ying.

2. Tug'ruq davrini aniklang.

3. Shifokor taktikasi.

10-12 da 30 yoshli ayol keldi. Homiladorligi 39 xafta. Shikoyatlari qorin pastida va beldagi og'riqlar, muntazam, har 10-12 s da 20-25 marta, o'rtacha kuchda. Qog'onoq suvlari ketmagan. Ko'rikda bachadonni bachadon homiladorlik hisobiga kattalashgan. Qorin aylanasini 89 sm, bachadonni tubi balandligi 35 sm. Bachadon tubida yumshoq homilani aniqlanadi, o'ngda keng maydoncha, chapda homilani mayda qismlari, bachadonni pastki segmentida dumalok, qattiq, chegaralari anik homilani, chanoq kirish kismi ustida xarakatchan. Homilani yurak urishi aniq, 140 ta zarba, kindik pastida o'ngda aniqlanadi. Vaginal: kelganda bachadon bo'yini ochilishi 1 sm,

1700 da 2 sm,

1900 da 3 sm,

2100 da 10 cm.

I. Homilani oldindagi qismi, pozitsiyasi.

II. Tasminiy homilani vazni.

III. Tug'ruqning latent fazasi qancha davom etgan.

IV. Homiladorda tug'ruq 10 soat davom etdi. Homilani atrofi suvlari ketmadi. Qorinda kuchli og'riq paydo bo'ldi. Homilani yurak urishi 100-110 ta. Qin tekshiruvda bachadon bo'yini to'liq ochik, homilani pastki qismida taranglashgan. Homilani kichik chanoq bo'shlig'iga boshi bilan beragan solatda. Diagnostika? Muolajalar o'tkazish rejalarini?

AMALIY KO'NIKMA

LEOPOLD – LEVITSKIY BO'YICHA TASHQI AKUSHERLIK TEKSHIRUV USULI

Maqsadi: Homilani joylashishini va pozitsiyasini aniqlash.

Illozlari: kushetka.

1. Ayolga qanday muolaja bajarilishini tushuntirish, uni qat'iyat bilan ayotgan savollarga javob berish.

Ayolni chalqanchasiga oyog'ini uzatgan holatda yotqiziladi. Shifokor ayolni o'ng tomonida turadi.

I-usul ikkala qo'lning kaft yuzalarini bachadon tubiga qo'yiladi. Bu usul yordamida bachadon tubi balandligi va homilani qaysi qismi bachadon tubida ekanligi aniqlanadi.

II-usul qo'llar bachadon tubidan kindik sohasiga, bachadonni o'ng va chap tomonlariga qo'yiladi. Qo'l kafti va barmoqlari bilan bachadon yon devorlariga bosib, paypaslab homilani orqasi va mayda qismlari qayoqqa

qaragan, ya'ni homila pozitsiyasi aniqlanadi. 1-pozitsiya ya'ni homila orqam bachadon chap devoriga, 2 -pozitsiyada o'ng devoriga qaragan bo'ladi.

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

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

Izoh: Shu bilan birga tug'ruq rejasi ham tuziladi.

2. Homilaning taxminiy vaznini aniqlash

Maqsad: Homilaning taxminiy vazniga qarab tug'ruq rejasini tuzish.

Jihozlar: kushetka, santimetrli lenta.

1. Ayolga qanday muolaja bajarilishini tushuntirish, uni qiziqtirayotgan savollarga javob berish.

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

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

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

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

6. Odatda bachadon tubi balandligiga qarab homiladorlik muddatini ham aniqlash mumkin. Qorin aylanasi o'lchamini bachadon tubi balandligiga ko'paytirib homilaning taxminiy vaznini aniqlaymiz. Masalan : $QA - 100 \text{ sm}, BTB - 32 \text{ sm} . HTV = 3200 . 100 \times 32 = 3200 \text{ gr}.$

Izoh: Bu usul amalga oshirilayotganda ayol vazni yuqori, semizlik darajalari bo'lsa, homilaning taxminiy og'irligida 200,0 grammga ko'p yoki kam farq qilishi mumkin.

3. Homila auskultatsiyasi

Maqadi: Homila auskultatsiyasi ayol qorniga stetoskop qo'yib eshitish usuli o'tkaziladi, bunda homilaning ona qornidagi holati aniqlanadi.

Himlari: kushetka, stetoskop, sekundomerli soat.

1. Ayolga qanday muolaja bajarilishini tushuntirish, uni qiziqtirayotgan savollarga javob berish.

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

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

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

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

Ischi Homila yurak urishining 1 minutda 120 tadan kam yoki 160 tadan ko'prog'i bo'lishi homila ona ichi gipoksiyasi- homilaning qoniqarsiz holati yuzaga kelayotganligidan dalolat beradi va shoshilinch akusherlik tibbiyatni jarrohlik usuliga o'zgartirishga olib keladi.

4. Chaqaloq ahvolini baholash

Maqadi: Chaqaloqning birinchi minutlardagi ahvolini baholash, qalbajiyada birinchi yordamga tayyor turish.

Hozlari: fonendoskop, Ambu xaltachasi, sekundomer, intubatsion trubka, spirt, adrenalin.

1. Chaqaloq ahvolini Apgar shkalasida baholash tug'ilgan zahoti birinchi daqiqada va beshinchi daqiqadan so'ng 5 ta muhim klinik belgilar: yurak urishi, nafas olishi, reflekslar, mushaklar tonusi va teri rangiga asoslanib o'tkaziladi.

2. Har bir belgi ball sistemada baholanadi: 0, 1, 2.

3. Chaqaloqni ahvolini baholashdan olingan beshta belgi yig'indisiga qarab o'tkaziladi.

4. Sog'lom tug'ilgan chaqaloqlar ushbu shkala bo'yicha 7-10 ballda baholanadi.

5. Yengil asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 6-5 ballda baholanadi.
6. O'rtacha asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 4- 5 ballda baholanadi.
7. Og'ir asfiksiyada tug'ilagan chaqaloqlar esa 1-3 ballda baholanadi.
8. Klinik o'limda tug'ilgan chaqaloqlar 0 ballda baholanadi.

Izoh: Bu usul bilan chaqaloqning dastlabki minutlardagi ahvoli baholanadi. Asfiksiyaning darajalarida tezda va qadamba-qadam to'g'ri ko'rsatilgan reanimatsion yordam chaqaloqning tezroq shu holatdan chiqib ketishga yordam beradi.

APGAR SHKALASI

Belgilar	Ballar yig'indisi		
	0	1	2
Yurak urishi 1 minutda	Yo'q	100dan kam	100dan ko'p
Nafas harakatlari	Yo'q	Noregulyar nafas qiyinligi	Yaxshi
Mushaklar tonusi	Sust	Biroz tortilgan	Faol harkatlar
Reflektor qo'zg'aluvchanlik(tovon chertilganda)	Reaksiyasi yo'q	Grimasa	Baland ovozda yig'i
Teri rangi	Teri oqargan yoki ko'kargan	Tanasi pushti, muchchalari ko'kish	Butun tanasi pushti rangda

II BOB

HOMILANING CHANOQ'I BILAN KELISHI

Homila chanog'ining oldinda kelishi akusherlik ishining patologik holati hisoblanadi. Homila chanog'ining oldinda kelishi boshi bilan kelishiga nisbatan travmatik jarohatlar va onalar kasallanishi(oraliq yirtilishi, qon ketishi, tug'ruqdan keyingi infeksiyon kasallanish) kuzatilishi mumkin. Perinatal kasallanish va o'lim darajasi ham bu holatda ko'p kuzatiladi(muddatidan oldin tug'ruq, gipoksiya, tug'ruq travmalari, qorin bo'shig'i qismi organlari va orqa miya jarohatlari).

Chanog' oldinda yotishi bilan kechuvchi tug'ruqda o. 5%dan 14. 3%gacha perinatal o'lim kuzatiladi bu esa boshi bilan kelgan tug'ruqdan 3-5 marta ko'p.

Perinatal o'limning asosiy sababi muddatidan oldin tug'ruq, tug'ma anomaliyalar, tug'ruq travmalari xisoblanadi. Autopsiya ma'lumotlariga ko'ra bosh va orqa miya, jigar, taloq, buyrak usti bezidagi buzlishlar sabab bo'ladi. Ushbu qatda bajariladigan operatsiyalar natijasida yelka sohasi, mushaklar jarohatlanishi mumkin.

Kuzatuvlar natijasida chanog'i bilan tug'ilgan bolalarda displaziya yoki chanog' sohasi shikastlanishi, psixik rivojlanishdan orqada qolish, metabolik, gidrosefalik asoratlar ko'p uchraydi.

Etimologiya

Homilaning chanog'i bilan kelishi holatlari haligacha to'liq o'rganilmagan, Homila rivojlanishi va noto'g'ri holatda joylashuvi ona holati va harakat tizimi orqali, yo'ldosh holati sababli kuzatilishi mumkin.

Ona organizmi sababli kuzatiladigan chanoq oldinda yotishi bachadon anomaliyasi, bachadon o'smalari, tor chanoq, chanoq sohasidagi o'smalar, bachadon tonusining oshishi, bachadon chandiqlaridan so'ng kuzatiladi.

Homila sababli yuzaga keladigan chanoq oldida yotishida muddatdan oldin tug'ruq, ko'p homilalilik, homila rivojlanishini to'xtashi va tug'ma anomaliyalar sabab bo'lishi mumkin.

Yo'ldosh sababli kelib chiqadigan chanoq oldinda yotishida yo'ldoshning holati, joylashgan joyi, kam yoki ko'p suvlilik sabab bo'ladi.

Etiologik faktorlar orasida muddatidan oldin tug'ruq, ko'p yoki kam suvlilik, tor chanoqlar ko'p uchraydi.

Homila chanog'i oldinda yotishi, asosan homiladorlikning 34- 35 xaftaligida namoyon bo'ladi.

KLASSIFIKATSIYA

1. Dumbaning oldinda yotishi

chala(faqat dumbaning oldinda kelishi)
to'liq(dumba va oyoqning aralash kelishi)

2 Oyoqning oldinda yotishi.

To'liq-ikkala oyoqning oldinda yotishi.

Chala-bitta oyoqning oldinda yotishi.

3. Tizzaning oldinda yotishi



2.1-rasm Homilaning chanog'i bilan kelishi

Ba'zi mutaxassislar dumbaning oldinda yotishini qisman, oyoqning oldinda yotishini to'liq chanoq bilan kelishi deb yuritadilar. Dumbaning chala oldinda yotishida kichik chanoq chiqish tekisligida dumbalar joylashadi, oyoqlar tana bo'ylab yozilgan bo'ladi.

Dumbaning to'liq oldinda yotishida dumbalar chanoq –son va tizza bo'g'imlaridan bukilgan oyoqlar bilan birga joylashadi.

Homila oyog'i bilan kelishining 30%ni dumba sohasi bilan kelishi va bu holat ilk tug'uvchilarda kuzatiladi.

Diagnostika

- I. Anamnez
- II. Tashqi tekshirish usullari
- III. Homila yurak urishini eshitish
- IV. Ufq orqali tekshirish
- V. UZI, amniokopiya

Ushbu usullarning oldinda yotgani asosan tashqi va qin orqali tekshirish usullari asosida aniqlanadi.

Tashqi akusherlik ko'ruvida aniqlash **Leopold-Levistkiy usuli** bo'yicha aniqlanadi.

Birinchi usulda -bachadon tubida yumaloq, zich liqillab turgan bosh aniqlanadi.

Ikkinchi usulda-qorin bir tomonida bel qismi, ikkinchi tomonida oyoq-qo'ng'iri aniqlanadi.

Uchinchi usulda kichik chanoq kirish yoki chiqish joyida yirik yumshoq konsistentsiyali, noaniq shaklli harakatsiz qism aniqlanadi.

To'rtinchi usulda kichik chanoqda homilaning chanoq sohasi aniqlanadi.

Chanoq oldinda yotganda **homilaning yurak urishi** kindik yuqorisida, asosan kindikning o'ng yoki chap tomonida(homila holatiga bog'liq) aniqlanadi.

Chanoq oldinda kelganda homiladorlik tug'ruq mexanizmi homila boshi bilan bog'langan tug'ruq mexanizmidek bir xilda kechadi.

Chanoq' oldinda kelgan homiladorlikning tashxisini asoslashda- qorin bo'shlig'ida mushaklarning kuchli taranglashuvi va bachadon tonusining oshishi, me'danlikda, ko'p homiladorlikda va anensefaliyada qiyinchilik tug'diradi.

Bunday hollarda tashxisni asoslashda **vaginal tekshiruv** olib boriladi va chanoq chiqish tekisligida qanaqa qism va qay holatda ekanligi aniqlanadi. Vaginal tekshiruv vaqtida homila boshiga nisbatan ancha yirik, yumshoq konsistentsiyali, harakatsiz sohasi aniqlanadi.

Chanoq' oldinda kelgan homiladorlik tashxisini asoslashda UZI yordamida qiyinchiliksiz aniqlash mumkin. Quyidagilar aniqlaniladi:

Homila holati, Bachadon anomaliyasi, qog'anoq suvi miqdori, yo'ldosh tekislatilgan, kindik tizimchasi patologiyasi, homilaning taxminiy og'irligi, (mas), homila boshining holati(bukilgan,yozilgan)

Amnioskopiya qilinganda homila joylashuvi holati qog'onoq miqdori va rangi, kindik tizimchasining joylashuvini aniqlash mumkin.

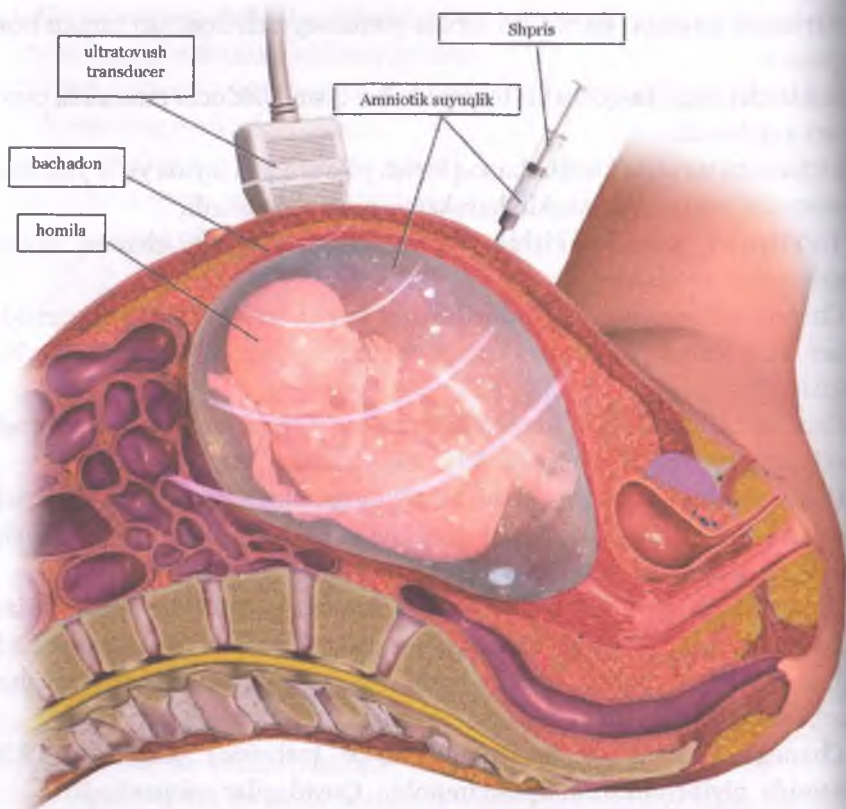
Chanoq oldinda kelgan homiladorlikda homila boshi holati 4 xil bo'ladi.

1 Bukilgan bosh (110 gradus burchakda).

2 Boshning sekin yoyilishi (harbiylar holati) yozilishning 1darajasi (100-110 gradus burchakda).

3 Boshning normal yozilishi yozilishning 2 darajasi (90-100 gradus burchakda)

4 Boshning maksimal yozilishida (yulduzga termulish) yozilishning 3 darajasi (90 gradusdan kam) to'g'ri keladi.



2.2-rasm Amnioskopiya

HOMILADORLIKNING KECHISHI VA TUG'RUQNI OLIB BORISH.

Chanoq oldinda kelishi orqali kuzatiladigan homiladorlik holatlarining 60 haftasigagacha aniqlansa, unday holda faqat kuzatish uchun boshadi. 60-90 haftaligi vaqtida tekshiruvda homila chanoq'i holatida chanoq' aniqlansa, homila holatini o'zgarishiga yordamlashadigan jismoniy mashqlar buyutiladi. Statistik ma'lumotlarga qaraganda jismoniy mashqlar bilan o'zgartirilgan homiladorliklardan 76.3% ida homila holatini bosh qismi bilan kuzatishni aniqlangan.

Homiladorlikning 1 yarmida havf soluvchi abort, erta toksikoz belgilari bilan boshadi.

Homiladorlikning 2 yarmiga kelib homiladorlik gipertenziyasi (35.6%), anemiyadan oldin tug'ish havfi (39.3%) homila gipotrofiyasi (4,9) kindikning og'ir qotishi (40,8%), kamsuvlilik (25,3%) va boshqa asoratlar kuzatilishi mumkin.

Tug'ruq mexanizmi.

Chanoq oldinda kelgan homiladorlik tug'ruq jarayonida homilaning tug'ruq yo'lga o'tishi bachadon bo'yni to'liq ochilganidan keyin kuzatiladi. Chanoq oldin kelgan homila ketma-ket bir qancha harakatlar qilishi va bu harakatlilar **tug'ruq mexanizmining 6 holatini** ifodalaydi.

1 holat - dumbalarning ichki buralishi.

Dumbalar chanoqqa shunday kiradiki, dumbalarning ko'ndalang razmeri chanoq qiyshiq razmerlaridan biriga to'g'ri keladi. Dumbalar qiyshiq razmerda chanoqqa tushadi, shu bilan birga oldindagi dumba orqadagi dumbaga nisbatdan pastroqda turadi.

2 holat - Kichik chanoq bo'shlig'iga tushgan homila chanoq'ining yordama harakati. Chanoq chiqish tekisligida dumbalar to'g'ri razmerda tushadi. Oldindagi dumba qovga, orqadagi dumba dumg'ozaga yaqinlashadi.

3 holat - yelkalarining ichki va dumbalarning tashqi buralishi kuzatiladi. Bunda dumbalar yorib chiqadi va yelkalar chiqish teshigiga to'g'ri razmerda tushadi.

4 holat - yelka, ko'krak qismining bukilish va yelka kamari va qo'llarning boshqartirga chiqishi kuzatiladi.

5 holat - boshning ichki holda chanoqning qiyshiq razmeriga kiradi.

6 holat - boshning yorib chiqishi, engak, yuz, peshona, bosh tepasi, ensa

ustida ketma-ket ko'rinadi. Shunday qilib chanoq oldinda yotganda bosh kichik qiyshiq razmarga mos keladigan aylanasi bilan yorib chiqadi.

Homila chanoq bilan kelganda tug'ruq bosqichlari:

- Homilaning kindikkacha tug'ilishi
- Homilaning kurakning pastki burchagigacha tug'ilishi
- Yelka va qo'lning tug'ilishi.
- Boshning tug'ilishi.

Kindik ko'ringandan keyin 2,3,4 bosqichlar 5 min ichida o'tishi kerak. Ak holda asfiktsiya, 5-10 minutda og'ir asfiktsiya, 10 minutdan ko'p davom ets o'lim yuz berishi mumkin. Homilaning chiqayotgan tanasi yuqoriga tomon tug'ruq kanali o'zining davomi bo'yicha yo'naltiriladi. **(28-rasm)** Homila tanasi chiqqan sayin akusherka qo'llarini sekin asta tug'uvchi ayolning jinsiy yorig'iga tomon suradi, homilaning uzatilgan oyoqlarini qorniga bosh barmoqlar bilan avaylab bosishni davom ettiradi. Ikkala qo'lni boshq barmoqlari homilaning orqasi bo'ylab yuqoriga tomon ko'chiriladi. Homila yelka kamari chiqmasdan turib oyoqlari chiqib kelmasligiga harakat qilinadi.

Yelka kamari yorib chiqayotganda qo'llar odatda o'ziga chiqadi. Agar qo'l mustaqil tugilmasa, qo'llari boshi orqasiga chalkashgan yoki bo'yniga o'ralgan bo'lsa Lovset usuli qo'llaniladi. Bunda bolaning sonidan ushlab shu vaqtning o'zida uni pastga tortib turib 45 gr ga aylantiring, qinga ikki barmoq kiritilib qo'llarini ko'kragi orqali tirsaklarini bilagi bilan bukkan holda yuzidan o'tkazgan holda chiqariladi. Bunda "yuz yuvish" harakati bajariladi. Agar bolaning tanasini oldinda turgan birinchi qo'li tug'ilishi uchun aylantirib bo'lmasa, orqada turgan yelkani bo'shatish kerak. Bunda bolaning topig'idan ushlab ko'tariladi. Bola ko'kragini ayol oyog'ining ichki qismiga yo'naltirib, siljiriladi, bunda orqada turgan yelka tug'ilishi kerak, orqa qo'l bo'shatiladi, bolaning topig'idan ushlab orqagatushiriladi, bunda oldinda turgan yelka tug'iladi. Shundan keyin jinsiy yoriq ichkarisida homilaning engagi va og'zi ko'rinadi. Kuchangan vaqtda homila boshi o'zicha chiqadi, ayni vaqtda homila tanasi yuqoriga yo'naltirilishi kerak. Homila boshining chiqishi to'xtalib qolsa, Mariso-Smeyli-Veytamali bilan chiqariladi. Homila qo'lning bilagiga mingan oyoqlari ikki yoqdan osilib tushgan bo'ladi. Ichkaridagi qo'l ishora barmog'ining uchi homilaning og'ziga suqiladi: shu shu barmoq homila boshining bukilishiga va ichki burilishiga yordam beradi. Homila boshi tashqaridagi qo'l bilan tortib olinadi. Tashqaridagi qo'lning ishora va o'rta barmoqlari bukilib, homila bo'ynining ikki yoniga ayri qilib

qo'lladi. Barmoqlarning uchlari o'mrov suyaklarini va o'mrov usti chiqirchalarini bosmaslik kerak. Yordam beradigan xodim homila boshini yordamdan, qorin devori tomonidan bosib tursa, bosh osonroq chiqadi. Bosh chiqishining qiyinlashish holatida akusherlik qisqichlari qo'llaniladi:

Oyoqlar oldinda yotganda tug'ruqning og'irlashuvi va o'lik tug'ish holatining oldinda yotishidagiga qaraganda ko'proq kuzatiladi.

Homila oyoqlari oldinda yotganda tug'ruqning og'irlashuviga sabab bo'layotgan oyoqlar tug'ruq yo'llarini keng hajmi yelka kamari va boshning chiqishi uchun yetarli darajada kengaytira olmaydi. Shu sababli **oyoqlar oldinda yotganda ko'pincha qo'llar qayrilib qoladi: homila boshi qisilib va bachadonning tortishib qisqargan bo'yniga qisilib qoladi.**

Yelka kamari tug'iladigan paytgacha bachadonda bo'ynining teshigi to'la bo'lsa, tug'ruqning bunday og'irlashuviga yo'l qo'ymaslik mumkin.

Oyoqlarning oldinda yotgani qin orqali tekshirilganda aniqlangach, tug'ruqni ayolning tashqi jinsiy organlariga steril yo'rgak yopiladi va vulvaga qo'yib, homila oyoqlarining qindan barvaqt chiqib qolishga yo'lga qo'yilmaydi.

Homila oyoqlarini ushlab turish bachadon teshigining to'la ochilishiga yordam beradi, chunki bunda homila go'yo to'mpayib, dumbasi aralash holatida yotadi.

Homila tug'ruq kanalida harakatlana borib, dumg'ozaning nerv chigaliga qattiq tazyiq ko'rsatadi va shu tariqa dard, to'lg'oq tutishini kuchaytiradi.

Homila dumbalarning tiralishi munosabati bilan oraliqning juda ham deppayishi, orqa chiqaruv teshigining ochilishi, tez-tez to'lg'oq tutishi va kontraktion balqaning simfizdan 4-5 barmoq enicha yuqorida turishi bachadon bo'yni teshigining to'la ochilganligini ko'rsatadi. Pastga boshayotgan dumbalarning tazyiqi ostida jinsiy yoriq ochiladi va homila oyoqlari, qarshi ta'sirga qaramay akusherlik kaftining chetlari ostidan chiqib qoladi.

Bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilganini ko'rsatuvchi belgilar paydo bo'lganda homila oyoqlarini harakatiga qarshi ta'sir to'xtatiladi, shundan keyin tug'ruq chanoqning oldinda yotishi uchun ko'rsatilgan umumiy qoidalar asosida boshqariladi.

Chanoq oldinda yotishining orqa turida ko'maklashish.

Chanoq oldinda yotganda orqa tur ayniqsa homila qo'llari va boshini bo'shatishda tug'ruqni jiddiy ravishda og'irlashtiradi. Homila tug'ruq vaqtida orqa turdan oldinga aylanadi, agar bu hol kuzatilmasa orqa turni oldingi turga sun'iy yo'l bilan aylantirish chorasi ko'riladi va homilaning chiqib qolgan orqa oyog'i qo'l bilan ushlanib pastga tortiladi, orqadagi oyoq oldinga o'tib qoladigan simfizga tomon aylantiriladi.

Tug'ruqdan keyin homilani kuzatish va tekshirish neonatolog bilan hamkorlikda olib boriladi. Bunda tug'ruqdan keyin 1-5 daqiqalar ichidagi chaqaloq holati, Apgar shkalasida aniqlanadi, kindikdan olingan qon tahlil qilinadi, son-chanoq sohasida patologik chiqishlar bor yo'qligi tekshiriladi.

Tug'ruqdan keyingi chilla davri aksari normal holda o'tadi. Ammo chanoq oldinda yotganda chilladagi kasalliklar boshning oldinda yotishiga nisbat ko'proq uchraydi. Bunda chanoq oldinda yotganda tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ko'proq shikastlanadi, qog'onoq suvlari barvaqt ketadi va tug'ruqning boshqa og'irlashuvlari ko'proq kuzatiladi. Chaqaloqlar asfiksiya bilan tug'ilsa va tug'ruq vaqtida shikastlangan chaqaloqlar yuqumli va boshqa kasalliklarga moyil bo'ladi.

Shunday holatlarni oldini olish maqsadida gigiyenik, aseptika-antiseptika qoidalariga rioya qilingan holda parvarish olib boriladi.

Homila chanoq bilan kelganda tug'ruqni tabiiy yo'l orqali olib borishga ko'rsatma: To'liq va chala dumba bilan kelish, tana vazni 3500gr gacha bo'lgan homila, homila o'lchami ayol chanog'i o'lchamlariga mos kelishi, boshning bukilgan holatda bo'lishi;

Homila chanoq bilan kelganda tug'ruqda yuzaga keladigan asoratlari;

Tug'ruqning I davrida:

- Cho'zilgan tug'ruq 18c<
- qog'onoq suvlarining erta ketishi
- tug'ruq kuchlari sustligi
- homila gipoksiyasi
- homila mayda qismlarining tushib qolishi

Tug'ruqning II davrida:

- Homila asfiktsiyasi
- bachadon bo'yni spazmi
- homila boshining yozilishi
- qo'llarning orqaga qayrilib qolishi

-tug'ruq yo'llari travmalari

-homila kalla ichi qon quyilishlari

Tug'ruqning III davrida:

-Tug'ruqdan keyingi qon ketishlar

-Tug'ruqdan keyingi septik kasalliklar

Chanoq oldinda kelganda rejali kesar-kesishga ko'rsatma:

• Homilaning chanoq bilan kelishi og'ir preeklampsiya bilan qo'shib

kela

• Og'ir akusherlik anamnezi(bepushtlik,o'lik bola)

• Bachadon miomasi

• Platsentaning to'liq va qisman oldinda yotishi

• Bachadon chandig'i

• Tor chanoq,chanoq anomaliyasi

• Homila massasi 3600 gr <

• Muddatdan o'tgan homiladorlik

Tug'ruq vaqtida shoshilinch kesar-kesishga ko'rsatma:

-Biologik tug'ruqqa etarii tayyor bo'lmagan holda qog'onoq suvlarining

orta ketib qolishi

-Tug'ruq disproportsiyasining yuzaga kelishi

-Tug'ruq kuchlari anomaliyasi(I davr)

-Homila Distress sindromi

-Platsenta ko'chishining boshlanishi

-Tug'ruq boshlanishida ayol holatining yomonlashishi

III BOB

HOMILADORLIK TOKSIKOZLARI

HOMILADORLAR ERTA TOKSIKOZLARI, KO'NGIL AYNISHI VA

QUSISHI

Erta toksikozlar. Ko'p sonli simptomlar bilan xarakterlanuvchi, tuxum hujayra yoki uning alohida elementlari rivojlanishi bilan yuzaga keladigan ayollar kasalligi Homiladorlikning birinchi yarmi toksikozlari deb ataladi. Bu belgilardan doimiy va yaqqol namoyon bo'lganlari: markaziy nerv sistemasining buzilishlari, tomir tizimidagi buzilishlar va moddalar almashinuvining buzilishlari. Tuxum hujayra yoki uning elementlari olib tashlanganda kasallik odatda yo'qoladi.

Homiladorlik erta toksikozlariga quyidagi asoratlar kiradi:

- Homiladorlar qusishi;
- so'lak oqishi;
- toksikozning kam uchraydigan shakllari: Homiladorlar xoreyasi, osteomalyastiya, Homiladorlar bronxial astmasi, dermatozlar, jigarining o'tkir yog'li distrofiyasi va boshqalar;

Homiladorlar qusishi – Homiladorlar erta toksikozlarining eng ko'p uchraydigan shakli. Homiladorlar qusishining klinikasi, kasallikning o'z nomidan ham ko'rinib turganidek – asosiy belgisi qusish bilan namoyon bo'ladi. Bu belgining qanday namoyon bo'lishiga qarab, uning kechishi engil, o'rta va og'ir darajaga bo'linadi. Homiladorlar qusishining og'ir shaklini shuningdek, Homiladorlarning tinimsiz qusishi deb ham ataladi.

Tashxislash. Engil darajali Homiladorlar qusishi kun davomida bir necha bor (3-5 martagacha), odatda ovqatlanishdan so'ng yoki ertablari takrorlanadi. Umumiy ahvolda aytarlicha namoyon bo'lmaydi, ishtaha pasayadi, Homiladorning kayfiyati o'zgaradi. Gipotoniya moyillik kuzatiladi, puls bir oz tezlashgan – daqiqasiga 90 tagacha, Homiladorning tana vazni kamaymaydi, tana harorati va diurez risoladagidek. Qon va siydik tahlillari patologik o'zgarishlarsiz.

O'rta og'irlik darajali Homiladorlar qusishi ovqatlanishdan qat'iy nazar sutkasiga 10-12 martagacha oshishi bilan harakterlanadi. Bemor iste'mol qilingan ovqatni ushlab qololmaydi. bemorning umumiy ahvoli sezilarli yomonlashadi. So'lak ajralishi paydo bo'ladi, organizmmng suvsizlanishi boshlanadi, tana vazni oyiga 2-3 kg gacha kamayadi. Kasallik rivojlanganda uglevod, yog', suv-tuz va elektrolitlar almashinuvida o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlar holsizlikka, adinamiya va apatiyaga shikoyat qiladi. 5-7% bemorlarda sariqlik, 20-30% - giperbilirubinemiya (40 mk mol/ml gacha) va 10-50% - astetonuriya kuzatiladi.

Homiladorlar tinimsiz qusishida sutkasiga 20-25 martagacha takrorlanadi va organizmmng og'ir intoksikasiya belgilari bilan kechadi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir. Tana harorati Stelsiy bo'yicha 38 daraja va undan yuqoriga ko'tariladi, taxikardiya rivojlanadi – daqiqasiga 120 ta va undan ortiq, yurak tonlari bo'g'iq, AQB 30 mm. sm. ust. gacha kamayadi.

Bemorlar tana vaznini anchagina yo'qotadi (haftasiga 2-5 kg gacha) apatiya va adinamiya rivojlanadi.

Ayollar tekshiruvdan o'tkazilganda teri qoplaminig quruqligi, turgorning pasayishi yaqqol namoyon bo'ladi. Teri va skleralarning sariqligi, og'izdan asteton hidi, glossit, gingivit paydo bo'ladi. Diurez sutkasiga 300-400 ml gacha kamayadi, qonda qoldiq azot, mochevina va bilirubin (40-80 mk mol/l gacha) miqdorining patologik oshishi kuzatiladi, albumin, xolesterin, kaliy va floridlar miqdorining pasayishi sodir bo'ladi. Proteinuriya, stilindruriya paydo bo'ladi. Asetonga reaksiya keskin musbat.

So'lak ajralishi ko'pincha qusish bilan birgalikda kechadi. So'lak ajralishi homilador og'iz bo'shlig'ida so'lak miqdorining oshishi va ko'p miqdorda suyuqlik yo'qolishi (sutkasiga 1 litrgacha) bilan boshlanadi. Ayol so'lakni yutadi va natijada oshqozonni so'lak bilan to'lishiga olib keladi. Bu o'z navbatida qusishni chaqiradi va bemor ahvolini og'irlashtiradi. Ba'zi hollarda ptializm mustaqil kasallik sifatida namoyon bo'lishi mumkin va o'rtacha miqdorda so'lak ajralganda nisbatan oson kechadi. Ptializmning og'ir shaklida so'lakning sutkalk ajralishi bir necha litrga etishi mumkin. Bu oqsil, uglevod, vitaminlar, tuzlar yo'qotilishiga va organizmning suvsizlanishiga olib keladi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi.

Tashxislash. Bu patologik holatlarni tashhislash qiyinchilik tug'dirmaydi. To'liq yig'ilgan anamnez va bemorni kuzatish orqali aniqtashhisqo'yish hamda patologik jarayonning og'irlik darajasini

baholashga imkon beradi. Bu patologik holatlarni tashhislashda qon va siydik tahlillarining ko'rsatkichlari muhim hisoblanadi. Qon tahlilida yuqori gematokrit, qoldiq azot, bilirubin miqdorining oshganligi, xloridlar miqdorining kamayganligi va astidozning paydo bo'lganligi kuzatiladi. Siydik tekshirilganda asteton topiladi, normal tahlilda bu bo'lmasligi lozim. Toksikozning og'ir shakli kuzatilgan bemorlarda asteton miqdori 100-150mg% va undan ham oshadi. Tahlillarda astetondan tashqari oqsil va stilindrlar paydo bo'ladi.

Astetonuriya va proteinuriyaning oshishi, teri va skleralarning sariq tusga kirishi prognostik jihatdan noxush belgi hisoblanadi va o'tkazilgan davoning samarasizligidan dalolat beradi.

Davolash. Homiladorlar qusishining ilk belgilari paydo bo'lishi bilan davolashni boshlash lozim, ayniqsa yuqori xavf guruhiga kiruvchi Homiladorlarda:

- AVS bo'lgan ayollarda;
- surunkali tonzillit;
- oshqozon-ichak trakti a'zolarining kasalliklarida (gastrit, xolestistit, o't chiqaruv yo'llarining diskineziyasi, pankreatit, yara kasalligi);
- algodismenoreya, kechki menarxe, infantilizm tipii bo'yicha hayz stikli buzilishi, semizlik kuzatilgan ayollar;
- allergik kasalliklarda, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida;
- oral kontrasteptivalarni ko'tara olmaydiganlar, chekuvchilar.

Homiladorlar qusishida kompleks davoning maqsadi:

1) Markaziy nerv sistemasiga ta'sir etuvchi vositalar orqali, markaziy nerv sistemasidagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari orasida buzilgan mutanosiblikni normallashtirish.

2) Organizmning suvsizlanishini bartaraf qiluvchi vositalarni qo'llash.

3) Desensibilizastiyalovchi terapiya qo'llash.

4) Organizmda dezintoksikastiyani o'tkazish.

5) Uzoq muddatli ochlik oqibatlarini yo'qotish.

Ptializmda xuddi homiladorlar qusishidek kabi davo o'tkaziladi. Qo'shimcha ravishda so'lak ajralishini kamaytirish uchun 0,1% atropin eritmasini kuniga 1ml dan 2 marta mushak orasiga yuboriladi. Og'iz bo'shlig'ini 1% mentol eritmasi, shalfey va romashka damlamasi bilan tez-tez chayib turish orqali sub'ektiv yengillikka erishiladi. Shuningdek,

fizioterapevtik usullar orqali nerv sistemasiga ta'sir etish ham qo'llaniladi – bo'yin simpatik tugunlar sohasiga galvanizatsiya va diatermiya.

Homiladorlar qusishining **o'rta og'irlik** darajasida bemor stasionarga yotqizilishi lozim. Bemorning markaziy nerv sistemasiga ta'sir qilish maqsadida Homiladorlar qusishining engil darajasidagi kabi trankvilizatorlarni qo'llash maqsadga muvofiq.

Klinik nuqtai nazardan quyidagi kombinatsiyalar eng samarali:

Suvsizlanish va gipoproteinemiya qarshi kurashish uchun vena ichiga infuziya o'tkaziladi. Homilador sutkasiga 2-3l suyuqlik qabul qilishi lozim. Intoksikatsiyani bartaraf qilish uchun kristalloidlar eritmasini qo'llash maqsadga muvofiq.

Parenteral oziqlantirish uchun aminokislotalar (infezol) eritmalarini venaga tomchilatib yuboriladi.

Infuzion terapiya zaminida metabolizmni normallashtiruvchi preparatlar tavsiya etiladi. Shu maqsadda bioenergetik almashinuv kofaktorlari qo'llaniladi: riboflavin – mononukleotid muskul orasiga, oksidlanish-qaytarilish jarayonlarining buzilishlarini hisobga olib, V – guruh vitamin preparatlarini muskul orasiga yuborish tavsiya etiladi. Kompleks davo qusish mustahkam to'xtaguncha, umumiy ahvol normallasishi va tana vazni sekin-asta ko'paya boshlaguncha davom ettiriladi.

Og'ir darajali (tinimsiz) qusishda – qusish markazining qo'zg'alishini yo'ldirish uchun aminazinning 2% eritmasini muskul orasiga kuniga 2 mahal yuboriladi. Samarasi bo'lmaganda aminazinning 1-2ml 2,5% eritmasini 300,0ml 5% glyukoza eritmasiga qo'shib, venaga tomchilatib yuborish ham mumkin. So'nggi yillarda Homiladorlarning to'xtovsiz qusishida droperidol neyroleptigi qo'llanilmoqda. Droperidol bosh miya po'stlog'i va retikulyar formastiyaga ta'sir qilib, qusishga qarshi ta'sirga ega va vazomotor reflekslarni yo'ldiradi, vazodilyatsiya hisobiga periferik qon aylanishini yaxshilaydi.

Desensibilizatsiya va moddalar almashinuvini izga solish maqsadida spleninni 10-12 kun davomida teri ostiga yoki mushak orasiga in'ekstsia ko'rinishida buyuriladi. Shuningdek, buyrak usti bezi po'stlog'ining gormonlarini DOKSA (dezoksikortiqosteron astetat) yoki AKTG kun ora mushak orasiga yuborish mumkin.

Nomedikamentoz davo: yog'li va ziravorli mahsulotlarni cheklash, ovqatlanish tartibi – sutka davomida tez-tez, kam-kamdan 6-8 marotaba ovqatlanish.

HOMILADORLAR GIPERTENZIV SINDROMI. PREEKLAMPSIYA VA EKLAMPSIYA ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI.

Jahon Sog'liqni Saqlash TashKiloti ma'lumotlariga Ko'ra homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar uchrashi 7% dan 16% gacha o'zgarib turibdi va uning Ko'p uchrashi ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda Kuzatilmoqda. Onalar o'limining sababi sifatida homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligida 24% ni tashKil etadi, masalan Rossiyada - 26,3%? O'zbeKistonda - 15,4%ga yetib, uchinchi o'rinni egallab turibdi. Homiladorlik davridagi gipertenziya holati bilan bog'liq bo'lganligi aniqlandi. O'zbeKiston bo'yicha homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarda onalar o'limi birinchi tug'uvchilar orasida — 27,5%, Rossiya Federatsiyasida - 54,8%; qayta tug'uvchilar orasida ushbu Ko'rsatKich 17,1% va 38,7% ni tashKil etdi, tez-tez va Ko'p tuqqanlar orasida esa— 33,2%. Perinatal o'iim homiladorlik davridagi gipertenziya holatlarida 5,3% (18-30%), Kasallanish esa 30% (64-78%), homila rivojlanishining orqada qolishi - 40%ni tashKil etadi. So'nggi yillarda dunyoda homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari Ko'payib borayotgani,

jarayonni ngtzlashishi va asoratlarining tez rivojlanishi bilan Kechishi qayd etilmoqda. Hozirgi davrda Kasallik aniqlanishining sifati yaxshilandi, shu bilan birga homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar xavf guruhining Ko'payishiga sabab bo'ldi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar Ko'pincha ekstragenital patologiyali ayollarda rivojlanadi (64%). EKStragenital Kasalliklar fonida birgaliKda Kechadigan homiladorlik davrida gipertenziv holatlar uchrashining Ko'payishga moyilligi aniqlanmoqda, bu esa ma'lum darajada oqibatlari og'ir-lashishiga olib kelmoqda.

Preeklampsianing uchrash chastotasi har xil mamlakatda har xil ko'rsatkichni tashkil qiladi: bu patologiyalar 147 ta tug'ruqdan 1 tasida uchraydi. [RaminK. D.]. Rossiya davlatida preeklampsiya bilan asoratlangan ayollar orasida o'lim ko'rsatkichi 27% ni, Kolumbiya davlatida 34%, Afrika davlatida bu ko'rsatkich 25% ni tashkil qiladi. Bu ko'rsatkich Turkmaniston

Respublikasida 15-26% ni tashkil qiladi. Dunyo bo'yicha eklampsiya asorati bilan 50000 ta ayol dunyodan ko'z yumadi.

Gipertenziv holatlarnini keltirib chiqaruvchi faktorlar:

- -birinchi tug`ruqlar. ,
- - yoshi 40 danoshganayollarda;
- - yoshbirinchi tug`uvchilarda;
- - oilaviy anamnezida preeklampsiya bor ayollarda;
- - oldingi homiladorligida og`ir preeklampsiya o`tkazgan ayollarda;
- - semizlikda;
- - surunkali gipertenziya yoki buyrakda nuqsonlari bor ayollarda;
- - qandkasalligiborayollarda;
- - buyrakkasalliklarida;
- - ko`phomilalihomiladorlikda;
- - rezus – konflikt;
- - antifosfolipidsindromida;
- - yurak-tomirkasalliklaridankeyin;
- - pastsotsialstatus.

PATOGENEZ

Gipertenziv buzilishlar o`zida fiziologik homiladorlik asoratlarini, hayotiy muhim a`zolar funksiyasining buzilishi bilan namoyon bo`ladi. Gipertenziv buzilishlar asosini tomirlar spazmi, gipovolemiya, qonning reologik xususiyati o`zgarishlari mikrosirkulyatsiyaning, suv-tuz almashuvining buzilishi tashkil etadi. Preeklampsiyaning kelib chiqishi zaminida tomirlar spazmi natijada DVSSindrom (tomirlar ichidagi tarqalgan ivish) va immunologik yetishmovchilik ahamiyatga ega. Buyrak kulubochkalari endoteliysi shikastlanib, buyrak filtratsiyasi kamayadi va hujayralardagi natrly miqdori o`zgaradi, plazma hajmi kamayib, platsenta qon aylanishi, yana ham buziladi. Gomeostaz buzilib, gemodinamika o`zgaradi, barcha qon tomirlar tortishib (spazm) sirkulyasiyadagi qon hajmi kamayadi, gipokaliemiya, gipoproteinemiya yuzaga keladi. Bosh miya qon aylanishi buzilganligi sababli, unda ko`p suyuqlik to`planib, bosh miya gipoksiyasini yana ham kuchaytiradi va talvasa sindromi rivojlanadi. Bachadon platsenta qon aylanishining buzilishi homila gipoksiyasiga olib keladi. Organizm gipoksiyasi jigarning dezintoksikatsion, mochevina va oqsil ishlab chiqarish faolliyatini pasaytirib yuboradi. Gipovolemiya boshmiya, gipofizning orqa bo`lagi buyrak usti bezlarining retseptorlariga ta`sir etib, antidiuretikgormon,

17-oksikortikosteroid, aldosteroni ishlab chiqarishni ko'paytiradi, suv va natriy organizmda saqlanib, qon bosimini yanaham ko'tariladi. JSST(1994) ma'lumotlariga ko'ra preeklampsiya bu homiladorlik asorati poliorgan funksional yetishmovchiligi quyidagi simptomlar bilan namoyon bo'ladi: gipertenziya, shish, proteinuriya ba'zan tutqanoq va koma. Yaqin kunlarga akusherlikda quyidagi mavjud atamalar «gestoz» yoki «kechki toksikoz», «OPG-geztoz» simptomlar uchligini anglatadi. Oldinlari homiladorlik asorati «nefropatiya» yoki «kechki toksikoz» deb atashgan, homiladorlikning eng asosiy asoratlaridan biri nefrotik asorat. Gipertenziv holatlar rivojlanishida yagona mexanizm mavjud emas, etiologik, neyrogen, gormonal, immunologik, genetik, platsentar faktorlar ta'siri kuzatiladi. Preeklampsiya rivojlanishida boshlang'ich mexanizm trofoblastin vaziyasi jarayoning buzilishi hisoblanadi, buning natijasida tomirlarda homiladorlikka xos xususiyat maksimal dilyatatsiya holati va vazoaaktiv stimullarga javob qaytarish xususiyatini egallaydi. Bu esa trofoblast gipoksiyasi va giperperfuzyasi va uning funksional va bioximik faolligining o'zgarishiga olib keladi. Endoteliy qon tomirlar sistemasi butunligi funksiyasi, tomir devor tonusini boshqarilishi, hujayralararo koagulyasiya bartaraf etish funksiyasini bajaradi. Bu barcha mexanizmlar doimiy giperfeziya va gipoksiyada hujayra membranasi normal faoliyati buziladi. Bu esa prostaglandinlar sintezi buzilishiga olib keladi. Endoteleyning jarohati vazodilyatatorlar sintezining kamayishiga, tomirlarning chidamlilik xususiyatining yo'qolishiga olib keladi. Gipertenziv buzilishlarda tomirlar spazmining asosiy sababi bo'lib vazokonstriktor va vazodilyatatorlar o'rtasidagi disbalans hisoblanadi. Gipertenziv buzilishlarda vazospazm rivojlanishida aldosteron, angiotensin II sintezining o'zgarishi, prostaglandinlar disbalansi muhim o'rin egallaydi. Aldosteron buyrak usti bezida hosil bo'lib tomirlar devoridan hujayraga o'tib, ekstratsellyulyar suyuklikka o'tadi bu esa natriy va suvning hujayralararo bo'shliqda to'planishiga sabab bo'ladi. Natriyning qon tomirlar devorida ushlanib qolishi tomirlar devorining qisqarishiga olib keladi. Oxirgi yillarda ko'pchilik tadqiqotchilar homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlarini kelib chiqishida ona-platsenta homila tizimidagi immunobiologik munosabatlar buzilishi katta rol o'ynashi tug'risida fikr yuritmoqdalar. Ushbu nuqtai nazardan tabiiy killer-hujayralarining interferon ishlab chiqaruvchi xususiyati pasayib, ularning eritish faoliyati kamayishi bilan patologik

Impulslar hosil bo'lib immunologik jarayonni yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Homiladorlik paytidagi gipertenziya holatida bosh miyaning funksional va strukturali o'zgarishlari, boshqa organlaridek, mikrotsirkulyasiyani buzilishi, qon tomirlarda trombozlar paydo bo'lishi bilan nerv hujayralarda distrofik o'zgarishlar va perivaskulyar nekrozlar bilan ifodalanadi. Xuddi shu vaqtda mayda nuqtali yoki mayda o'chog'li qon quyilishlar rivojlanadi. Miyashishi (ayniqsa og'ir homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlarida) va bosh miya bosimi ko'tarilishi xos. Ishemik o'zgarishlar kompleksi oxir natijada eklampsiyaga olib kelishi mumkin.

KLASSIFIKATSIYA:

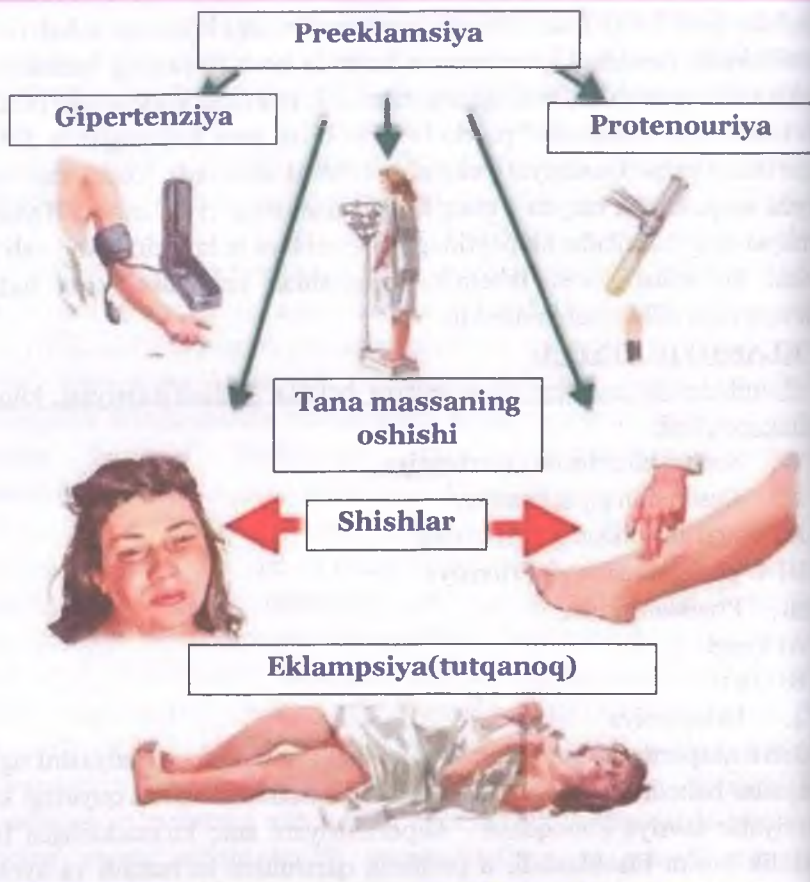
Homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlari klassifikatsiyasi, klinikasi va diagnostikasi.

1. Surunkali arterial gipertenziya
2. Gestatsion gipertenziya:
 - A) Yengil gestatsion gipertenziya
 - B) O'g'ir gestatsion gipertenziya
3. Preeklampsiya:
 - A) Yengil
 - B) O'g'ir
4. Eklampsiya

JSSST ekspertlari homiladorlik paytidagi arterial gipertenziyasini og'irlik darajasini baholash va olib borish taktikasini tanlash uchun quyidagi klinik kriteriyalar tavsiya etmoqdalar. Gipertenziyani aniq ko'rsatkichgisi bo'lib diastolik bosim hisoblanadi, u periferik qarshilikni ko'rsatadi va ayolning emosional holatiga sistolik bosimga qaraganda, bog'liq bo'lmaydi.

Gipertenziya tashxisi bir bor o'lchaganda diastolik bosim 110 mm sim. ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchaganda 90 sim. ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa.

Og'ir gipertenziya tashxisi bir bor o'lchaganda diastolik bosim 120 mm sim. ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchaganda 110 sim. ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa. Agar gipertenziya homiladorlikning 20- haftasidan keyin, tug'ruq vaqtida yoki tug'ruqdan so'ng 48 soat ichida paydo bo'lsa, bu holat **gestatsion gipertenziya** deb yuritiladi. Gipertenziya 20- haftagacha paydo bo'lsa, **surunkali gipertenziya** deb tashxislanadi.



3.1-rasm Preeklamsiya

Yengil preeklamsiya – diastolik bosim 90-110 mm sim. ust. dan ko‘p yoki unga teng bo‘lsa 4 soat oraliq bilan 2 marta o‘lchanganda va proteinuriya (siydikda oqsil miqdori 1 g/lgacha). Ko‘pincha simptomsiz o‘tib ketadi, lekin tez jadallashib og‘ir shaklga o‘tishi mumkin. **Yengil preeklamsiyaga** og‘irlashuv simptomlaridan biri qo‘shilsa:

- giperrefleksiya
- boshog‘rishi
- ko‘rishning buzilishi
- oliguriya (≤ 500 ml/24 soatda)

- to'sh orqasidagi og'riq (o'ng qovurg'a pastida)
- o'pkashishi
- trombositopeniya (trombotsitlar soni $<100 \times 10^9/l$, ATA >50 me/l) unda og'ir preeklampsiya hisoblanadi.

Og'ir preeklampsiya – diastolik bosim 110 mm sim. ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa oralig'i 4 soat bilan 2 marta o'lchanganda plyus proteinuriya ($>3g/l$ yoki undan ortiq)

Yodingizda tuting:

- Preeklampsiyaning yengil formasi simptomlarsiz kechishi mumkin;
- Agar proteinuriya ko'paysa, u holda preeklampsiyani yengil formasi og'ir turiga o'tayotganligini belgisi hisoblanadi;
- Tovonlar va oyoqlarning shishlari preeklampsiyaning ishonarli belgisi bo'lib hisoblanmaydi.

Eklampsiya -- ona va bola hayotiga xavf soluvchi holat bo'lib, preeklampsiyalii bemorlarda bir yoki undan ko'p talvasalar paydo bo'lishi boshqa turdagi miya buzilishlariga aloqasi yo'qligi (epilepsiya yoki miyaga qon quyilishi). Talvasalar tug'ruqdan oldin, perinatal va chilla davrda paydo bo'lishi mumkin va gipertenziya og'irlik darajasiga bog'lanmagan holda yuz beradi.

Gipertenziyasi bor homilador avollarni olib borish.

Poliklinikalarda olib boriladigan chora tadbirlar:

- har hafta AQB o'lchash, proteinuriyaga siydik topshirish, homilani rivojlanishini nazorat qilish
- agar AQB oshsa – homilador ayolni yengil preeklampsiya sifatida nazorat qilish
- homila ahvolining yomonlashish belgilari yuzaga kelganda ayolni darhol hospitalizatsiya qilish
- davo samarali bo'lishi uchun homilador ayol va oila a'zolari o'rtasida preeklampsiya va eklampsiyaning og'ir asoratlari bo'yicha tushuntirish tadbirlari olib borish.

Yengil preeklampsiyada homilador ayollar bilan ishlash

17 haftadan kam muddatli homiladorlarda

- Homilador ayolni tekshiruvdan o'tkazish va davo maqsadida hospitalizatsiya qilish
- AQB kuniga ikki marta o'lchash

- Laborator tekshiruvlar:
- umumiy qon tahlili, gemoglobin va gematokritga;
- biokimyoviy qon tahlili (umumiy oqsil, plazma elektrolitlari, mochevina, kreatinin, siydik kislota, bilirubin, jigar fermentlari – ALT, AST, ishqorli fosfotaza, natriy, kaliy, kalsiy.);
- koagulogramma ;
- umumiy siydik tahlili har kuni;
- siydikni floraga va antibiotik sezgirligiga ekish;
- EKG, dopplerometriya (yurak geometriyasi).
- buyrakda qon aylanishi, jigarda plazma ajrarilishi kabi belgilar ahamiyatga ega.

• Ovqatlanish ratsional bo'lishi lozim, 5-6 marta kam miqdorda iste'mol qilish. Ratsionni hayvon mahsulotlaridan 50%gacha oqsil (go'sht, baliq, tuxum, sut mahsulotlari), qolganlari – o'simlik mahsulotlari tashkil etishi. Ayniqsa tvorog (100-150g. gacha), lipotrop xususiyatga egaligi bilan juda foydali. Qovurilgan mahsulotlar man etiladi. Ovqat ratsionida meva, sabzavot va tabiiy sharbatlar ko'p miqdorda bo'lishi shart.

• Agar diastolik arteril bosim me'yorida bo'lsa yoki siydikda oqsil miqdori oshmasa tutqanoqqa qarshi, antigipertenziv, sedativ dori vositalari va trankvilizatolar tavsiya etilmaydi. Chunki bachadon-yo'ldosh qon aylanishidagi tomirlar periferik qarshiligi oshishi arterial bosim oshishiga olib kelishi aniqlangan. Shuning uchun arterial bosimni tushirish homila gipoksiyasini kuchaytiradi. Preeklampsiyada gipotenziv terapiyadan maqsad AB 160/110 mm. sm. us. past yoki o'rtacha AB (UAB) 125 mm. sm. us. bo'lishini ta'minlash. Bu esa qon aylanishini me'yorda bo'lishini ta'minlaydi.

• Diuretiklar tavsiya qilinmaydi, chunki ular gipovolemiani kuchaytiradi, AQB oshiradi, buyrak va platsentar perfuziyani yomonlashtiradi.

• Agar diastolik AQB va oqsil normada bo'lsa ayolni ahvoli yaxshilansa, uyu ruxsat berish mumkin.

• agar preeklampsiya belgilari, o'tkazilgan davoga qaramay o'zgarishsiz qolsa, ayolga uyu javob berilmay, statsionar sharoitida yuqorida aytib o'tilgan reja bo'yicha davom ettiriladi,

• agar homilaning rivojlanishdan orqada qolish belgilari aniqlanmasa, homiladorlikni davom ettirish va oxirigacha nazorat qilish mumkin, agar bu

belgilar aniqlansa va davvo samarasiz bo`lsa, unda darhol muddatidan oldin tug`ruq haqida o`ylash lozim.

- 36 haftadan kichik muddatli homiladorlikda albatta homilada nafas buzilish sindromi profilaktikasi olib boriladi. deksametazon 6 mgdan 4 mahal 3 kun davomida. Agar siydikda oqsil hajmi oshsa, homiladorlik xuddi preeklampsiyanig og`ir darajasidek nazorat qilinadi.

37 haftadan katta muddatli homiladorlarda

Agar homila ahvoli yomonlashishi belgilari yuzaga kelsa (UZI va dopplerometriyada yurak urishi yomonlashishi), darhol tug`ruq yo`llarini tekshirish, bachadon bo`ynini baholash va tug`ruqni tezlashtirish;

- agar bachadon bo`yni yetilgan bo`lsa, homila pardasini teshib, tug`ruqni prostaglandinlar bilan amalga oshirish;

- agar bachadon bo`yni yetilmagan bo`lsa, tug`ruqni prostaglandinlar bilan (glandin-E2 enzaprost, prepedil-gel) yoki kesarcha kesish operatsiyasi bo`yicha amalga oshirish.

Preeklampsiyaning og`ir darajasi va eklampsiyada homilador ayollar bilan ishlash

Og`ir darajadagi preeklampsiya homiladorlik muddati 37 haftadan katta bo`lsa 24 soat davomida tug`dirish va tug`ruq eklampsiyada 12 soat davomida, tug`dirish rejasi hal qilinishi kerak.

Eklampsiyani olib borish va birlamchi baholash

- bemor ayolga qisqa vaqt ichida to`g`ri yordam ko`rsatish uchun tibbiy yordam ishtiroki darkor;

- birinchi o`rinda tutqanoqqa qarshi dorilar buyuriladi;
- bunday holatda aspiratsiyani oldini olish maqsadida ayolni yonbosh vaziyatida bilan yotqizish;

- tutqanoq paytida ayolning shikastlanishini oldini olish;
- kislorod bilan ta`minlash daqiqasiga 4-6 l tezlik bilan;
- tutqanoq tugaganidan so`ng nafas yo`llari va og`iz bo`shlig`i tozalanadi, og`ir arterial bosim va puls o`lchanadi;

- sudlik bilan bemorning es-hushi va nafas olish holatini baholanadi;
- agar arterial bosim 110 mm. sm. us yuqori bo`lsa, gipotenziv vositalar buyuriladi;

- bemorga quyilayotgan va ajralayotgan suyuqlik miqdorini nazorat qilish juda muhim;

-siydik miqdori va proteinuriyani aniqlash uchun siydik pufagini kateterizatsiyalanadi;

-bemor ayolni yolg`iz qoldirish mumkin emas;

-har soatda hayotiy zarur a`zolar funksiyalarini, reflekslarni va homilani yurak urishini baholanadi;

-o`pka shishini istisno qilish uchun o`pkaning paski bo`laklari eshitib ko`riladi;

-koagulopatiyani istisno qilish uchun qon ivishi tekshiriladi.

Eklampsiya xuruji ma`lum bir ketma-ketlikda rivojlanadi:

1. Prodromal(Aura)-15-25ya yuz va qo`l mushaklari kichik fibrillar qisqarish kuzatiladi, xushidan ketadi.

2. Tonik -10-20 soniya, mushaklar kotishi va harakatsizlanishi, diafragma spazmi, nafas to`xtashi, lab shilliq qavatlari va oyoq-ko`llar ko`karishi, tanasi orkaga buqilishi, tishlar jipslanishi,ko`zlar bo`rtishi bilan ko`zatiladi.

3. Klonik -1-1,5 daqiqa davom etadi, mushaklarni kuchli qisqarilishi,ko`p so`lak ajralishi, og`izfan ko`pik kelishi, nafas qiyinlashishi, so`lak tiqilishi,tilini tishlab olishi mumkin

4. Tarqalish davri- tutqanoqlar to`xtaydi, chuqur uzlikli nafas, og`izdan ko`pik chiqishi, ko`p hollarda qon aralash, nafasi davriylashadi, posteklampsik koma kuzatilishi mukiin,ba`zan yaxshi oqibatlar bilan tarqaladi va hushiga keladi. Tutkoqdan so`ng amneziya boshlanadi. Agar atrofda hech kim bo`lmasa,faqat jarohatlariga qarab (lat eyishlar, tili tishlangan) yoki koma xolatidan bilish mumkin.

5. Komatoz- individual holatidan kelib chiqib, daqiqalar yoki soatlar davom etadi, shovqinli va tez nafas, yuzi shishgan, ammo ko`karmagan. Tutqanoq takrorlanishi mumkin, shu sababli yaxshi parvarish va sedatsiya kerak.

Tug`ruqlar:

-Agar eklampsiyada 12 soat yoki preeklampsiyaning og`ir darajasida 24soat davomida tug`ruq tabiiy yo`llar orqali sodir bo`lmasa, zudlik bilan tug`ruq operatsiya kesarcha-kesish usulida amalga oshiriladi

-Agar homilaning yurak urishi soni patologik bo`lsa (100 tadan kam va 180 tadan ko`p) tug`ruq kesarcha kesish usulida amalga oshiriladi

-kesarcha kesish operatsiyasini boshlashdan oldin, quyidagilar bajariladi:

- koagulopatiyani istisno qilish;

- imkon qadar umumiy og`riqsizlantirish;

Homilador ayollarda eklampsiya va preeklampsiya holatlarida mahalliy smektaziya yoki ketamin qo`llanilmaydi.

Tug`ruqni to`xtatishdan keyingi yordam:

Tug`ruqdan keyin yoki oxirgi tutqanoq paytidan boshlab, tutqanoqqa qarshi davo 24 soat davomida olib boriladi.

Gipotenziv davoni arterial bosim 110 mm sm. us. va undan yuqori bo`lgunga qadar davom ettiriladi.

Slydik ajralishini kuzatiladi.

Preeklampsiyaning ko`p hollarda o`lim bilan yakunlanadigan asoratlari quyidagilar:

- Aspiratsion sindrom;
- HELLP – sindrom, subkapsulyar gematomalar va jigar yorilishi;
- Eklampsiya;
- O`tkirbuyrak yetishmovchiligi;
- Gipertonik ensefalopatiy va bosh miyaga qon quyilishi;
- DVS sindromi va gemorragik shok;
- Normal joylashgan platsentaning muddatdan oldin ko`chishi;
- O`pkaning o`tkir shikastlanish sindromi;
- Preeklampitik krizlar

Preeklampsiya va eklampsiyaning davosi

Magniy sulfataning ishlatilishi:

- og`ir preeklampsiyada
 - eklampsiyada
 - tug`ruq vaqtida og`ir eklampsiya bilan asoratlenganda
- Tug`ruqdan keyin 24 soat va oxirgi talvasadan keyin magnezial terapiya davom ettiriladi.

PRICHART BO`YICHA MAGNEZIAL TERAPIYANING KEMASI:

• Yuldlama doza:

• 25% - 15 ml magniy sulfatni (2 – 3 shpritsda) vena ichiga 5-15 daqiqa ichida yuboriladi;

Eslatma: magneziv sulfat vena ichga yuborilgan vaqtda ayolda talv ketish holati kuzatiladi.

• 50`ng har bir dumbaga mushak orasiga magniy sulfatni 20 mldan boyukaln bilan birga yuboriladi.

- agar talvasa qaytarilsa 15 daqiqadan keyin 8 ml-25% magniy sulfati vena ichiga 5 daqiqa ichida yuboriladi.

• **Ushlab turuvchi doza**

- 20 mldan mushak orasiga har 4 soatda

- tugʻruqdan keyin yoki oxirgi talvasadan keyin 24 soat ichida magneziiy sulfatni davom ettirish.

ZUSPAN BO'YICHA MAGNEZIAL TERAPIYANING SXEMASI

(magneziy sulfat dozator bilan v/i yuboriladi). Bunda yuklama doza 4g boʻlib 5-10 minut ichida vena ichiga yuboriladi. Ushlab turuvchi doza 1g/soat, oxirgi talvasadan keyin 24 soat ichida magniy sulfatni davom ettirish. Agar talvasa yana qaytalansa zudlik bilan 2g magneziiy sulfat v/i ga qilinadi, infuzion doza 1,5 yoki 2,0 g/soat ga oshiriladi.

-magniy sulfatini har bir qayta yuborishdan oldin quyidagilarga ishonch hosil qiling:

1) nafas olish soni 16tadan kam boʻlmasligi kerak;

2) tizza reflekslari mavjudligiga;

3) oxirgi 4 soat ichida diurezni 30 ml/soatdan kam boʻlmasligiga.

Magneziy sulfatni kiritishni kechiktiring yoki qilmang, agar:

• Nafas olish soni 16dan kam boʻlsa;

• Tizzareflekslarikuzatilmasa;

• Oxirgi 4 soat ichida diurezni 30 ml/soatdan kam boʻlsa.

• **Antidotni qoʻllang!**

• Agar yuqoridagi belgilar boʻlsa **antidotni qoʻllang** – kalsiy glyukonat vena ichiga 10% 10 ml sekinlik bilan nafasi tiklanguncha yuboring.

Gipotenziv terapiya

Gipotenziv dori vositalari – individual tanlanadi.

➤ **Nifedipin-** (kalsiy kanalchalarining blokatori) u ham arterial bosimni pasaytiradi va uni peroral ishlatish mumkin.

10 mg Nifedepin til ostiga har 10 minutda beriladi DAD 105 mm. rt. st boʻlguncha. (maksimal bir martalik doza 50mg, sutkalik doza 120 mg).

➤ **Gidralazin-** tomir ichiga quyiladigan preparatlardan tanlanadi, arteriyalarni kengaytirib, qon oqimiga toʻsquinlikni kamaytiradi. Inʼyeksiya tarzida buyuriladi, odatda tuzli infuzion eritma shaklida. 50% holatlarda nojoʻya taʼsirlari kuzatiladi (kuchli bosh ogʻrishi, taxikardiya, bezovtalanish, qoʻrquv hissi), yaqinlashayotgan preeklampsiya simptomlariga oʻxshash belgilari paydo boʻlishi mumkin;

➤ **Metildopa** simpatik nerv sistemaning gipertenziv faoliyatini susaytiradi va 6-12 soat ichida ko'tarilgan qon bosimni boshqarib turadi.

2. Dastlabki 48 soat mobaynida haddan tashqari uyqisirashga olib keladi,

3. Metildopa effektiv bo'lib, dastlabki sedativ ta'sirdan so'ng bolaga ta'sir ko'rsatmaydigan yagona gipotenziv vosita hisoblanadi.

Homilada NBS profilaktikasi

Agar homiladorlik 34 hafta va homila og'irligi 2000 g kam bo'lsa. Homilada NBS profilaktikasi o'tkaziladi. Bunda – deksametazon 6 mg dan har 12 saotda sxema bilan qilinadi. Umumiy 4 dozada qilinadi.

Tug'ruqni olib borish

O'gir preeklampsiyada davolash metodlaridan yagona effektiv usuli bu homiladorlikni to'xtatishdir.

Zudlik bilan tug'ruqni to'xtatishga ko'rsatma (qaysi haftada bo'lishidan qat'iy nazar):

- O'gir preeklampsiya;
- Homilaholatining og'irlashishi;
- Preeklampsiya simptomlari kuchayib borganda

✓Gipertenziv buzilishlarning yengil turlari bilan bo'lgan ayollarni ambulator sharoitda har hafta kuzatilishi zarur: qon bosimini tekshirish, siydik tahlili (proteinuriyani aniqlash uchun), reflekslarni va homila holatini nazorat qilish. (bachadon tubini o'lchash orqali homila o'sishi nazorat qilinadi).

✓Arterial qon bosimi yoki siydikdagi oqsil miqdori oshnaguncha talvasaga qarshi, antigipertenziv, sedativ preparatlarni, trankvilizatorlar va diuretiklarni buyurish man etiladi.

✓Agar siydikda oqsil oshib borsa ayolni og'ir preeklampsiyaga o'xshab olib boriladi. Agar homila holati buzilishi to'g'risida ma'lumot bo'lsa (shu jumladan homila o'sishi to'xtashi belgilari), tug'ruqni barvaqt halqilish to'g'risidagi muammoni yechish lozim.

Homila hayoti uchun xavf bo'lmaganda quyidagi hollarda tug'ruq tabiiy yo'llar orqali olib boriladi

1. Akusher-ginekolog (Reanimatolog bilan birga ish olib borishi kerak):

- Tug'ruq konsilium yo'li bilan rejali ravishda olib boriladi:
- Tug'ruq og'ir preeklampsiyada simptomlar bartaraf etilgandan so'ng 24 soatdan so'ng, Eklampsiyada esa 12 soatdan so'ng sodir bo'lishi kerak.

➤ Agar homiladorlik 23-32 haftada bo`lsa konsilium yo`li bilan vrachlar tomonidan birgalikda hal qilinadi. Homiladorlik davom ettiriladimi yoki to`xtatiladimi degan savol qo`yiladi?

➤ Tug`ruq mutaxassislar-akusher-ginekolog, akusherka, anesteziolog-reanimatolog, pediater (neonatolog, bolalar reanimatologi), zarur bo`lsa terapevt bilan birgalikda bir komanda bo`lib olib boriladi.

Tug`ruqni tabiiy yo`llar orqali olib borish taktikasi

❖ Akusher-ginekolog bachadon bo`ynini yetilganligini baholashi kerak

❖ Agar bachadon bo`yni yetilgan bo`lsa (yupqalashgan, yumshagan, ochilgan) amniotomiya qilinadi va tug`ruq induksiyasi qilinadi, oksitatsin yoki prostaglandinlar orqali (bu muolajalar qilingan vaqtda o`ta ehtiyotkor bo`lish kerak!!!!)

❖ Tug`ruq epidural anesteziya orqali olib boriladi (agar qarshi ko`rsatma bo`lmasa). Tug`ruq vaqtida kardiomanitor apparati bo`lishi kerak, AQB ni, pulsni, nafas sonini, kislorodga to`yinuvchanlikni doimiy ravishda o`lchab borish kerak. Tug`ruq vaqtida magnezial terapiya davom ettiriladi-gipotenziv davo maqsadida.

❖ Agar tug`ruq og`ir preeklampsiyada 24 soat ichida, eklampsiyada 12 soat ichida tug`ruq sodir bo`lmasa, u holda kesar- kesish operatsiyasi orqali tug`diriladi.

❖ Agar homilada qoniqarsiz holat kuzatilsa u holda kesar- kesish operatsiyasi o`tkaziladi.

❖ Agar bachadon bo`yni yetilmagan bo`lsa va homila ahvolidagi o`zgarish kuzatilsa 12 soat davomida prostaglandinning effekti kuzatilmasa- kesar kesish operatsiyasi orqali tug`ruq olib boriladi.

❖ Agar bachadon bo`yni yetilmagan, homila o`lik yoki yetilmagan homila bo`lsa (yashab ketishga umid bo`lmasa), u holda bachadon bo`yni prostaglandinlar orqali tayyorlanib tug`ruq tabiiy yo`llar orqali olib boriladi.

EKLAMPSIYA VA HELLP SINDROM BIRINCHI YORDAM.

Talvasa homiladorlikda, tug`ruq vaqtida va tug`ruqdan keyingi davrda paydo bo`lishi mumkin.

Agar talvasaning sababi aniqlanmasa, ayol xuddi eklampsiya holati kabi olib boriladi va muolajalar davom ettirilib haqiqatdan ham nima sabab bo`lgani aniqlanadi.

Talvasa vaqtida yordam berish.

- Kerak asboblarni taxlab qo`yish (havo o`tkazgich, otsos, maska, ambuqopi, kislorod).

- Ayolni shikastlanishdan asrash kerak.

- Ayolni yon boshiga yotqizib, oshqozondan keladigan, qusuq massalari va qontushmasligi aspiratsiyani oldini olish maqsadida.

- Talvasadan so`ng otsosorqali og`iz bo`shlig`i va tomoqni tozalash kerak;

- Talvasa xurujidan so`ng zudlik bilan magnezial terapiyani boshlash kerak;

- Boshlang`ich doza – 4-6 g quruq modda hisobiga (20 ml 25% r-ra) v/i 5-10 minut davomida;

- Agar talvasa yana takrorlansa 2 g v/i 5 minut ichida yuborish kerak;

- Ushlab turuvchi doza – 1-2 g/soatiga v/i (infuzomat orqali) yoki v/i tomchilab yuboriladi.

- O`SV ga ko`rsatma : adekvat, mustaqil nafas bo`lmaganda (eklamtik koma, o`pka shishida, eklamtik statusda, saturatsiya 80% dan past bo`lganda).

- Zuspan bo`yicha magnezial terapiya davom etiriladi

O`g`ir preeklamsiya, eklamsiyada uchraydigan asoratlar:

- - boshmiyashishi;

- - boshmiyaga qon quyilishi;

- - DVS-sindrom;

- - o`tkirjigar yetishmovchiligi;

- - o`tkirbuyrak yetishmovchiligi;

- - gipotonik yoki koagulopatik qon ketish;

- -yiringli-septikasoratlari;

- - anti –intranatal homila o`limi;

- - vaqtdanoldintug`ruq;

- - platsentaning vaqtdan oldin ko`chishi;

- **HELLP sindromi-** H-hemolisis(gemoliz) EL-elevated liver enzymes-jigar tarkibidagi fermentlar miqdorining oshishi. LP (Lov platelet count) trombositlar miqdorining kamayishi gestozlarning og`ir variantlardan biri hisoblanadi. Nefropatiyaning 3-bosqich,preeklamsiya,eklamtsiya gemolitik anemiya, homilador yog`li jigar gepatozi uchun tipik emas trombositopeniya transaminaz va aspartatdehidrogenaza aktivligining oshishi bog`lanagan bilirubinning oshishi bilan xarakterlanadi.

Masala №1

1. Qabul bo`limiga 32 yoshli qayta tug`uvchi ayol keldi. Anamnezida 4 ta tug`ruq, 2 ta abort bo`lgan hozirgisi 7- homiladorlik. 36 hafta. I trimestrdagi homiladorlik toksikozi bilan davolangan. Konsultatsiyaga umuman bormagan. Oxirgi 2 haftada tana massasini oshishiga, oyoqlarida shishlarni paydo bo`lishiga va vaqti-vaqti bilan bosh og`rishiga shikoyat qiladi. 6soat oldin uyida tug`ruq dardlari boshlangan, 1soat oldin homila oldi suvlari ketgan. A/D 150/100 mm rt. st. , PS-102 marta. Bachadon tubi balandligi 36 haftalikka mos keladi, bachadon gipertonusda. Oldinda keluvchi qismi homila boshi, chanoqqa taqalgan. Homila yurak urishi eshitilmaydi. **Qin orqali ko`rganda:** bachadon bo`yni 6 sm ochilgan, homila pufagi aniqlanmaydi. Oz miqdorda qindan qonli ajralmalar kelayapti.

Sizning tashxisingiz?**Olib borish taktikangiz?****Masala №2**

2. Qabul bo`limiga qayta tug`uvchi ayol keldi. 4soatdan so`ng tug`ruq faoliyati boshlandi. Muddatidagi homiladorlik. Homila oldi suvlari ketmagan. Qabul qilinganda A/D-180/100 mm. rt. st. Oyoqlarida shish, siydikda oqsil 2g/l. Boshida og`riq, ko`rishi biroz xiralashgan, ko`z oldi qorong`ulashuviga shikoyat qiladi. Tug`uvchi ayol qorinida birdaniga kuchli og`riq bo`lganligini aytadi. Oldinda keluvchi qismi aniqlanmaydi. Yurak urishi bo`g`iqlashgan, ritmik emas, 1 minutda 90 marta. Bachadon tonusda, assimetrik chap tomon bachadon qismi kattalashgan. PS-102 marta, tuliq emas. Qindan ajralmalar qonli emas. **Qin orqali ko`rganda:** bachadon bo`yni 5 sm ochilgan, homila pufagi butun, taranglashgan.

Sizning tashxisingiz?**Olib borish taktikangiz?****Amaliy ko`nikmalar bo`yicha topshiriqlarni bajarish:**

1. Qon bosimini to`g`ri o`lchash.

2. Homila yurak urushini eshitish.

3. Li-Uayt bo`yicha qon ivish vaqtini aniqlash.

Amaliy ko`nikma**Qon bosimini o`lchash**

Maqsad: Arterial bosimga to`g`ri baho berish.

Jihozlar: kushetka, tonometr

Qon bosimini to`g`ri baholash uchun tavsiyalar:

- Tor kiyimni yechish;
- Ayolning o'ng qo'li qulay va yurak sathida ekanligiga ishonch hosil qiling;
- Ayolning arterial bosimi o'tirgan holatida o'lchanishi kerak;
- Kerakli o'lchamdagi manjetadan foydalaning (tonometr manjetasini uzunligi yelka aylanasining taxminan 1,5 baravar ortkan bo'lishi kerak);
- Standart manjetning pastki tomoni (kengligi 12-13 sm, uzunligi 35 sm) tirgak qatlamasidan 2 sm balandlikda bo'lishi kerak;
- Manjetagi bosimni palpatsiya qilinganda sistolik bosimdan 20-30 mm sim. ust dan oshiring.
- Bir sekundiga 2 mm sim. ust. bilan bosimni sekinlik bilan pasaytiring;
- Birinchi tovushlarning paydo bo'lishi Korotkov tovushining birinchi bosqichiga to'g'ri keladi va sistolik qon bosimini ko'rsatadi;
- Diastolik qon bosimini ovoz yo'qolishi bilan o'lchab ko'ring (Korotkov tovushining beshinchi bosqich.)
- Agar bir tomondan bosim boshqasining ustidagi bosimdan yuqori bo'lsa, unda eng yuqori bosimga ega bo'lgan qo'lni qo'shimcha o'lchovlar uchun qo'llash kerak;
- Qon bosimini o'lchash uchun simob va aneroid manometrlaridan foydalanish tavsiya etiladi (avtomatik tonometrlar AQB oshirib ko'rsatadi).

IV BOB

EKSTRAGINITAL KASALLIKLAR VA HOMILADORLIK

BUYRAK KASALLIKLARIDA HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA CHILLA DAVRINING KECHISHI.

Homiladorlik paytida ona organizmi kuchsizlanib, turli kasalliklarning avj olishiga zamin yaratadi. Yashirin, surunkali kasalliklar ham ayni shu davrga kelib "bosh ko'taradi". Bular orasida ayniqsa buyrak kasalliklari homilador ayolni toliqtiadi.

Kelib chiqish sabablari va oqibatlari. Siydik yo'lidagi infeksiyalar asosan asosan homiladorlik davrida yuzaga kelib turli salbiy asoratlarga sabab bo'lishi mumkin. Jinsiy kasalliklarga aloqasi yo'q infeksiyalar orasida siydik yo'llari infeksiyalari yurak qon – tomir infeksiyalaridan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Eng ko'p tarqalgan kasalliklar quyidagilar:

- simptomsiz bakteriuriya (peshobda ko'p miqdorda bakteriyalar mavjud bo'lishi);
- sistit (siydik pufagi shilliq qavatining yallig'lanishi);
- Piyelonefrit (Infeksion shamollash jarayoni buyrak qobig'i shikastlanishi bilan rivojlana boradi).

Pielonefrit - homilador ayollarda ko'p uchraydigan buyrak kasalligi hisoblanadi. Bu infeksiyon zararlanish 6-10% holatlarda uchraydi. Pielonefritning (PN) paydo bo'lishiga homiladorlik davridagi gormonal o'zgarishlar, o'sayotgan bachadon bilan siydik yo'llarining qisilishi, organizmda infeksiya manbalarining bo'lishi (angina, karioz tishlar, furunkulyoz va boshqalar) sabab bo'ladi. Platsenta tomonidan ishlab chiqariladigan progesteron gormoni ta'sirida ichak, siydik pufagi, siydik yo'llari shilliq mushaklari bo'shashishi sodir bo'ladi. Homilador ayollarda qabziyat va siydik passajining susayishi kuzatiladi. Yuqori siydik yo'llarida urodinamika va buyraklarda qon aylanishining buzilishi kuzatiladi. Siydik

yo'llarida kengayishlar, uzayishlar, egrilanishlar va tugun hosil bo'lishi sodir bo'ladi va buyrak jomchalari bo'shlig'i kengayadi. Bunday sharoitlar esa infeksiyaning uretra, siydik qopining subepitelial qavat to'qimasidan buyrak jomchalariga o'tishini osonlashadi. Siydik yo'llaridagi to'siqlar: toshlar, rivojlanish anomalialari va egriliklar infeksiyaning rivojlanishiga sharoit yaratib beradi. PN qo'zg'atuvchilari shartli patogen mikroorganizmlar hisoblanadi. Ichak tayoqchasi 36 - 88% uchraydi va buyrak jomchalari, buyrak atrofi kletchatkasi va koptokchasining bujmayishiga olib keladi. Protey(5-20%) o'zining fermentlari bilan oqsil va mochevinani ammiak va boshqa moddalarga parchalaydi, bu parchalanish mahsulotlari esa buyrak va siydik yo'lining epiteliyini jarohatlaydi. Bu infeksiya natijasida toshlar hosil bo'ladi va qaytalanishga moyil bo'ladi. Bundan tashqari homiladorlar siydigidan klebsiella, enterokokklar ham topiladi.

Ammo PN ning asosiy qo'zg'atuvchilari grammanfiy mikroorganizmlardir - D va B guruhga kiruvchi streptokokklar, stafilokokklar va mikrokokklar. Candida,

Mycoplasma hominus, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis, anaerob bakteriyalar ham buyrakda yallig'lanish jarayonini chaqirishi mumkin. Uzoq davom etgan jarayonda bir qancha mikroorganizmlar, yangi jarayonda esa bitta qo'zg'atuvchini topish mumkin.

Yuqorida sanab o'tilgan qo'zg'atuvchilar gematogen, kamdan-kam hollarda yuqoriga ko'tariluvchi yo'l bilan o'tadi. Birlamchi o'choq hodimsimon bezlarda, karioz tishlarda va siydik va jinsiy organlarda bo'ladi. Tug'ruqdan so'ng esa infeksiya manbai bachadon ham bo'lishi mumkin.

Tug'ruqdan keyingi PN tug'ruqgacha bo'lgan surunkali jarayonning qo'zishi yoki kasallik davomi bo'lishi mumkin. Kasallik tug'ruqdan keyin 4,6,12 kunlar rivojlanadi. PN ning o'tkir va surunkali formalari mavjud. Surunkali PN ning qo'zishi o'tkir yallig'lanish jarayonidek kechadi.

Xavf darajasiga ko'ra (Shextman 1980) PN 3 darajaga bo'linadi:

1. Homiladorlikka rivojlangan surunkali pielonefrit va tug'ruq vaqtida yuzaga keladigan o'tkir PN.

2. Homiladorlikda uchraydigan asoratlanmagan pielonefrit

3. Yagona buyrak pielonefriti (gipertenziya, azotemiya yoki buyrak funksiyasining buzilishi bilan)

1-2 xavfli guruhda homiladorlik muddatini oyida 2 marta siydik holatini kuzatish sharti bilan va nefrolog nazoratida bo'lishi bilan uzaytirish mumkin.

3-darajada homiladorlik taqiqlanadi.

Gestatsion pielonefrit - kelib chiqishiga buyrakda yashirin kechadigan infeksiya uchun qulay vaziyat vujudga keladi: gematogen yo`l bilan kelib qolgan infeksiya yuqori siydik yo`llarida urodinamikaning buzilishi va buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida chiqib ketishi qiyinlashadi. Dizuriya, siydik qopining funksiyasining buzilishi, tonusining pasayishi natijasida hajmining oshishi yuqori siydik yo`llaridan siydik evakuatsiyasining yomonlashuvi infeksiyaning uzoq turib qolishiga va buyraklarda yallig`lanish jarayonining vujudga kelishiga sabab bo`ladi. Patologik jarayon buyraklarning interstitsial to`qimasidan boshlanadi va buyrak kanalchalarining sklerozlanishi, qisilishi bilan tugaydi, natijada buyraklarning konsentratsion xususiyati erta buziladi. Mana shu fon natijasida buyrak gipertenziyasi rivojlanishi mumkin, bu holat 20% PN bo`lgan homiladorlarda uchraydi. Homiladorlarda pielonefrit ko`proq - 48%, tuqqanlarda kamroq - 35%, tug`ayotganlarda undan ham kamroq - 17% uchraydi.

O`tkir pielonefrit - homiladorlik vaqtida birinchi marta aniqlanib, 20-40% homiladorlarda simptomsiz bakteruriya bilan kechadi, shu sababli uni ham gestatsion pielonefrit rivojlanishining xavf omili deb hisoblash mumkin.

Surunkali pielonefritning avj olishi, homiladorlik kacha mavjud bo`lgan pielonefrit bo`lib, homiladorlikning II trimestrida (22-28 haftalarda) (60%) va erta chilla davrida (4, 6, 12 sut) hali yuqori siydik yo`llarining kengayishi va gipodinamiyasi saqlanib turgan davrda kuzatilishi mumkin.

Kuzatuvlar soni: simptomsiz bakteruriya- antibakterial davodan so`ng takror tekshirish, surunkali pielonefritda remissiya bosqichida – rejali tashriflar oilaviy poliklinikalarda amalga oshiriladi.

Diagnostik tekshirishlar: Umimiy siydik tahlili, Nechiporenko bo`yicha siydik tahlili, **SYI** (IMT) aniqlanganda davolashdan oldin va keyin florani aniqlash va antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirish. Buyrakdagi o`zgarishlarni, gidronefrozni va homila holatini aniqlash uchun **UTTo`tkazilishi** kerak.

Asosiy davolash tadbirlari organogenez tugallangandan so`ng bajarilishi kerak (8 haftadan so`ng)

Simptomsiz bakteruriya va sistitda – sezgirligi yuqori bo`lgan antibiotik va uroseptiklar. (Urolesan, kanefron)

Uroantiseptiklarni quyidagi hollarda tavsia etish mumkin:

· Siydik ajratish sistemasi holati funktsiyasi yaxshilanishi maqsadida surunkali PN bilan ogʻriq ayollarni homiladorlik oldi holatiga tayyorlash.

· Simptomsiz bakteruriya

· Sistit

· Homiladorlarda PNni davolashda, homiladorlikning erta muddatlaridan boshlash.

· Homiladorlikning kritik davrlarida PN qoʻzishi profilaktikasida.

· Buyrak funksional holati buzilishi bilan bogʻlik homiladorlik asorati profilaktikasida. Siydik-tosh kasalligini davolashda, qoʻzish profilaktikasida. Bakterial laboratoriya boʻlmagan joylarda himoyalangan penisillinlar, nefalosporinlar, uroseptiklar, fitoterapiya.

Pielonefritning profilaktikasi uchun – pozision davo (tizza – tirsak holati) va fitoterapiya (oʻtlar damlamasi- joʻxori popugi, pol- pola, naʼmatak damlamalari tavsiya etiladi).

Shifoxonaga yotqizishga koʻrsatma – homilador ayol tana harorati ortishi, shov sohasi va qorin pastiga irradiatsiyalanuvchi beldagi ogʻriqlar bilan dizurik belgilarga shikoyat qilsa, tekshirish va homiladorlikni keying olib borish taktikasini hal qilish uchun homilador ayolni tugʻruq kompleksining homiladorlar patologiyasi boʻlimiga yuborish kerak.

Oʻtkir ogʻriqlar, piuriya va gidronefroзда – urologiya boʻlimiga hospitalizatsiya qilinishi kerak.

Klinik simptomlar: kuchli intoksikasiya, tana harorati oshishi, holsizlik, bosh ogʻrigi, et uvishishi, bel sohasida ogʻriq, (bir yoki ikki tomonlama) dizurik belgilar, oyoqlarini qorniga tortgan holdagi majburiy holat.

Taqqoslama tashxis: oʻtkir appendisit, oʻtkir xolesistit, buyrak yoki jigar sanchigʻi, umumiy infeksiyon kasalliklar bilan oʻtkazilishi kerak.

Akusherlik asoratlari: muddatdan oldingi tugʻruq xavfi, NJYVOK, qogʻonoq suvlari emboliyasi, xorionamnionit, endometrit, mioendometrit, adneksit.

Homilador ayollar har bir tashrifda umumiy qon, va siydik tahlili, siydik surtmasi bakterioskopiyasi, UTT dan oʻtishi kerak. Homilador ayol birinchi marta pielonefrit bilan murojaat qilsa, rejali ravishda shifoxonaga yotqizish – bunda tashxisni aniqlashtirish lozim.

O'tkir jarayonlarda qonda leykositoz chapga surilishi bilan , ECHT oshishi , gemoglobinning kamayishi kuzatiladi.

Qonning bioximik tahlilida – gipoalbuminemiya. Og'ir holatlarda kreatinin va mochevinaning oshishini kuzatish mumkin.

Surunkali jarayonda – gemoglobinning kamayishi , chunki buyraklar eritropoezda ishtirok etadi, gumoral omil- yuqori leykositoz va ECHT ortishi fonida eritropoetin ishlab chiqariladi.

Siydik tahlillari:

Zimniskiy sinamasida – gipoproteinuriya, nikturiya.

Umumiy siydik tahlili- ishqoriy reaksiyali , cho'kmasida – leykosituriya (normaning yuqori chegarasi – ko'rish maydonida 6-8) silindrlar bo'lmasligi ,leykosituriya (piuriya). Siydik yo'llari bir tomonlama tiqilib qolganda yiring ajralmasligi va siydikda leykositlar bo'lmasligi mumkin. Nechiporenko, Addis- Kokovskiy , Amburje sinamali- shaklli elementlarni miqdoriy aniqlash uchun ishlatiladi.

Nechiporenko simasining homilador ayol uchun normal ko'rsatkichlari:

Leykositlar 4000, silindrlar 100, eritrositlar 2000 tagacha bo'ladi.

Siydikni bakteruriyaga tekshirish faqatgina bakteriologik laboratoriyada bajariladi. **Haqiqiy bakteruriya** – bir necha siydik tahlilida monokulturada 0,1 mln va undan ortiq qo'zg'atuvchini (ya'ni bittasi) aniqlanishiga aytiladi.

Bakterioskopiya- siydik cho'kmasi mikroskopiyasi. Agar bir ko'rish maydonida 10 bakteriya bo'lsa- 1 mikrob o. 1mln/ ml ga mos keladi.

UTT- homilador ayolning bachadoni, yo'ldoshi, buyraklari ham ko'riladi. Jom kosacha tizimi qalinligining o'zgarishi va kengayishi zararlanish belgisi bo'lib hisoblanadi.

Simptomsiz bakteruriya – hech qanday simptom kuzatilmasdan faqatgina siydik tahlilida aniqlanadi. Ko'p hollarda gestatsion pielonefritga olib keladi, shuning uchun ham antibakterial davo o'tkazilishini talab qiladi. Homiladorlik davrida 6-8% uchraydi.

Sistit-peshob yo'llari va jinsiy a'zolarning turli patologik holatlarini keltirib chiqaradi. U piyelonefritning ilk ko'rinishi yoki turli urologik kasalliklarga asos bo'lishi mumkin. Homilador ayolda lanjlik kuzatilsa, tana harorati 37,5 C gacha ko'tarilsa, og'riqli va tez-tez (har 30 – 50 minutda) siyish holati kuzatilsa, o'tkir sisti tashxisi qo'yiladi. Tashxisni albatta laboratoriya ma'lumotlari bilan tekshirish lozim. Agar homilador

ayol sistit bilan kasallangan bo'lsa siydik umumiy tahlilida leykosituriya (ko'p miqdorda leykositlar mavjudligi), bakteriuriya (bakteriyalar mavjudligi) aniqlanadi. Patologik o'zgarishlar umumiy qon tahlilida ham aniqlanishi mumkin. O'tkir sistit 7-10 kun davom etadi. Agar bu muddatdan ko'proq davom etsa shifokorga qayta murojaat etish lozim. O'z vaqtida davolanagan sistit o'tkir piyelonefritning oldini oladi.

Asosiy davolash tadbirlari

Antibakterial terapiya: penisillin qatoridagi antibiotiklar: ampisillin-kam toksik, karbenisillin, penisillin, ampioks kabilar butun homiladorlik davrida qo'llanilishi mumkin.

Ikkinchi trimestrdan: Sefalosporinlar, aminoglikozidlar guruhi (faqat gentamisin, streptomisin homilada karlik chaqirishi tufayli qo'llash man etiladi.

Makrolidlar guruhidan- eritromisin, oleandomisin.

Sulfanilamidlar guruhidan- urosulfan, etazol.

Ximioterapevtik vositalardan: **nitrofuranelar**(furadonin, furagin, furazolidon , fosfomisin) furagin me'da shilliq qavatini kam ta'sirlaydi, bu qatordagi boshqa dori vositalari ko'ngil aynishi va qusish chaqiradi. 8-oksalixolinol hosilalari – 5-nok , nitroksilin, negram (nalidiks kislotasi) – nalidiks kislotasi dori vositalarini nitrofuranelar bilan birga ishlatmaslik maqsadga muvofiq , chunki bakteriostatik samarasi kamayadi.

Siydik chiqishini yaxshilash maqsadida **spazmolitiklar**(no-shpa, papaverin) kabi dori vositalari

O'simlik dori vositalari-siydik chiqishini yaxshilaydi va dezinfeksiyalaydi. (kushtarona, qayin barglari, na'matak mevasi, jo'xori pupugi, yer tuti, qora ituzum, qovoq urug'i)

Tug'ruqdan so'ng davolash

Tug'ruqdan keyin homiladorlik davridagi buyrak kasalliklarini 2- 3 hafta davomida davolashni davom ettirish lozim. Ertalab joyidan erta turish siydik chiqishini yaxshilaydi. Yuqorida sanab o'tilgan dorilar bilan davolanadi, faqat eritromisin qo'llanilmaydi chunki (sutda ko'p miqdorda yig'iladi), ammo uzoq muddat ta'sir qiluvchi sulfanilamidlarni qo'llash imkoniyati paydo bo'ladi. Sog'ayish mezonlari 2-3 ta normal siydik tahlili. Tug'ruqdan so'ng surunkali pielonefrit avj olishini o'z vaqtida aniqlash maqsadida 2 hafta davomida faol patronaj olib borilishi kerak . Pielonefriti bo'lgan ayollarga gormonal kontraseptivlar tavsiya etilmaydi, chunki ular kasallik avj olishiga

imkoniyat yaratadi. Shuning uchun bu guruh ayollarga nogormonal vositalardan foydalanish tavsiya etiladi.

KAMQONLIKNING HOMILADORLIKKA TA'SIRI

Homilador ayollarning deyarli 30 foizi anemiyani boshidan kechiradi. Vaqtida davolanmagan anemiya homilaga ham, homilador ayolga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Anemiyaning bir necha turi mavjud bo'lib, homiladorlik davrida asosan temir moddasi yetishmovchiligi anemiyasi yuzaga keladi.

Odatda homilador ayol ginekolog nazoratida bo'lganida, bir necha bor qon analizlarini topshiradi. Shunda uning qonidagi gemoglobin darajasi ham aniqlanadi. Gemoglobin darajasi pasayib ketgan bo'lsa, onada anemiya rivojlanayotgani aniqlanadi. Agar homilador ayol egizaklarni ko'tarayotgan bo'lsa, u holda homiladorlik davomida gemoglobin tez-tez tekshirilib turadi.

Odatda, normal homiladorlikda qondagi gemoglobin darajasi o'zgarib turadi. Agar homiladorlikning boshida u kerakli darajada bo'lsa, uchinchi trimestrga kelib pasayishi namoyon bo'ladi.

Agar anemiya rivojlanayotgani aniqlansa, u holda ginekolog qo'shimcha temir moddasini vitamin shaklida qabul qilishni tavsiya etishi mumkin.

Temir yetishmovchiligi kamqonligi - bu juda keng tarqalgan kasallik bo'lib, yer sharining 25 % aholisi zararlangan. Ko'pincha temir tanqisligi anemiyasi bilan yosh bolalar (o'sish davrida) qiz bolalar jinsiy balog'atga yetish davrida (hayz qoni ketishi oqibatida), homiladorlar kasallanadilar. JSST ma'lumotlariga ko'ra homilador ayollarning 80-90 % kamqonlik bilan og'riydi. Oxirgi 10 yil ichida kamqonlik kasalligi 6 martaga oshgan. Temir yetishmovchiligi anemiyasi homilador ayollarda ham ona va bola uchun ko'p asoratlar keltiradi. Preeklampsiya, homiladorlikni ko'tara olmaslik, homilaning ona qornida surunkali gipoksiyasi, homila rivojlanishining orqada qolishi, tug'ruq kuchlari anomaliyasi va boshqalar shular jumlasiga kiradi.

Kamqonlikning rivojlanishi homilador ayollarda jigar patologiyasining sababi bo'lishi mumkin. (surunkali gepatit, gepatoz). Homiladorlikgacha kamqonlikning sabablari hayz siklining ko'p miqdorda bo'lishi (giperpolimenoreya, bachadon miomasi, adenomioz), oshqozon - ichak traktidan qon ketishlar (gastrit, oshqozon va 12 barmokli ichak yara kasalliklari, venalarning varikoz kengayishi, gemorroj) va shu bilan birga

temir moddasining oshqozon ichak traktidan yaxshi so`rilmaligi oqibatida kelib chiqadi.

Ba'zi hollarda temir yetishmovchiligi kamqonligi surunkali to'yib ovqatlanmaslik va och qolishlar oqibatida yuzaga keladi.

Homiladorlar kamqonligi – homiladorlik davrida (asosan II- III trimestrlarda) ona va homilada qon ishlab chiqarish uchun lozim bo'lgan moddalarga ehtiyojining ortishiga qaramay to'liq qoplanmasligi natijasida kelib chiqadi.

Tasnifi

1. O'tkir qon ketishi natijasidagi kamqonlik (postgemorragik)
2. Eritrositlar ishlab chiqarilishi yetishmovchiligi natijasidagi kamqonlik (temir tanqisligi, aplastik, megaloblastik, sideroblastik, surunkali kasalliklar natijasida)
3. Eritrositlar parchalanishining kuchayishi natijasidagi kamqonlik (gemolitik)

Kamqonlikning ikki guruhi farqlanadi:

-Homiladorlik davrida aniqlangan;

-Homiladorlikka mavjud bo'lgan

Homiladorlik davridagi kamqonlik orttirilgan (temir, oqsil, foliy kislotasi tanqisligi) va tug'ma (o'roqsimon-hujayrali) bo'ladi.

Og'rlik darajasi bo'yicha kamqonlik quyidagicha farqlanadi:

1. **Yengil**– gemoglobin 110-91g/l, eritrositlar $3,6-3,2 \times 10^{12}/l$, gematokrit 37-31%;
2. **O'rtacha og'ir**– gemoglobin 90-71g/l, eritrositlar $3,3-3,0 \times 10^{12}/l$, gematokrit 30-24%;
3. **Og'ir** – gemoglobin 70-51g/l, eritrositlar $3,0-1,8 \times 10^{12}/l$, gematokrit 23-13%.

Homiladorlik davrida temirning sarflanishi

Homiladorlik favqulotda aktiv jarayon bo'lib yangi organizm hosil bo'lishi bilan tugallanadi va ko'p miqdorda temir talab qiladi. Shuni e'tiborga olish kerakki, homiladorlikni birinchi ikki trimestrida zardobdagi temir yuqori bo'lishi kuzatiladi. Bu boshdan menstruatsiyaning to'xtashi va shunga binoan ayol organizmi temirni sarf qilmasdan uni tejash bilan bog'liq. Bundan tashqari homiladorlikni birinchi oylarida temirni intensiv sarflanishi bo'lmaydi, faqat 7- oy boshidan boshlab, ayol organizmi o'zining

shaxsiy ehtiyoji uchun, qon massasining oshishi va fetoplatsentar kompleks yaratilishi uchun temirga bo'lgan ehtiyoj oshadi.

Ko'p izlanishlar shuni ko'rsatadiki, homilaga temirni qon orqali kirishni platsenta orqali amalga oshadi. Aniqlanishicha onadan qabul qilingan temir 40 minutdan keyin homila plazmasida, 2 soatdan keyin esa uning eritrotsitlarida bo'ladi. Ammo homila temirni nafaqat o'zining eritrotsitlari uchun, balkim o'zining shaxsiy rivojlanishi uchun;

homiladorlikning oxirgi 2 oyida jigarda, taloqda va suyak ko'migida zaxira qabul bo'lishi uchun sarflaydi. Shu yo'sinda homiladorlikni 3 trimestrida ayol organizmi quyidagi miqdorda temirdan mahrum bo'lishi mumkin:

- Homila shakllanishi uchun- 300 mg
- Kindik , platsenta uchun- 100 mg
- Bachadonning 20 marotaba kattalashishi uchun- 50 mg
- Tananing shaxsiy talabi uchun -170 mg.
- Eritrotsitlar massasining oshishi uchun - 450 mg.
- Umumiy hisobda - 1070 mg.

Shuni hisobga olish kerakki, ayollarning hayz ko'rmagani uchun ayol organizmi temirni tejaydi. Ko'p miqdorda temir aliment rezorbttsiyasi ichakda 2,5-3-3,5 mg. gacha, sutkada ko'tariladi, shuning uchun tejalgan va rezorbttsiyalangan temir miqdori homiladorlik davrida o'rtacha 820 mg. tashkil qiladi, bunda sarflangan temir, kerakli miqdordan 250 mg ko'p bo'ladi. Fiziologik holatda bu tanqislik depodagi temir zapaslari orqali kompensatsiyalanadi. Bu homilador ayolning umumiy holatiga va qoniga ta'sir etmaydi. Bunda faqat homiladorning 7 oyida zardobdagi temir kamayadi va bu uchdan 1 qismiga ya'ni, 120 dan 80 mkg % bo'ladi va homiladorlikning oxirgi oyigacha shunday qoladi.

Homiladorlikda temirga bo'lgan ehtiyoji: egiz homiladorda, temir tanqisligida yoki temir rezorbttsiyasi buzilganda, sideropeniyada jadallik bilan kamayadi, qon zardobidagi temir 60 mkg % gacha tushadi, temirni biriktirib olish xususiyati esa 400 mkg % dan oshadi. Bunda sideropeniya aniq bo'ladi, bunday hollarda bu homiladorlik bilan bog'liqmi yoki boshqa o'zgarishlarmi aniqlash kerak.

Normal fiziologik kechuvchi homiladorlikda ayol organizmida qator asosiy o'zgarishlar ro'y beradi. Ayol massasining umumiy og'irligi o'rtacha 10-12 kg oshadi, buning 75 % hamma vazni va h. k. Platsenta og'irligi,

qo'g'onoq suvlar undan tashqari AYQH hajmi oshadi. Bu homiladorlikning 1-trimestridan boshlanadi va eng ko'p oshishi 34-36 haftalarda kuzatilib, homiladorlikning oxirida AYQH o'rtacha boshlangich miqdorining 40-50 % dan yuqori bo'ladi, bunda 74 mlg/kg tana vaznini tashkil etadi, bu 1,5 l. ga homilador bo'lmagan ayol vaznidan ko'p bo'ladi.

Aylanayotgan zardob hajmi va eritrotsitlar har xil proporsiyada ko'payadi.

Tomirlar ichidagi zardob miqdori ham 2,5 dan to 3,8 l gacha 40 haftada ko'tariladi, aylanadigan eritrosit hajmi esa bu davrda 1,4 dan 1,65 gacha ko'tariladi. Buning natijasida gidremiyaning fiziologik fenomeni kuzatiladi yoki qo'shilgan anemiya kuzatiladi. Bu esa gemoglobin va gemotokrit

АЁЛЛАРНИНГ ТЕМИРГА БЎЛГАН ТАЛАБИ ҲОМИЛАДОРЛИКГАЧА, ҲОМИЛАДОРЛИК ВАҚТИДА ВА ҲОМИЛАДОРЛИҚДАН СЎНГ



Ҳомиладорликни нормал кечишини таъминлаш учун 1000 мг темир зарур

4.1-rasm Ayollarning temirga bo'lgan talabi

konsentratsiyasining pasayishiga olib keladi. Shuni ta'kidlash kerakki, homiladorlik paytida qonning suyulishi bu ona va homila o'rtasida platsenta orqali organik moddalar, elektrolitlar, gazlar almashinishini yaxshilaydi.

Modda almashinuvi buzilishi yoki yuqoriligini oldini oladi va ayol organizmida bu suyultirishlar fetal mahsulotlarning toksik ta'sirini kamaytiradi va ularning chiqishini yengillashtiradi hamda tromb hosil bo'lishining oldini oladi.

Klinik simptomlari: so'lg'inlik, umumiy holsizlik, teri qoplamlar va shilliq qavatlar rangparligi, skleralar, burun lab uchburchagi, kaftlar, sarg'imtirligi, soch va tirnoqlar sinuvchanligi, terining patologik pigmentasiyasi, yurak auskultasuyasida shovqin eshitish, xeylit (teri bichilishi), qorin dam bo'lishi, axlat suyuq kelishi, til qichishi va achishi.

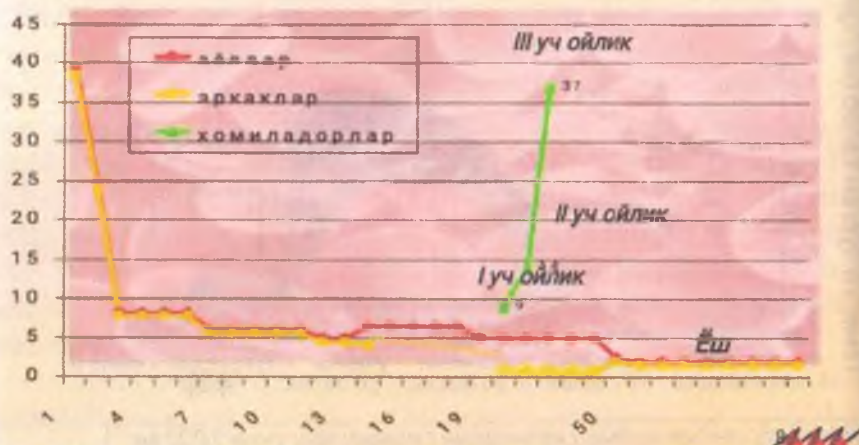
ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИНИНГ ЁШ ВА ЖИНСГА НИСБАТАН РФ ДА ТАРҚАЛИШИ

Ю.Е.Малаховский., 1988

Widholm et. al. 1967

Morb.Mortal.Wkly Rep., 47:1-29,1998

% ТТК



4.2-rasm Temir tanqisligi

Diagnostikasi: Umumiy qon tahlili (eritrositlar miqdori, rang ko'rsatkichi, gematokrit), qon bioximiyasi va qon zardobida temir (Fe) miqdorini aniqlash. Homiladorlik davrida I va II trimestrnlarda bir oyda bir

marta, III – trimestrda esa bir oyda 2 marta kuzatuv o'tkazish maqsadga muvofiq.

Temir moddasi yetishmovchiligi tufayli anemiya quyidagi ayollarda yuzaga keladi(4.1rasm)

-Temir moddasiga boy mahsulotlar (qizil go'sht, o'rik, uzum, banan, mayiz va hokazolar)ni kam iste'mol qiluvchilarda;

-Homilador bo'lishdan oldin ko'p qon ketadigan hayz ko'radigan ayollarda;

-Egizaklarni ko'tarayotgan homilador ayollarda;

-Yoshi 20dan kam bo'lgan ayollarda.

Anemiyaning alomatlari

-Kuchsizlanish va holsizlik;

-Tez charchash;

-Yurakning tez urishi;

-Ba'zi homilador ayollar bosh og'riq, bosh aylanish, quloq shang'illashini ham sezishi mumkin.

Bu alomatlarni homiladorlikning ilk trimestrida yuzaga keladigan toksikoz va holsizlik bilan adashtirmaslik lozim.

Organizمنى temir moddasi bilan boyitish uchun va temir moddasini yetishmovchiligini qoplash uchun eng yaxshi yo'l, kerakli mahsulotlarni muntazam ravishda yeyish. Temir moddasiga boy ikki xil mahsulot mavjud:

1. Qizil go'sht, baliq va parranda go'shti tarkibidagi temir modda bo'lib, u organizm tomonidan oson qabul qilinadi.

2. Quritilgan meva, boyitilgan quymoqlar, butun bug'doydan pishirilgan non mahsulotlari, to'q yashil rang ko'katlar tarkibidagi temir modda bo'lib, uning organizmga singishi biroz qiyin bo'ladi.

Odatda vitamin C temir moddasini organizm tomonidan qabul qilinishiga yordam beradi. Shuning uchun 2 guruhdagi temir moddasiga boy mahsulotlarni 1 stakan apelsin sharbati bilan qabul qilish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ba'zi mahsulotlar temir moddasini organizmga singishiga to'sqinlik qiladi:

-Choy va kofe;

-Jig'ildoq qaynashi va ovqatni xazm qilish uchun mo'ljallangan dorivojlanishlari;

-Sut va sut mahsulotlari.

Homilador ayolda organizm temir moddasini birinchi navbatda homilaga yetishtirib beradi. Shuning uchun anemiya holati o'tkir bo'lmaganda, homilaga deyarli sezilmaydi. Lekin ona tez charchaydigan, holsiz bo'lib yuradi.

Agar homilador ayolga shifokor temir moddasini ichishni tavsiya qilgan bo'lsa, albatta unga amal qilish zarur. Anemiya kuchayib ketsa, quyidagi salbiy oqibatlar yuzaga kelishi mumkin:

- Muddatidan oldin tug'ish;
- Bola tug'ilganida vazni kichik bo'lishi;
- Bola tug'ilganida muddatiga nisbatan kamroq rivojlangan bo'lishi;
- Tug'ilgan bolada temir yetishmovchiligi kuzatilishi. Bu holat uning jismoniy va aqliy rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Davolash tadbirlari

Dori vositalarisiz (nomedikamentoz) : temir va vitaminlarga boy parhez, oqsil o'rnini to'dirish uchun davolovchi oziqlantirish, temir bilan boyitilgan maxsus ovqat mahsulotlari: non, pechenye, gematogen va b.

Medikamentoz davolash: kamqonlikni tiklash (gemoglobinning normal miqdorini tiklash), to'yintirish davosi (organizmdagi temir zaxirasini tiklash), ushlab turuvchi davo (barcha temir fondini normal miqdorda saqlash)

Homiladorlikning 20 haftasigacha gemoglobin miqdori 100g/l dank am va klinik belgilari kuzatilganda parhezga o'zgartirishlar kiritish tavsiya etiladi. Samara bermaganda 2 haftadan so'ng laborator tekshirish o'tkaziladi (eritrositlar, rang ko'rsatkich, gematokrit aniqlanadi). Tashxis tasdiqlangandan so'ng, temir vositalarni (ovqatdan so'ng) tayinlanadi.

- 26-34 haftada gemoglobin miqdori 100g/l dan kam va klinik belgilar kuzatilmasa, ovqatlanish to'g'rilanadi, temir vositalarini tayinlash shart emas (Fiziologik gemodilyusiya, "Homiladorlarning fiziologik kamqonligi"). Agar gemoglobin miqdori 70g/l dan km bo'lsa, gematolog va terapevt maslahati tayinlanishi kerak.

-26-34 haftada gemoglobin miqdori 100g/l dan kam va klinik belgilar kuzatilsa, ovqatlanish to'g'rilanadi, og'iz orqali temir vositalari tayinlanadi.

Kamqonlikning oldini olish va yengil shaklini davolashning sutkalik miqdori 50-60 mg temir, chuqur kamqonlikni davolash uchun - 100-120 mg temirni tashkil qiladi.

Kamqonlik tashxisi qo'yilgan holatda davolash tadbirlari quyidagi ketma- ketlikda o'tkaziladi: rasional oziqlanish tamoyillariga asosan parhezni korreksiya qilish: ovqatlanish vaqtida choy, kofe va suyuqlik iste'mol qilmaslik kerak, parazit va gijjalarga tekshirish, temir vositalari va folly kislotasini tayinlash.

!!! Unutmang

Temir vositalarini parenteral (v/I, m/o) yuborish xavfli hisoblanadi, temir vositalarini og'iz orqali qabul qilish imkoniyati bo'lmaganda kasalxona sharoitida qo'llash maqsadga muvofiq. Jigar gemosiderozi kelib chiqish xavfi bo'lganligi sababli zardobdagi temir miqdorini aniqlamasdan temir vositasini tayinlash man etiladi. Dori vositalari miqdori individual holatda klinik belgilarni hisobga olib tayinlanadi.

Aplastik , megaloblastik va sideroblastik kamqonliklarda – homiladorlik man etiladi.

Yuqori dozadagi temir preparatlari buyurish ahamiyatga molik emas, chunki bunda temir so`rilishi oshmaydi. Temir preparatlari bilan davolash davomiy bo`lishi kerak. Retikulotsitlarni oshishi davolash adekvat bo`lganda, yetarli bo`lganda, 8-12 kunda kuzatiladi, Fe miqdori oshishi 3 haftagacha kuzatiladi.

Quyidagi hollarda temir dori vositalarning terapiyasi noeffektiv bo`lishi mumkin:

- TTA ning bo`lmasligi;
- Yetarli bo`lmagan doza;
- TTA larni yetarli davolanmasligi;
- Ichakda so`rilishining buzilishi;
- Temir so`rilishini pasaytiruvchi dori vositalarini qabul qilish;
- Yashirin qon ketish (gemorroy va boshqalar).

Quyidagi antianemik preparatlar homiladorlik davrida kamqonlikni davolash uchun yaxshi natija beradi.

1. Tardiferon 1 tabletkadan 1 mahal, ertalab nonushtadan oldin, og'ir darajali temir yetishmovchilik anemiyasida 1 tabletkadan 2 mahal ovqatdan oldin beriladi.

2. Ferrum - Lek (sirop, tomchi, chaynaladigan tabletkalar xilidan).

a) chaynaydigan tabletkalar 1 kunda 1 tabletkacha chaynash uchun beriladi.

b) sirop 2 choy qoshiqda 2 mahal ovqatgacha beriladi. tomchi holda esa

1) tomchidan 2 mahal ovqatdan keyin beriladi.

3. Globeks 304 mg. 1 tabletkadan 2 mahal ovqatdan keyin beriladi.

4. Ferlatum sirop ko`rinishida kunida 1 flakon 1 mahal ichishga beriladi.

Bu preparatlar vrach tomonidan buyurilib, ichish davomiyligi esa anemiyaning darajasiga va preparatning turiga qarab tavsiya yetiladi.

TTA profilaktikasi homilador ayollarda anemiyaning va temir tanqisligining (yashirin yoki aniq) ko`p uchrashishi e`tiborga olgan holda profilaktika katta ahamiyatga ega. Anemiyaning paydo bo`lishi xavfi katta bo`lgan ayollarda profilaktika juda zarur. Bularga quyidagi ayollar kiradi.

- oldin anemiya bilan kasallanganlar;
- surunkali infeksiyon kasalligi bor (jigar, buyrak va boshqalar);
- ko`p tug`ganlar
- 1 trimestrda gemoglobinni 100 g/l bo`lgan homilador ayollar;
- Ko`p suvli homilador ayollar;
- preeklampsiyasi bor homilador ayollar;
- yillar davomida giperpolimenoreyasi bo`lgan ayollar.

Profilaktika quyidagicha: past dozadagi temir dori vositalari (1-2 tab. kuniga) 4-6 oy davomida homiladorlikning 12-14 haftasidan boshlab davolash 2-3 hafta olib boriladi, 2-3 haftada dam olib TTA profilaktika qilish yangi tug`ilgan bolalarda yuqori temir zaxiralarning bo`lishiga va ko`krak yoshidagi bolalarda temir tanqisligining oldini olishga yordam beriladi.

Davolash

Odatda temir moddasi dori-vositasini shifokor tavsiya etadi. Ba`zi temir moddasi dori-vositalari tarkibida foliya kislotasi ham bo`lishi mumkin. Imkon qadar temir moddasi dori-vositalari apelsin sharbati bilan iste`mol qilinishi kerak.

Ba`zida temir moddasi dori-vositalari homilador ayolda quyidagi nohush holatlarni keltirib chiqaradi:

- Ich qotishi;
- Ko`ngil aynishi;
- Qusish;
- Ich ketishi;
- Jig`ildoq qaynashi;
- Qorin og`rishi.

-Undan tashqari qabul qilinayotgan temir moddasi tufayli siydik rangi ham to`qlashadi.

Lekin bu nohush holatlar vaqt o'tgan sayin yo'q bo'lib ketadi, shuning uchun shifokor bilan maslahatlashmay turib ularni qabul qilishni to'xtatmaslik zarur. Anemiyaning kuchli holatlarida temir moddasi ukollari ham qo'llaniladi. Ba'zi tadqiqotlarning ko'rsatishicha, homiladorlik davrida anemiyasi bo'lgan ayollar tuqqandan so'ng depressiyaga boshqa ayollarga nisbatan ko'proq chalinar ekanlar.

Kamqonlik asosan tugish yoshidagi ayyolar o'smirlar va bolalar o'rtasida ko'p uchraydi. Kamqonlikka duchor bo'lgan ayyolar va bolalarda kasallik va o'lim ko'rsatkichlari sakkiz-o'n barobar yuqori bo'ladi, bolalarning jismoniy va aqliy rivojlanishi pasayadi.

Kasallik keltirib chiqaruvchi asosiy sabablardan biri ayollar va bolalar ajzolarida temir moddasining yetishmasligidir. Ularda bu moddaga extiyoj orakklarga nisbatan uch - besh barobar ko'proq bo'ladi. Bolalarda temir yetishmasligiga olib keluvchi sabablar bir necha xolada kuzatiladi : onaning homiladorlik va emizish davrida kamqon bo'lishi, bola chala yoki kam vazm bilan tug'ilishi, ko'krak suti bilan boqilmagani, surunkali kasallikka chalinishi, gijalar bo'lishi, pala-partish ovqatlanish kabilar.

Ayollarning xayzda ko'p qon yo'qotishi (xayz to'rt besh kundan ortiq bo'lsa), homiladorlik va tug'ish oralig'i uch yildan kam bo'lishi, surunkali oshqozon- ichak kasalliklarni, tartibsiz, to'yamay ovqatlanishi temir yetishmasligiga sabab bo'ladi.

Kamaqonlik asorati juda xavfli. Ayollarda tug'ish jarayonida qon ketishi va boshqa asoratlar kelib chiqishi, bola chala tug'ilishi yoki yengil bo'lishiga, tug'ma nuqsonli bo'lib qolishiga, immunitetning pasayishiga olib keladi. Shu sababli bolalar va ayollar ko'p kasallanishadi. Kamqonlik bolalarni va o'smirlarni jismoniy, aqliy rivojlanishdan, o'qish qobiliyatini o'sishidan to'xatadi. Kamqonlik asoratlarini yo'qotish ancha qiyin. Ba'zida yo'qotishni umuman iloji yo'q. Natijada odam aqliy va jismoniy rivojlanishi pasayadi, surunkali oshqozon- ichak kasalliklariga chalinadi. Kamqonlikning og'ir darajasida shifoxonada yotib davolanish kerak. Bemorga xar hil muolajalar va qon quyish zarur bo'ladi, davolanish kamida uch- olti oy davom etadi. Ko'pincha ayollar davolanishni oxiriga yetkazmaganlari bois asoratlari qoladi, xastalik qaytariladi, surunkali bo'lib qoladi.

To'g'ri ovqatlanish temir yetishmasligining oldini olishda eng muhim omil. Aksariyat muammolar ovqatlanishning oddiy qoidalariga rioya etmasligimizdan kelib chiqadi! Tarkibida temir moddasi va turli vitaminlar

mo'l bo'lgan mol va qo'y go'shti, jigari va buyragi, baliq, no'xat, loviya, jo'xori, grechka, mayiz, makaron iste'mol qilish kerak. Choy, kofeni kamroq ichish zarur. Chunki ular ovqatdagi temir moddasini so'rilishiga xalaqit beradi. Olma, uzum, qovun, tarvuz, sabzi, pomidor, karam, qizilcha, qatiq, suzma, tuzlamalar temir moddasini yaxshiroq so'rilishini ta'minlaydi. Xo'l mevalar, sabzavotlar, ko'katlar (C vitamini orqali) temir so'rilishini to'rt barobarga oshiradi. Dukkakli o'simliklar, yormalar temir moddasiga boy. Shakar va boshqa shirinliklar qonni ko'paytirmaydi, ularda temir ba vitaminlar yo'q, aksincha ishtahani pasaytiradi, gijjalarni ko'paytiradi.

Tanada temir yetishmasligi belgilaridan biri ta'm va hid sezishning buzilishidir. Bunday be'morlar bo'r, shama, kesak, xamir, pishirilmagan makaron, guruch, qog'oz va boshqa boshqa narsalarni yeyishadi, bo'yoq, benzin, atseton, tutun, zax hidlarni yoqtirishadi. Tirnoqlari mo'rt g'adirbudur, yupqa bo'ladi, qiyshayib, tez uvalanib ketadi. Xotirasi pasayadi, ish qobiliyati va ishtahasi susayadi, bosh aylanadi, kamquvvat bo'ladi, tez charchaydi.

Avvalo, to'g'ri (tartibli) ovqatlanib, tanada temir yetishmasligining oldini olish zarur. Temir bilan boyitilgan un va un maxsulotlarini iste'mol qilish kerak. Tug'ish yoshdagi ayollar, o'smir qizlar, bir yoshdan o'tgan bolalar xaftada bir marta bir dona (60 mg), homiladorlar ikki dona (120 mg), olti oydan bir yoshgacha bo'lgan bolalar 30 mg temir preparati qabul qilishlari maqsadga muvofiq. Shunda tanadagi temir yetishmovchiligi asta-sekin yo'qoladi. Kamqonlik avj olmaydi.

Ovqatdan so'ng o'ttiz daqiqadan yoki undan ko'proq vaqtdan so'ng choy ichsa bo'ladi. Choy o'rniga qaynagan ma'danli suv, meva sharbatlari, na'matak yoki quruq meva damlamalarini ichish foydali.

Bu kassalikni uy sharoitida ham davolasa bo'ladi. Buning uchun:

-uyqudan oldin bir kosa qaynoq suvga bir piyola qora mayiz solib qo'yiladi. Ertalab turgach, mayiz yeb, sharbatini ichish tavsiya etiladi;

-300 gram yong'oc, toza tog'asali, qora mayiz qo'sht qiymalagichdan o'tkazilib, aralashtiriladi va ovqatdan oldin ikki choy qoshiqdan bir oy davomida iste'mol qilish kerak;

-quruq, xom marjumak (grechixa) xavonchada maydalanib, uch osh qoshig'i bir piyola qattiq solib, aralashtiriladi, ertalabgacha usti yopiq holda turadi, nonushtadan yarim soat oldin yeyiladi;

-uch- to'rt qizil sabzi sharbati dokada suziladi va bir piyola qaynatilgan sutga qo'shib , kun davomida xo'plab ichib turiladi;

-bitta tuxum sarig'i, ikki choyqoshiq shakar, bir oshqoshiq sariyog' va yarim choyqoshiq kakao kukunini yaxshilab aralashtiriladi. Bu shirinlikni xar kuni yeyish mumkin.

Aslida, kamqonlikning sabablari ko'p. Lekin surunkali qon yo'qotishdan ko'ng kelib chiqadigan kamqonlik ayollarda ko'p uchraydi. Masalan, homila tushganda, hayz ko'rish cho'zilib ketsa, tug'ruqda, bachadon va tuxumdon kasalliklari tufayli qon ketishi, ko'pincha, anemiyaga olib keladi. Shuningdek, tug'ruqlar oralig'idagi interval yaqinligi, ayniqsa, homiladorlikda organizmning temir moddasiga to'yinmasligi kabilar kamqonlikka olib keladi. Ushbu xastalikni parhezshunos mutaxassislar tavsiya etgan taomlar bartaraf etishi mumkin. Bunday yeguliklarning ayrimlari haqida bilib olganingiz ma'qul.

Tovuq go'shti va sabzavotli salat

Qaynatilgan qovoq

Suzmali salat

Lavlagili darmondori

Na'matakli damlama

Turshak ivitmasi

Amaliy ko'nikamalar

Zimniskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoldalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning tami sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22. 00 -6. 00' gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1015 dan 1025 gacha

o'zgarib tursa buyraklarning funksional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish. Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Siydik bir kecha-kunduz davomida xohlangan vaqtda yig'iladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Tahlil uchun 2—3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqligida laboratoriyaga jo'natiladi.

Vaziyatli masala

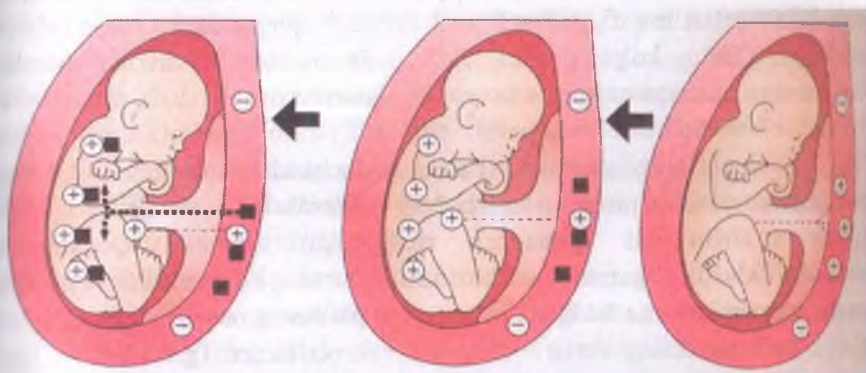
Tug'ruq bo'limiga homiladorlik muddati 30 hafta bo'lgan, 30 yoshli ayol qabul qilindi. Tekshiruvdan keyin homiladorlik sababli qorning kattalashgani, QA-89sm, BTB-35sm, bachadon tubida yirik, noto'g'ri yumaloq shakldagi o'rta chiziqdan o'ngga og'gan, chap tomonda kichik qismlari, pastki qismda chegaralari tekis, konsistensiyasi zich, harakatchan yumaloq qismi kichik chanoq kirish tekisligi ekanligi aniqlandi. Homila yurak urishi yaqqol, ritmik 140 marta kindikdan pastga, o'ng tomonda eshitiladi.

V BOB

AKUSHERLIKDA REZUS OMILNING O'RNI

HOMILA VA CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGI. CHAQALOQLAR SARIQLIGI. ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOIYILLARI.

Rezus faktor (Rh - faktor) – odam eritrotsitlarining tug'ma sinfiy xususiyati bo'lib, o'zida rezus antigen(izoantigen) saqlaydi. Boshqa xususiyatlariga bog'liq bo'lmay, avloddan avlodga beriladi va odam butun



5.1-rasm. Homilada rezus factor

hayoti davomida saqlanadi. 85 % odam eritrotsitlarida bo'ladi va Rezus - musbat (Rh - +) deb ataladi. Boshqa odamlar qonida bo'lmaydi va rezus manfiy (Rh-) deyiladi.

Rezus sistemasida turli xil antigenlar bo'lib, ularni aniqlashda maxsus kardoblar mavjud. Normada rezus antigenlariga tabiiy antitelalari uchramaydi. Biroq homilador ayol organizmida homila rezus faktor immunizatsiyasi yoki rezus musbat qonni rezus manfiy qonli retsipiyentga qo'yish natijasida antirezusning to'liq yoki noto'liq formalarining immun

antitelalari hosil bo'lishi mumkin. Mana shunday immunizatsiyalashgan retsipiyentga rezus musbat qon quyganda eritrotsitlar buzilishi, reaksiyalar yoki asoratlar berishi mumkin.

«**Rezus faktor**» nomi makakus – rezus turidagi maymun nomidan kelib, chiqqan. 1940-yilda avstraliyalik olim Karl Landshteyner bilan (u 1990-yilda qon guruhini ochdi, 1930-yilda shu uchun Nobel mukofoti olgan). Amerikalik olim A. S. Viner mana shu maymun qonida rezus faktor nomli antigenni aniqlaydi. Odam eritrotsitlarida rezus faktor bo'lishi yoki bo'lmasligiga qarab ular rezus musbat (Rh +) yoki rezus manfiy (Rh-) guruhga kiritiladi. Rezus odam hayoti davomida o'zgarmaydi. Qonning «rezus musbat» xususiyatli dominant gen, «rezus manfiy» esa retsessiv gen hisoblanadi. «Rezus musbat» va «rezus manfiy» qonlar bir – biriga nomutanosib. Chunki «rezus manfiy» individual qoniga rezus faktor tushsa, antitela (immunreaksiya) hosil bo'lishi, u esa anafilaktik shokka olib kelishi mumkin. «Rezus manfiy» bemorlarga faqat «rezus manfiy» qonni, «rezus musbat» bemorlarga ham «rezus musbat» ham «rezus manfiy» qonni quyish mumkin. Rezus musbat faktorli erkak bilan rezus manfiy faktorli ayol turmush qurganda «rezus musbat» homila tug'ilishi ko'proq kuzatiladi. Homiladorlik davrida homila antigenining oz miqdori ham ona qoniga platsenta orqali o'tishi mumkin va antitelalar hosil bo'lishini chaqirishi mumkin. (asosan agar bolada patologiya bo'lsa). Birinchi homiladorlikda (ba'zan ikkinchisida ham) qonda ularning qon konstrentratsiyasi nisbatan kam bo'ladi va homila bu antitelalarining hech qanday ta'sirini his qilmasdan rivojlanishi mumkin. Quyidagilar homiladorliklarda o'zgarishi mumkin: antitelalarining konstrentratsiyasi oshib boradi, kam miqdorda bo'lgani uchun ular platsenta orqali homila qoniga erkin o'tadi va uning rezus – musbat eritrotsitlarini (gemoliz) va qon yaratuvchi organlarini zararlaydi. Buning natijasida bolada gemolitik kasallik paydo bo'ladi. Rezus nomutanosiblik barvaqt namoyon bo'lganda bola tashlashlarga yoki barvaqt tug'ruqlarga, o'lik bola tug'ilishiga sabab bo'ladi. Rezus nomutanosiblikka homiladorlikning 8-haftasida tahlil qilinadi va qonda rezus – antitelalar borligi aniqlanadi. Bu agar oldin abort, bola tashlashlar yoki qon quyish jarayonlari bo'lganda muhim hisoblanadi.

GEMOLITIK KASALLIKNING PATOGENEZI.

Gemolitik kasallik yana antitelalarining homilaga platsenta orqali o'tishi natijasida rivojlanadi. Rezus antitelalar homilaning rezus musbat

eritrotsitlar bilan reaksiyaga kirishib, ularni gemolizini chaqiradi. Rivojlanayotgan anemiya organizmning kompensator, reaksiyasini, gepatosplenolegamiya bilan ekstramedulyar qon yaratilishi o'choqlar hosil bo'lishini chaqiradi. Eritrotsitlarning parchalanishi mahsulotlari qizil qonning yosh, yetilmagan turlarini hosil qilishini stimullaydi. Homilada gemopoez buzilishi natijasida anemiya rivojlanadi. Gemolitik kasallikda sariqlikning paydo bo'lishi va kuchayishi va chaqaloq qonida bilvosita billirubinning saqlanishi bilan bog'liq. Bilvosita bilirubinni bevosita billirubinga aylantirishda jigarning faoliyati chegaralangan bo'lsa, eritrotsitning parchalanishi mahsulotlarini qayta ishlash uchun u yuklama hisoblanadi. Shuning uchun bilvosita billirubin to'planishi kuzatiladi. U toksik xususiyatga ega va buyraklar orqali chiqarilmaydi. Uning toksikligi nafas fermentlari va fosforlanish jarayonlarining yo'qolishi natijasida to'qima metabolizmining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Jigarning temir bilirubin pigmentlari va rivojlanayotgan fibroz «qayta tiklanish» lari buziladi, u esa gipoprotenemiya, gipoalbuminemiya, tomir o'tkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Paydo bo'lgan yurak yetishmovchiligi va jigarning kattalashishi katta qon aylanishi sistemasida dimlanishga, suyuqlikning to'qima va to'shliqlariga to'planishiga, anasarka rivojlanishiga olib keladi.

GEMOLITIK KASALLIK KLINIKASI.

Gemolitik kasallikning 3 xil turi bor:

- 1) Gemolitik anemiya sariqliksiz va shishsiz
- 2) Gemolitik anemiya sariqlik bilan
- 3) Gemolitik anemiya sariqlik va shish bilan

Sariqliksiz va shishsiz gemolitik anemiya – kasallikning kam tarqalgan va yengil formasidir. Uning asosiy simptomi – teri qoplamlarining rangparligi gemoglobin va eritrotsitlar soni kamligi bilan birga. Jigar va taloqning biroz kattalashishi petexial toshmalar aniqlanadi. Schvenzer (1953) fikricha, anemiya nafaqat gemoliz natijasida balki ilik funksiyasining tormozlanishi va undan yetilgan va yetilmagan eritrotsitlar chiqishining ushlanishi natijasida rivojlanadi. Gemolitik anemiya sariqlik bilan – gemolitik kasallikning og'irroq va ko'p uchraydigan formasidir. Asosiy simptomlari bo'lib, anemiya, sariqlik, gepatosplenomegamiya hisoblanadi. Og'ir hollarda markaziy nerv sistemasining zararlanishi simptomlarini kuzatish mumkin. Bola tug'ulganidan qog'onoq suvlarining, birinchi tug'ruq moylari, teri qoplamlarining, kindik tizimchasining sariq rangda bo'lishi diqqatni tortadi.



5.2- rasm. Gemolitik kasallik ko'rinishlari

Gemolitik anemiya sariqlik va shish bilan (universal shish) – gemolitik kasallikning og'irroq turidir. Universal shishli bolalar ko'pincha o'lik tug'iladi yoki tug'ilgandanoq o'ladi. Faqat oxirgi yillarda yengil formasining davolanishi haqida ma'lumotlar berildi. Kasallikning eng yaqqol simptomlari bu – shish, anasarka, astit, anemiya, yaqqol sariqlik, gemodinamik buzilishlar (gipervolemiya, venoz bosimining oshishi, katta va kichik qon aylanish doirasida dimlanish, o'pka – yurak yetishmovchiligi) dir. Ko'pincha kasallikning bu formasida gemorragik sindrom kuzatiladi. Kasallikning klinikasi yaqqol bo'lishiga qaramasdan, uning formalari orasida aniq chegaralar ajratish qiyin. Gemolitik kasallikning turli formalariga qarab quyidagi 3 tur og'irlik darajasi farqlanadi: yengil, o'rta va og'ir. Kasallikning og'irligi tug'ruq vaqtidagi shish, sariqlik va anemiya kabi asosiy simptomlariga qarab aniqlanadi. Bolaning ahvoli 1-3 ball bo'lsa, kasallikning yengil formasi, 4-6 ball – o'rta, 7-9 ball – og'ir formasi hisoblanadi.

GEMOLITIK KASALLIKNING OG'IRLIK DARAJASINING KO'RINISHLARI

Asosiy klinik belgilari	Gemolitik kasallikning og'ir darajalari		
	I	II	III
Anemiya (kindik tizimchasi qonida gemoglobin miqdori)	150 (15,2%)	149-100 (15,1-10,0%)	100 (10%)
Sariqlik (kindik tizimcha qonida bilirubin miqdori, mk mol/l)	85,5 (5,0mg%)	85,6 – 136,8 (5,1 – 8,0 mg%)	136,9 (8,1mg %)
Shish sindromi	Teri osti yog' klechatkasi shishi	Shish va astit	Universal shish

Gemolitik kasallikning og'irligi bola chala tug'ilish darajasi bilan ham aniqlanadi, chunki bu holda bolaning hayoti xavf ostida bo'ladi. Chala tug'ilishning 3 ta darajasi bor. 37-38 haftalik bola tug'ilishi I daraja, 35-36 haftalik II daraja, 33-34 haftalik III daraja hisoblanadi. Bu tug'ruq bilan bog'liq kasallikning darajalari shartlidir, chunki kasallik og'irlik darajasini aniqlashda juda ko'p belgilar va tekshirishlar mavjud.

Kramer shkalasi

So'rab so'rishtirish,

Pasport qism:

1. bosqich – Bemor ayollarni tekshiruvi – shikoyatlarini qayd qilish va kasallik anamnezini aniqlash, to'laqonli tekshiruv. Homiladorlik davrida tekshiruv uslublari.

- So'rov tizimi;
- Anamnez;
- Ko'rik.
- Akusherlikda bemorlarni tekshirish.

1. Ayolning anamnezini yig'ish.

2. Organ va sistemalarni ob'yektiv tekshirish.

3. Akusherlik tekshiruvi.

4. Qo'shimcha tekshirish.

2–bosqich Bemor ayol holatini baholash va muhtojliklarini aniqlash (hamshiralik tashxisining tuzilishi), ichki a'zolar tekshiruvu.

Homiladorlikning erta va kechki muddatlarida tashxis qo'yishi. Homilador ayolni tashqi va ichki akusherlik tekshiruvu:

- Homilaning ahvoli,
- Holati,
- Joylashuv ko'rinishi.

3–bosqich– hamshiralik jarayon rejasini tuzilishi.

4–bosqich – hamshiralik jarayonning tashkil qilinishi va amalga oshirilishi.

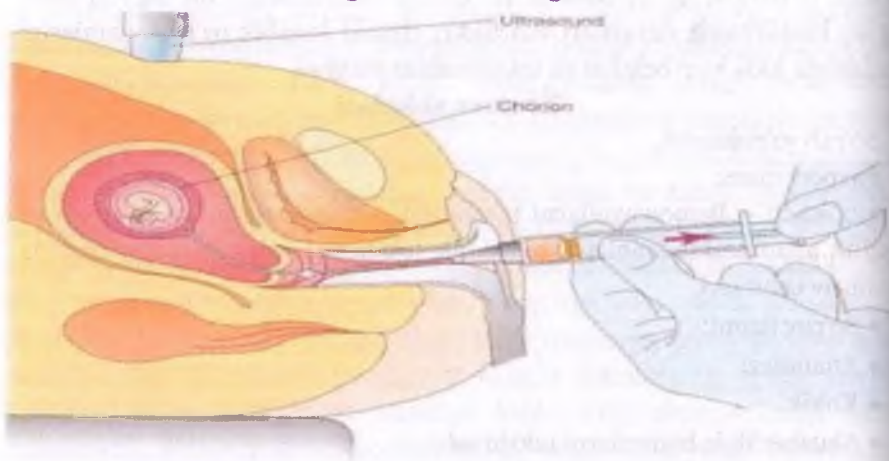
5–bosqich– o'tkazilayotgan davolanish va hamshiralik aralashuvining samara-dorligi tahlili.

ANTENATAL DAVRDAGI DIAGNOSTIKASI

Homila va chaqaloqning gemolitik kasalligini aniqlashda antenatal, intranatal va postnatal davrlardagi o'tkazilgan klinik – laborator tekshirishlar kompleksi muhimdir.

Hozirgi kunda qog'onoq suvlari, platsenta, homila holatini baholashda UTT usulidan foydalanil

Gemolitik kasallikning antenatal diagnostikasi



5.4-rasm. Amniosentez texnikasi

Bola holati haqida eng yaxshi ma'lumotni qog'onoq suvlarini amniosintez orqali aniqlash beradi. Hozirgi kunda bu metod biroz xavfli, UTT orqali platsenta joylashishini aniqlash esa uning zararlanish xavfini yo'qotadi.

Bunda bilirubin ko'rsatkich (qog'anoq suvlarining optik zichligini spektrofotometr orqali o'lchash yo'li bilan), homila qon guruhi, antitelalar titri, oqsil miqdori va boshqalar aniqlanadi. Qog'onoq suvlarini amniosentez orqali olish mumkin va bu 2 yo'l bilan qilinadi: transabdominal va bachadon bo'yni kanali orqali. Transabdominal amniosentez UTT orqali platsenta lokalizatsiyasi va punksiya joyi aniqlangandan keyin qilinadi. Ignaning uzunligi qarab tanlanadi. 0,025% li novakain bilan taxminiy mahalliy anesteziya qilgandan keyin igna teri orqali kiritiladi. Ignaning amnionga o'tishda amniotik suyuqlik paydo bo'ladi; shpris bilan uning 10-15 ml so'riladi va igna olinadi. Amniosentezdan keyin qog'onoq suvlarining ko'payishi, qon ketish, xorionamnionit kabi asoratlar rivojlanishi mumkin. Ba'zida amniosentez tug'ruq faoliyatini rivojlantirishi mumkin. Shuning uchun operatsiyani ko'rsatma bo'yicha homiladorlikning 33-34 haftaligidan kam bo'lmagan davrda qilish kerak. Homilada gemolitik kasallik yo'q deb qaraladi. Bilirubinning zichligi 0,16-0,22 nisbat birlik bo'lsa, homilada kasallikning yengil formasi, 0,23 - 0,34 nisbat birlik bo'lsa, - o'rta formasi 0,35 - 0,7 nisbat birlik bo'lsa og'ir formasi bo'ladi. Bilirubinning optik zichligi 0,7 nisbat birlikdan katta bo'lsa homilada universal shish yoki uning ona qornida gemolitik kasallik natijasida o'lganligi haqida dalolat beradi. Takroriy amniosentez homila holatini dinamik tekshirishni va homiladorlikni uzaytirish yoki uni to'xtatishni hal qiladi.

Gemolitik kasallikning intranatal diagnostikasi

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining intranatal diagnostikada tug'ruqda kundik tizimchasidan qon olinib, qon guruhi rezus va qondagi bilirubin miqdori, plasentani ko'zdan kechirish orqali diagnostika qilinadi.

Gemolitik kasallikning postnatal diagnostikasi

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining postnatal diagnostikasida xavfli xarakterlikni aniqlash maqsadida BSO ni aniqlash juda muhim.

Fiziologik sariqlik

1. Tug'ilgandan keyin 36 soatdan keyin paydo bo'ladi
2. 3-4 kungacha davom etadi
3. Bola holati aktiv
4. Uyqusi yaxshi

5. Emish reflekslari rivojlangan
6. Tana harorati stabil
7. Jigar va taloq kattalashmagan

Patologik sariqlik

1. Dastlabki 24 soat ichida yoki bola hayotining 7- kunidan sariqlik paydo bo'ladi

2. Plazmada umumiy billirubinning o'sib borishi:

$>3,5 \text{ mmol /l/ soat} = 0,2 \text{ mg /dl/ soat}$ yoki $> 85 \text{ mmol/l/ sutka} = 5 \text{ mg /dl/ sutka}$

3. Bog'lanmagan billirubin miqdori : 34 mmol/l yoki 20% plazmadagi umumiy bilirubin miqdoriga nisbatan

CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGINI DAVOLASH

- Chaqaloqlar doimo hamshira nazorati ostida bo'lishi kerak ;
- Plazmotransfuziya va dezintoksikatsion terapiya.



5.5–rasm. Gemolitik kasallik bilan kasallangan chaqaloq.
Fototerapiya

FOTOTERAPIYA

Ko'krak suti bilan emizish

Gemolitik kasallikni davolashda bolani to'g'ri ovqatlantirish katta ahamiyatga ega. Ona sutida rezus antitelalar bor va u bolaning hazm qilish traktidan so'rilishi mumkin. Ko'pincha rezus antitelalar sutda susayadi va 2-3 hafta davomida yo'qoladi. Bolani ko'proq sutiga rezus – antitelalarning

nutdan yo'qolganidan keyin, 10-15 kun dan kam bo'lmagan muddatdan keyin o'tkazish mumkin. Ba'zan qonda antitelalarning titri yuqori bo'lganda, ularni sutda topish qiyin bo'ladi, chunki sut izoimmun zardoblar bilan eritrotsitlar aglyutinatsiyasini saqlash xususiyatiga ega. Ona suti bilan ovqatlantirishni sekinlik bilan boshlash kerak, boshida sutkasiga 2 marta, keyin bir marta qo'yib bir marta emizish, keyin esa doimiy emizish.

Profilaktikasi:

Rezus konfliktning og'ir asoratlarini oldini olish maqsadida antirezus immunoglobulin (RhoGAM) Roclan preparati tug'ruqdan keying 72 soat ichida m/o qilinishi kerak.

Vaziyatli masala

Chaqaloq 2-homiladorlikdan tug'ilgan 1- farzand. Onasining qon guruhi O (1) Rezus manfiy. Birinchi homiladorlik homila tushishi bilan yakunlangan. Chaqaloq tug'ilganiga 22 soat bo'lgan. Hamshira tanasining rangini Kramer shkalasi bilan baholaganda sariqlik ikkinchi darajasiga to'g'ri keladi. Bolaning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmagan. Onasining so'ziga qaraganda emishi bir oz sust.

Sizning tashxisingiz va taktikangiz.

VI BOB

HOMILADORLIK MUDDATIGA YETMASLIGI VA MUDDATIDAN O'TIB KETISHI

HOMILADORLIK MUDDATIGA YETMASLIGI. ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH. HOMILA QOG'ANOQ PARDASINING MUDDATIDAN OLDIN YORILISHI.

Amaliy akusherlikning eng aktual muammolaridan biri bu – homilaning muddatga yetmasligidir. Muddatidan oldin tug'ish induksiyasi homiladorlikning 22 xaftasidan to 37 xaftaligigacha bo'lgan muddatda tug'ishga aytiladi. Oldindan tug'ish 5-12 % uchraydi. Muddatiga yetmasdan tug'ilgan bolalar, perinatal o'limning 40 - 60% tashkil kiladi.

KLASSIFIKATSIYA:

- erta tug'ilishlar 22-27 haftalikdagi tug'ruq
- o'z vaqtidan oldin tug'ishlar 28-33 haftalikdagi tug'ruq
- muddatdan oldin tug'ruq 33-37 haftalikdagi tug'ruq

Perinatal o'limning yuqori ko'rsatgichlari muddatiga yetmagan bola organizmining yetilmasligidir, natijada tashqi muhitga bo'lgan adaptatsiya mexanizmlari va yashashi tezda tugaydi.

Muddatidan oldin tug'ishning xavf soluvchi, boshlanayotgan, boshlangan xillari tafovut qilinadi.

-Xavf soluvchi muddatidan oldin tug'ishda qorin pastida va bel sohasida og'riq bachadon tonusining qo'zg'aluvchanligi oshadi, qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni saqlangan, tashqi bo'g'zi yopiq.

-Boshlanayotgan muddatidan oldingi tug'ishda xurujli dardlar kuchli, dardlar muntazam bo'ladi, bachadon bo'yni kaltalashgan, tekislanadi, ko'p hollarda suvlarining oldindan ketishi kuzatiladi.

-Boshlangan muddatidan oldin tug'ishda muntazam tug'ruq faoliyati va bachadon bo'ynining struktur o'zgarishlari bo'ladi (2 - 4 smda ko'proq ochiladi).

- onaning infeksiyon kasalliklari
- homiladorlik bilan bog'liq asoratlar
- travmatik shikastlanishlar
- ona va homilaning izo-serologik mos kelmasligi
- ayol jinsiy organlarining rivojlanish nuqsonlari
- neyroendokrin patalogoyalar
- ayol organizmining noinfeksiyon kasalliklari
- xromosoma anomaliyalari

Yetilmagan chaqaloq xususiyatlari:

- 2500gr dan kam, 1500gr ko'p
- 45 smdan past, 25 smdan baland
- katta uyatli lablar kichkina uyatli lablarni yopmagan
- terisida soch tuklari ko'p
- tirmoqlari o'smagan
- liqildoqlari katta, suyaklari qotmagan
- tashqi muhitga moslashishi sust
- kindik halqasi qinga yaqin
- Apgar shkalasida past ball oladi

Muddatidan oldin tug'ishning xususiyatlari.

1. Oldindan tug'ish qariyb 40% xollarda qog'onoq suvlarining oldindan botib kelishidan boshlanadi.
2. Oldindan tug'ishda ko'p hollarda tug'ruq kuchlari anomaliyalari, natijalik, diskoordinatsiya, haddan tashqari dard tutish uchraydi.
3. Muddatidan oldin tug'ish istmiko - servikal yetishmovchilik tufayli juda tez kechadi.
4. Ko'p uchraydigan asorat bo'lib pastda joylashgan yoki normal joylashgan yo'ldoshning ko'chishi tufayli qon ketishlar bo'ladi.
5. Juda ko'p hollarda infeksiyon asoratlar uchraydi.
6. Tug'ruqda ko'p hollarda homila gipoksiyasi kuzatiladi

MUDDATIDAN OLDIN TUG'ISHDA AKUSHERLIK TAKTIKASI.

Muddatidan oldin tug'ishni olib borish uning stadiyasidan, homila muddatidan, ona va homila ahvoliga bog'liq. Bundan tashqari bachadon bo'yni ochilganlik darajasi, infeksiyaning bor va yo'qligi va qon ketish xarakteri hamda miqdoriga bog'liq.

Homiladorlikning 34 haftasigacha, ona va bolaning yaxshi holati vaqtida bachadon bo'yni 2-4 sm ochilgan bo'lsa, shunda ham tug'ruq faoliyati bo'lmasa va qog'onoq suvlari butun bo'lsa konservativ kutish taktikasi ishlatiladi. Bunda davolash kompleks bo'lish kerak.

- Bachadonni qo'zg'aluvchanlik va qisqarish faoliyatini pasaytirish.

-Oldindan tug'ishga sabab bo'lgan patologik (gripp, qon aylanishining buzilish, yurak - qon tomir kasalliklari) davolash.

-homila yetilishini tezlashtirish.

Bachadon qo'zgaluvchanligi va qisqarish faoliyatini kamaytirish maqsadida quyidagi tadbirlar ishlatiladi:

-to'shak rejimi;

-psixoterapiya: valeriana 1 osh qoshiqdan 3-4 marta, trioksazin 0,3 gr 3 marta, seduksen 1-2 marta - spazmolitiklar motatsin 0,1 % 1 gr muskullar orasiga, baralgin 2 ml, no-shpa 2 ml.

-magniy sulfat eritmasi . tokolitiklar –suprileks, ginipral.

-prostoglandinlar ingibitorlari (indometatsin, aspirin);

-ekstraanalgeziya, igna bilan davolash, elektrorelaksatsiya va x. k. ;

-fizioterapiya - elektroforez magniy bilan.

Homiladorlikni muddatidan oldin tug'ishning oldini olishdan beta mimetiklar partusisten, brikanil, ritodrin, suprilekslarni qo'llash juda katta yutuqlarga erishildi.

Tokolitiklar bachadonni beta - 2 adrenoretseptorlar qo'zg'atish orqali uning qisqarish faoliyatini pasaytiradi. Bundan tashqari ular AMF xosil qilish yo'li bilan ham bachadon tonusini pasaytiradi.

Beta - mimetiklar metabolizmga ham turlicha ta'sir qiladilar. Ular ta'siri ostida qonda shakar, yog' kislotalarning miqdori oshadi.

Verger va boshqalarning tekshirishida qonda atseton, xolesterin, transaminazalar miqdori o'zgarmaydi. Elektrolitlar almashinuvi esa kaliy, natriy va magniy tuzlarining kamayishi kuzatiladi.

Tokolitiklarning yomon ta'siri beta - blokatorlar (obzidan, veropomil) bilan yo'qoladi.

Amaliyot shuni ko'rsatadiki, bachadon bo'yni 3 sm ochilganda beta - mimetiklar kam yordam beradi. Tokolitiklar egiz homilalarni oldindan tug'ishning oldini olishga ham ishlatiladi.

R. R. Karr - Xill va M. N. Xell aytishiga anamnezida bola tashlash bilan bo'lgan ayollarga profilaktik tokoliz o'tkazish kerak.

Tokolitiklar va magniy sulfatni birga ishlatish yanada o'pka shishini keltirib chiqarishi mumkin.

Surunkali platsentar yetishmovchilikda uzoq vaqt davomida tokolitiklar ishlatiladi. Bu vaqtda ona qornida platsentar laktogen, estriol, progesteron miqdorining normallashishi, ayrim hollarda esa ular miqdorining oshishi kuzatiladi.

Nafas buzilishi sindromi profilaktikasi.

Muddatidan oldin tug'ishni davolashda homilada nafas buzilishi sindromini profilaktika qilish muhim o'rin tutadi. Bu holat yetishmagan homilada surfaktant moddasining yetishmasligi natijasida kelib chiqadi. Surfaktant lipid va oqsil aralashmasi bo'lib, o'pka alveolalari orqali ishlab chiqiladi. Bu modda nafas olgan paytda alveolalarning yopishishini kamaytiradi va sirt tarangligini oshiradi.

Surfaktant homiladorlikning 14 haftasida paydo bo'ladi. Homila rivojlangan sayin uning miqdori osha boradi.

Homiladorga yoki chala tug'ilgan bolalarga glyukokortikoidlar yuborish o'pkaning tezroq yetilishini ta'minlaydi. Chunki glyukokortikoidlar natijasida surfaktantning tezroq yetilishi kuzatiladi.

Davolash kursiga 8 -12 mg deksametazon (4 mg dan kuniga 2 marta mushak orasiga 2-3 kun davomida yoki tabletkada 2 mg 4 marta 2-3 kun davomida) ishlatiladi.

Deksametazondan tashqari boshqa glyukokortikoidlar ham ishlatiladi. (prednizalon 60 mg dan 2 kun davomida, deksazon 4 mg - 4 marta 2 kun davomida va x. k)

Glyukokortikoidlarni ishlashga bo'lgan qarama - qarshiliklar:

-oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi qon aylanishi buzilishining 3- darajasi

-endokarditlar

-nefrit

- sil kasalligining aktiv formasi
- nefropatiyaning og'ir formasi
- osteoporoz va x. k

Qog'onoq suvlarining oldindan ketib qolishda akusherlik taktikasi

Homiladorlikning 28-34 haftaligida qog'onoq suvlari ketib qolganda agar ona va homila ahvoli yaxshi bo'lsa, infeksiya belgilari bo'lmasa, og'ir ekstragenital va akusherlik patologiya bo'lmasa konservativ kutish taktikasi ishlatiladi. CHunki:

-bachadon, ayniqsa uning bo'ynining tug'ruqqa tayyorgarligi yo'q;

-qog'onoq suvlari ketib qolganda yo'ldosh qon aylanish sistemasida spazm holatlari bo'lib homila yurak faoliyatini o'zgarishiga olib keladi. Bu o'zgarishlar asosan suvlar ketgandan keyin 3-5 kun davomida bo'ladi. Shu vaqtning ichida homila nafas buzilish sindromini profilaktikasini va antibiotiklar qilish kerak. Lekin yuqorida qayd etilgan taktika tug'ruqda xorioamnionit va yiringli septik kasalliklar moyilligini oshiradi. SHuning uchun har bir homiladorga individual yondashishi kerak.

1. Suvi ketgan homiladorlar tug'ruq bloki grafigi bilan ishlaydigan palataga yotqizilishi kerak.

2. To'shak anjomlari, har kun ayollarga beriladigan lattalar kuniga 3-4 marta almashtiriladi.

3. Har 3 soatda temperatura o'lchanadi. Ayol to'shak rejimida bo'ladi.

4. Kuniga 2 marta leykotsitlarini tekshirish bachadon bo'ynidan har 5 kunda ajratmalar olinib, analizga yuboriladi. Agar analizda tanosil organlarning surunkali yallig'lanishi leykotsitlar ko'payishi, ajratmalarning yomon bo'lishida, 2 ta antibiotiklar qo'llash kerak yoki aktiv taktikaga o'tish kerak.

Qog'onoq suvlari ketib qolganda tug'ruq chaqirishga bo'lgan ko'rsatmalar.

-homila muddati 36-37 hafta, homila vazni 2500,0;

-infeksiya belgilari bo'lsa.

Tug'ruq chaqirishdan oldin ona organizmini tug'ruqqa tayyorlash kerak:

Keyin esa tug'ruqni chaqirish yoki uni kuchaytirish usullari qo'llaniladi:

SHart-sharoitlar

-homila pufagi bo'lmasligi kerak;

-muntazam tug'ruq faoliyati bo'lishi kerak;

-infeksiya belgilari bo'lsa;

-homilaning ona qornida azoblanishi (gipoksiyasi, izoserologik to'g'ri kelmaslik va x. k)

-og'ir toksikozlar va ko'psuvlilik

-homila nuqsonlari va rivojlanish anomaliyalari bo'lsa va x. k.

Kesar keshish operatsiyasi muddatidan oldin tug'ishdan (34 haftagacha) anisan onaning hayoti xavf ostida qolgandagina qilinadi (yo'ldosh oldinda hellishi, uning barvaqt ko'chishi va x. k.)

34 haftalikdan yuqori muddatidan, agar ekstragenital va akusherlik patologiyasi bo'lsa, og'ir akusherlik anamnezi bo'lsa, tug'ruq chaqirishdan operatsiya bilan tugatiladi.

MUDDATIGA YETMAGAN TUG'RUQDA TUG'RUQNI OLIB BORISH.

Muddatiga yetmagan tug'ruqni olib borish, uning sababiga va akusherlik situatsiyasiga bog'liq.

Agar haddan tashqari tez tug'ish holati bo'lsa, bachadon tonusini kamaytirish kerak. (tokolitiklar, magniy sul'fat).

Homila shikastlanishining oldini olish uchun 2 - davrda oraliqni himoya qilish maqsadga muvofiq emas.

Homila chanog'i bilan kelganda esa, qo'l bilan ko'rsatiladigan yordam juda ehtiyotkorlik bilan qilinishi kerak.

Homila boshining shikastlanishining oldini olish uchun pudental anesteziya qilinadi. (0,25% - novakain 75 ml+lidaza - 64 yoki 128 birlik) .

Operativ amaliyotlar (qisqich, vakuum kuyish; KK va boshqalar) ona hayoti xavf ostida kelganidagina qilinadi.

Homila tomonidan bo'lgan ko'rsatmalar tug'ruqning og'ir kechganda, chanoq oldinga kelishida, ko'ndalang yotishida, anamnezida bolasizlik bola taahlash bo'lsa qilinadi.

MUDDATIDAN OLDIN TUG'ISHNING OLDINI OLISH.

Asosiy e'tiborni qiz bolaning fizik va nervpatik rivojlanishiga, ayniqsa balog'at yoshiga yetgan davrga qaratish kerak.

Ayollar maslaxatxonasida ayollarni kuzatish, xavfli guruhlar tuzish va ularni to'g'ri olib borilishini ta'minlash kerak.

O'tkir infeksiyon kasalliklarga: yomon zararli odatlarga qarshi kurashish kerak.

Bola tashlash bilan bo'lgan ayollarni, homilador bo'lmagan paytda tekshirish, ularni davolash, kerak bo'lsa, statsionar davolash, homiladorlik paytida esa kritik muddatlarda kasalxonaga yotqizish kerak.

Davolash sxemasi

1. Traditsion metodlar: spazmolitiklar, progesteron, beta adrenomimetiklar.
2. Antioksidantlar, (tokoferon, askorbin kislota, "V" gruppada vitaminlari, essentsial).
3. Bachadon – yo'ldosh qon aylanishini yaxshilaydigan dori vositalari (trental, kokarboksilaza, kokarnit).

O'z vaqtida statsionarda yotqizib, davo o'tkazish, keyinchalik davo terapiyasini ambulator sharoitida davom ettirish kerak.

Bu davolash choralari muddatidan oldin homiladorlikning to'xtatilishini oldini oladi va homiladorlik muddatigacha cho'ziladi. (T. U. Kuz'minix, NII D. O. OTTI Sankt - Peterburg 997 - 1998 I. i. s. VANGR).

Muddatdan oldin tug'ruqning klinik pratokoli:

34 haftalikdagi homiladorda terapiya o'tqazish:

-2-3 soat davomida ayolni gorizantal holatda yonbosh yotqiziladi

-tokoliz-nifedipin yoki korinfar 10mg dan har 15 minutda til ostiga №4, keyin bu doza har 6 soatda 10 mg dan 48 soatdan ko'p bo'lmagan vaqt oralig'ida, til ostiga kechki tanafuslar bilan og'riq qolguncha, keyinchalik preparat dozasi kamaytiriladi.

-nifedipin preparati yuqori bosimli va yurak qon tomir kasalliklari patologiyasi bor ayollarda ehtiyotkorlik bilan beriladi

-kortiqosteroidlar yangi tug'ilgan chaqaloqning nafas buzilishi distresi ni oldini olishda ayniqsa 25-34 haftalik homiladorlikda tug'ruqdan 24-48 soat oldin qo'llash

-Betamizon :12 mg dan mushak orasiga yoki vena ichiga 12 soat oldin 2 inyeksiya yoki yoki deksametazon 6mg dan. Deksametazon infeksiyada va qandli diabetda qo'llanilmaydi.

-indometatsin-25-50 mg dan peros har 4-6 soatda 2 kun davomida (32 haftalikkacha ehtiyotkorlik bilan qo'llansin)

Muddatdan oldin tug'ruqda tug'ruqni to'xtatishga qarshi ko'rsatma:

-homilaning qoniqarsiz holati

-homila o'limi

- homila rivojlanish anomaliyasi
- og'ir darajali gipotrofiya
- embrional jarohat
- og'ir darajali preeklampsiya va eklampsiya
- ona kasallanishi: qandli diabetning og'ir darajasi, yurak va buyrakning dekompensatsiya bosqichi
- NJYVOK yoki yo'ldoshning oldinga kelishi
- xorionamnianit

34 haftalik homiladorlikda tug'ruq taktikasi:

-konservativ kuzatuv, tug'uvchi ayolning umumiy holatiga e'tibor berish (AD, puls, temperatura) tug'ruq dinamikasi va homila yurak urishiga e'tibor berish

-muddatdan oldin tug'ruqning o'ziga xosligi: monoton tug'ruq faoliyati, tug'ruq kechishining cho'zilishi

-qog'onoq suvining vaqtdan oldin ketishida xavf oldini olishda tayyorgarlik

-vaginal ko'ruvni har 4 soatda olib borish ko'rsatma bo'lsa (tug'ruq faoliyatining tezligida) barvaqtroq ko'rish

-tug'ruq II bosqichini oraliqni himoya qilmasdan

-perinio yoki epiziotomiya ko'rsatmaga qarab qilish

-Kristellera metodini qo'llash, vacuum ekstraktor qo'llash- qarshi ko'rsatma, 34-37 haftalikda akusherlik qisqichlarni qo'llash.

*III bosqich tug'ruqda aktiv olib borish

*tug'ruqni issiq tug'ruq zalida +27-29C

*onaning oyog'i orasidagi chanoqdan pastdagi toza issiq yo'rgakda tug'iladi

*kindik tizimchasida pulsatsiya yo'qolguncha tizimchani qismaslik

*tug'ruq neonotolog-reanematolog kuzatuvida olib boriladi

*homilani hayotning birinchi daqiqalarida SPAP aparatiga ulash (muhtojlik bo'lganda)

*tug'ruq zalidan bo'linga transport orqali ko'chirish

*issiqlik qattiq nazorati

HOMILADORLIK MUDDATIDAN O'TIB KETISHI. TUG'RUQ INDUKSIYASI

Fiziologik homiladorlik davomiyligini aniqlash, uzoq davomiy individual lebranishlar ahamiyati katta bo'lib juda qiyinchilik bilan aniqlanadi.

Ma'lumki, homiladorlik tuxum hujayraning urug'lanishi daqiqasidan boshlanadi. SHuning uchun ko'p mualliflar fikricha, homiladorlik davomiyligini o'lchashda homiladorlikni ovulyatsiya vaqtidan boshlab qayd qilinishi zarur va vaqti hisoblanadi. Ammo ovulyatsiya vaqtini aniqlash juda mushkul, laborator tekshirishlar ham har doim aniq ma'lumotlarni beravermaydi. Homiladorlikning davomiyligiga juda ko'p tashqi muhit faktorlari ta'sir qiladi.

Bu faktorlarga:

Hayz siklining uzoq davom etishi, ayol yoshi, oldingi homiladorlik soni, hayot tarzi, mehnat tarzi, ayolning kechirgan ekstragenital va ginekologik kasalliklari, homiladorlikning asoratli kechishi va boshqalar ta'sir qiladi.

Tashqi muhit qulayliklari ham homiladorlikni cho'zilib qolishigi ta'sir ko'rsatadi.

Og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullangan ayollar kuzatilayotgan ko'z yorish davridan 5-20 kun avval tugadi, agar jismoniy harakat va mehnat qilinmasa, tug'ish vaqti 20 kun va undan ko'proq cho'ziladi. (Tinomen et, al 1966) Ayolning kechirib o'tgan va kechirayotgan ginekologik va ekstragenital kasalliklar ham homiladorlik cho'zilib qolishiga sabab bo'ladi. (Fefilov A. I. 1973; CHernuxa E. A 1977 va b.)

Homiladorlik vaqti va tug'ruq kunini taxminiy aniqlash uchun: oxirgi hayz kuni, tuxum hujayrani urug'lanish vaqtini aniqlash uchun oxirgi jinsiy aloqada bo'lgan vaqtini so'rab - surishtirish, birinchi homila qimirlagan vaqti, birinchi ayollar maslaxatxonasiga kelgan vaqti, UZI ma'lumotiga asoslanib homiladorlik vaqti aniqlanadi.

Keng praktikada homiladorlik vaqtini aniqlash oxirgi hayzi, ayollar maslaxatxonasida homiladorlik paydo bo'lishi. Hamda obyektiv tekshiruvlarga asoslanadi. Hozirgi davrda hech bir adabiyotda qanday homiladorlik muddatdan o'tgan homiladorlik degan biror bir ma'lumot aniq ko'rsatilmagan. Bu holat juda ko'p belgilarga qarab aniqlanadi. Muddatidan o'tgan homiladorlik - murakkab biologik jarayon bo'lib, normal homiladorlik uzayishiga ta'sir ko'rsatuvchi faktorlar, homila tug'ilish boshlanishi mexanizmi, homilani ichki rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlik xronologik tushuncha bo'lib va homilani o'ta yetilganlik tushunchasi biologik hisoblanadi.

Homila o'ta yetilganlik belgilari 1902 yilda Ballontyi, 1948 yilda Runge va 1954 yilda Clifford tomonidan yozib o'tilgan. Hormann (1962) yilda

"muddatidan o'tgan" terminini muddatidan o'tgan homiladorlik bilan bog'lamay, balki yo'ldosh faoliyati bilan bog'laydi, va "funktional muddatdan o'tganlik" degan.

1. CHin muddatdan o'tgan homiladorlik - kutilgan muddatidan 10-14 kun o'tgandan keyin (280 - 294) kundan oshib ketgan homiladorlikka aytiladi. Bola o'ta yetilib ketgan bo'ladi va uning hayoti uchun yomon xavf kuzatiladi. (Fetal distress). Bunda yo'ldoshda bir qancha o'zgarishlar kuzatiladi. (Perifekatlar, yog'li o'zgarishlar).

2. Fiziologik uzaygan homiladorlik, bunda homila 294 kungacha cho'ziladi va bola to'liq yetiladi, bunda o'ta yetilib ketish belgilari kuzatilmaydi va uning xayoti xavf ostida bo'lmaydi.

Biologik muddatidan o'tgan homiladorlikda tug'ilgan homilani "goetus hypermaturus", xronologik uzayishda "goetus post meturus" (Mestwerdt, 1958) muddatidan o'tgan homiladorlikni bunday ikki guruhga bo'lish har biriga alohida yondashish lozimligini ko'rsatadi. Adabiyotlarda qaysi bir belgi muddatida oshgan homiladorlik to'g'risida taqqoslashmalar, tahlillar ko'p. Lekin ko'pgina mualliflar fikricha muddat o'tgan homiladorlik 1,4 - 14 % gacha o'rtacha 8% uchraydi.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI

Muddatidan o'tgan homiladorlikning hozirgi vaqtgacha etiologiya va patogenezi yetarlicha o'rganilmagan. Muddatidan o'tgan homiladorlik normal homiladorlik sifatiga qaramay, balki patologik holat sifatida qaralsa, to'g'riroq bo'ladi, bu ona va homila faoliyatiga bog'liq bo'ladi.

Yoshlikda kechirgan erta infeksiyon kasalliklar.

Skorlatina, parotit, qizilcha va boshkalar reproduktiv sistema rivojlanishida katta ahamiyat kasb etadi. SHuningdek ayollarning ekstragenital kasalliklar ham muddatidan o'tgan homiladorlikka sabab bo'ladi. (Stepannovskaya K. G. , 1967, Fefilov A. I. CHernuxa E. A. 1987, Artamonov V. S. 1977) ko'p izlanishlar natijasida ma'lum bo'ldiki, muddatidan o'tgan homiladorlikda shuningdek infantilizm, boshdan kechirgan, abortlar, ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, bu yallig'lanish bachadon nerv - mushak sistemasida o'zgarish va endokrin buzilishlariga sabab bo'ladi.

Muddatidan o'tgan homiladorlik endokrin kasalliklar, yog' almashinuvining buzilish, psixik travmalar va homiladorlikning ikkinchi yarmidagi toksikozlar sabab bo'ladi. Muddatidan o'tgan homiladorlik

patogenezini o'rganish, profilaktika va davolashda ahamiyati katta. Lekin afsuski muddatdan o'tgan homiladorlik patogenezi to'g'risida ma'lumotlar juda kam va homiladorliklari ko'p.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda bir qancha teoriyalar mavjud.

1. Teoreya - bu teoriyani bir qancha mualliflar urug'langan tuxum hujayra individual rivojlanishi, naslga -naslga berish, konstitutsional tuzilishi kabi faktorlar muddat o'tgan homiladorlikka sabab bo'ladi deb hisoblaydi. Boshqa mualliflar esa muddatdan o'tgan homiladorlikda nevrogen va gormonal buzilishlar sabab bo'ladi deb hisoblaydi. Har qaysi teoriya ham o'zicha tug'ri hisoblanadi, lekin qaysi biri ko'proq asosiy hali hanuz tasdiqlanmagan. Hamma qiyinchiliklar ham o'z vaqtidagi tug'ruq mexanizmini aniqlash juda mushkul.

Bachadon funktsional faoliyatini neyrogumoral boshqarishda tug'ruqni boshqarish, limbek kompleks va gipotalamus ahamiyati, po'stloq va mag'iz qilish xamda bosh miya yarim sharning ahamiyati katta. (Nikolaev A. P 1968; Persianinov L. S. 1973, - 1975) SHuningdek gipotalamus va gipofiz bezi, ularning boshqarilish kuzatiladi.

Tug'ish boshqarilishi bachadonning retseptor effektor ahamiyati katta. Bachadon qisqarishi tug'ish boshlanishida asosiy faktor bo'lib hisoblanadi. Buning tasdig'i bo'lib ko'p suvlilik va ko'p homilalik vaqtdan oldin tug'ruq boshlanishning bir darakhchisi bo'lib qoladi. **(6.1-rasm)**



Kam suvlilik muddatidan o'tgan homiladorlikda kuzatiladi va tug'ish vaqti cho'ziladi. Vorherr (1975) ma'lumotiga ko'ra, muddatidan o'tgan homiladorlikda miometriy stimulyatorlari aktivligi pasayadi, ingibitorlar (progesteron va b) aktivligi ko'tarilgan.

Tug'ruq yaxshi shakllangan tug'ruq dominantalarida boshlanadi. (Yakovlev I. I. 1951; Garmasheva N. L. 1952, Xechinashvili G. G. 1974 va b)

Reflektor reaksiyalar homiladan bachadonga o'tgan impuls natijasida kelib chiqadi. Informatsiyalar o'zgarganda, homiladan onaga o'tganda, reflektor tonus pasayadi, bachadon motorikasi o'zgaradi. Muddatidan o'tgan homiladorlikda asosiy patogenetik momentlardan biri, markaziy nerv sistemasida, vegetativ va endokrin buzilishlar kuzatiladi. Muddatidan o'tgan homiladorlikda bosh miya po'stlog'ida tonus ko'tariladi, po'stloq osti qo'zg'aluvchanlikning pasayishi kuzatiladi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda ona - yo'ldosh homila sistemasi buzilishi kuzatilib, homilador qon plazmasi, amnion suyuqligi, kindik qonida va 3 muhit fetoplatsentar kompleks yetishmovchiligida esterogen gormoni miqdori o'zgarishi yaqqol namoyon bo'ladi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda yo'ldoshda morfofunktsional o'zgarishlar kuzatilib bunda: onadan homila O₂ va ozuqa mahsulotlari miqdori o'tishi kamayadi, metabolitik mahsulotlari organizmda yig'ilishi kuchayadi. Natijada yo'ldosh yetishmovchiligi homilada modda almashinuvi buzilishiga sabab bo'ladi. Muddatidan o'tgan homiladorlikda funktsional yetishmovchiligini Glifford (1954) yilda "yo'ldosh faoliyati buzilishi sindromi" deb nomladi.

N. L. Garmashova (1967) fikricha "Yo'ldosh yetishmovchiligida" yo'ldosh qon aylanishi va estrogen ishlab chiqarilishi buziladi deb aytib o'tgan.

Yo'ldosh yetishmovchiligi natijasida ona va yo'ldosh o'rtasida suv almashinuvi buziladi.

SHunday qilib, etiologiya va patogenezi o'rganilib, kasallik asosida nerv sistemasi (gipotalamus, gipofiz limbik sistema), neyroqumoral funktsiya buzilishi yotadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda anamnez mohiyati.

Klinik tasviri, klinika va diagnostika:

Muddatidan o'tgan homiladorlik klinik simptomlari yaqqol namoyon bo'lmaydi, shuning uchun diagnostika qilish biroz qiyinchilik tug'diradi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikka homiladarning anamnezi, obyektiv kuzatuvlari, klinik laborator va instrumentar tekshiruvlar natijasiga qarab diagnoz qo'yiladi. Kuzatuvlar dinamikada olib borilishi zarur. Bunda muddatidan o'tgan homiladorlikni aniqlash emas, balki uning xarakteri,

xususiyati aniqlash zarur. Muddatidan o'tgan homiladorlikka tug'ruqdan so'ng, bola va yo'ldoshni kuzatgandan so'ng, diagnoz qo'yiladi.

Akusherlik tekshiruv taktikasi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikning 1 simptomi qorin aylanasi kichiklashishi, homila gipotrofiyasidan dalolat beradi, shuningdek amnion suyuqligi yetishmovchiligi natijasida kamsuvlilik L. Yar'kov va At. Kutsulov (1971) kuzatishlarida homiladorlikning 290 kundan so'ng qorin aylanasi pasayishi kuzatiladi.

SHuningdek, muddatidan o'tgan homiladorlikda homilador teri turgori pasayadi.

Qorin aylanasi o'lchami kamayishi bilan bir vaqtda homila massasi ham o'sishdan to'xtaydi, natijada tezlik bilan homila massasi pasayadi. 1 kg va undan xam ko'p. Heberer (1953) tana massasi 1 kg va undan ham ko'p tushishi muddatidan o'tgan homiladorlik va homila ichi azoblanishi belgisi hisoblanadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda qov – to'sh oralig'idagi masofa kamayadi, shuningdek qorin aylanasi va homilador tana massasi pasayadi.

Dinamik kuzatuvda bachadon zichligi oshadi, bu qog'onoq suvi miqdori va bachadon mushaklari retraksiyasidan dalolat beradi. Kam suvlilik homila kam harakatlanishiga sabab bo'ladi. Qin orqali tekshirganda, miya qopqog'i suyagi zichligi oshishi chok va bitishmalar torligi.

Yurak tonlari auskultatsiyada (chastota uzgarishi, tovushchanligi, tozaligi, ritmi uzgaradi) muddatdan o'tgan homiladorlik uchun nospetsifik, keyinchalik homila gipoksiyasi va fetoplatsentar yetishmovchiligi bilan izohlanadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda homila gipoksiyasi kuzatiladi. SHuning uchun uning harakati kuchayadi yoki susayadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda bachadon bo'yni "yetilganligini" diagnostikasi muhokamali masala hisoblanadi. Bachadon bo'yni holati bachadonning tug'ishga tayyorgarligi va tug'ruq faoliyati to'g'risidagi ahamiyat kasb etadi. Muddatidan o'tgan homiladorlik bachadon bo'yni yetilganlik chastotasi T. A. Barimova (1973), Langer va Wollg ma'lumotiga ko'ra, 27,7 dan 89,0 % xulosa qilib muddatidan o'tgan homiladorlik uchun qorin aylanasi pasayishi, kamsuvlilik, teri turgori pasayishi, bachadon tubining yuqori turishi, qov xanjarsimon o'siq orasidagi masofaning kamayishi, homilador vazni o'zgarishligi yoki kamayishi, homila o'lchami va

harakati chegaralanganligi, bosh suyagi zichligi oshishi, o'lchamlari va kichik liqildoqning torayishi, homila yurak tonlari o'zgarishi homila harakati kuchaygan yoki susaygan, falla o'rniga sut ajralishi, bachadon bo'yni "yetilganligi" kabi belgilar xarakterlidir.

Muddatidan o'tgan homiladorlikning klinik belgilari tug'ruq o'tgandan so'ng homilani o'ta yetilib ketgan va yo'ldosh makroskopik belgilari o'zgarganda namoyon bo'ladi.

Homilaning muddatidan o'tgan belgilariga:

Homila teri shilliq qavati to'q- yashil rangga bo'yaladi, shuningdek homila pardasi, kindik tizimchasi, yashil rangda, qo'l va oyoqlarida matseratsiya (xammomchi qo'li va oyog'i), teri smazkalari kamaygan yoki umuman bo'lmaydi, teri osti yog' qavati kamayib ketgan. Terida burmalar paydo bo'ladi, terining turgori pasayishi, (bola qari kishiga o'xshab qolgan) homilaning yirikligi yoki gipotrofiyasi, barmoqlarining tirnog'ining o'sib ketishi, bosh konfiguratsiyasi yaxshi namoyon bo'lmagan, bosh suyagi a'chlashgan, kichik liqildoq va choklarning torayganligi. SHu belgilardan ikki yoki uchtasi kuzatilsa, muddatidan o'tgan homiladorlik belgisi deyilsa noto'g'ri bo'lmaydi.

MUDDATIDAN O'TGANLIK BELGILARI

Homila tomonidan (sindrom Bellentayna-Runge):

- pushkosimon sochlarning yo'qligi
- bosh suyaklarining qattiqligi (tug'ruqda konfiguratsiya berishi qiyinlashuvi)

- chok va liqildoqlarning torayishi
- tirnoqlarining uzunligi
- teri rangining yashilsifat bo'lishi
- quruq «pergamentli» matseratsiyalangan teri
- kafti «Kir yuvuvchi qo'li», oyog'i «xammomdan keyingi»
- teri turgorining pasayishi
- teri osti yog' qatlamining kamligi.

Yo'ldoshni va qog'onoq pardalarni tekshiruvdan o'tkazilganda kuzatiladigan o'zgarishlar

- kalsifikatlar
- yo'ldoshningyupqavao'lchamlarikattalashgan
- sarg'imitir-yashilgabo'yalganqog'onoqparda.

Olingan anamnez, klinik belgilardan ham diagnozni xato qo'yish mumkin:

A) muddatidan o'tgan homiladorlik o'z vaqtida diagnoz qo'ymaslik.

B) muddatidan o'tgan homiladorlik bo'lmagan holatda ham diagnostika qilish.

Sabablari: a) hayz siklining oxirgi kuni tuxum hujayraning urug'lanish kunini to'g'ri belgilamaslik.

b) hayz siklining buzilish

v) ovulyatsiyaning yoki erta yoki kech sodir bo'lishi

g) individual homiladorlik davom etilishi

d) emizikli ayolda homiladorlik kuzatilishi



Hozirgi davrda barcha akusher - ginekologlar anamnez va klinik belgilariga qarab muddatidan o'tgan homiladorlikka diagnoz qo'yadilar (**6.2-rasm**). Yuqoridagi klinik belgilar diagnoz qo'yish uchun juda asosli hisoblanadi.

Rivojlangan akusherlik ta'limotida muddatidan o'tgan homiladorlikka to'g'ri diagnoz qo'yish uchun keng spekterda paroklinik ko'zdan kechirish va dinamik kuzatuvlar asosida diagnoz qo'yiladi.

Negel, Skul'skiy, Jordania kabilarning "homiladorlik kalendariga asoslanib, homiladorlikka to'g'ri muddat qo'yiladi"

"Bachadon tubi balandligi va qorin aylanasi, bachalon bo'yni yitilganligi, bosh suyaklari zichligi va x.

"CHoklar va liqildoqlarni tekshirish.

"Homila elektro fonokardiografisi

"Amnioskopiya

"UZI

"Kolpotsitologiya

"Esterogenlar miqdorini aniqlash, siydikda amnion suyuqlikda, estriol va progesteron (prognandiol) miqdorini aniqlash.

"Yo'ldosh laktogeni, xorion gonadotropin, kortiqosteroidlar kontsentratsiyasini aniqlash.

"Amniotsentez - amnion suyuqligini tekshirish. (sut kislotasi, glyukoza, kreatinini, umumiy oksil, letsitin ADG va TSHF aktivlik miqdori va b) oksitotsinli test va boshqa funktsional probalar o'tkaziladi.

AMNIOSKOPIYADA:

- Qog'onoq suvlari miqdorining kamligi
- mekoniyning aniqlanishi
- yopishqoq moyning kamligi yoki yo'qligi
- bachadonning pastki devoridan qog'onoq pardaning ajralashi ona organizmining tug'ruqqa tayyorlanishini bildiradi. 4 sm va undan ko'p ajralishi tug'ruqning 48 soat ichida undan kamroq ajralishi tug'ruqning kechroq boshlanishini bildiradi. (45-rasm)

UZI tekshiruvida:

- Kamsuvlilik
- Homila vaznining kattaligi
- Bosh suyaklarining qalinlashuvi
- Liqildoqlarning torayishi
- Plasentaning yupqalashishi
- Kalsinozi, bo'laklanishi

Muddatidan o'tgan homiladorlikda tug'ruq kechishi asoratli o'tadi. Ularga:

- vaqtdan oldin qog'onoq suvi ketishi,
- tug'ruq yo'llari anomaliyalari,
- tug'ruqning og'irlashuvi, homila gipoksiyasi tug'ruqda operativ yondashishlar ko'payishi,
- erta yo'ldosh va kechki tug'ruqdan so'ng ko'p qon yo'qotishlar,

-tug'ruq yo'llari yumshoq mushaklar yirtilishi kabi asoratlar kuzatiladi. Muddatidan o'tgan homiladorlikni oliy toifali akusher - ginekolog tug'dirishi zarur.

Bachadon qisqarishi anomaliyalari, homila gipoksiyasi kabi belgilarni hisobga olib, ularni muddatidan o'tgan homiladorlik, o'z muddatidagi homiladorlik deb diagnostika qilinadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikda erta va kechki gipotonik qon ketishlarga tayyor bo'lib turish kerak. Profilaktika maqsadida 1 ml metilergometrin 500 ml izotonik NaCl eritilib, v/i tomchilatiladi yoki 5 Eä oksitotsinli 500 ml eritmada eritilib bola boshi yorib chiqish vaqtida o'tkaziladi. Bu moddalarni erta tug'ruqda 10 -15 min davomida o'tkaziladi.

Kechikkan tug'ruqda tug'ruq kuchlari anomaliyalari kuzatiladi, (birlamchi yoki ikkilamchi) ayolga viadril akusherlik narkozl elektroanalgeziya yordamida uxlatiladi. Ko'p hollarda bu usul yaxshi natija beradi. Dam berish 1-2 soat davom ettiriladi, agar yaxshi natija bermasa, dorilar bilan stimulyatsiya qilinadi. Dorilar bilan stimulyatsiyada natija bo'lmasa va ichki asfiksiya belgilari paydo bo'lsa darhol akusherlik qiskichlari va kesarcha kesish operatsiyasiga olinishi kerak.

Tug'ruq yo'llarida homila travmalari bo'lmasligi uchun har bir operativ muolaja darhol o'tkazilishi lozim.

Kesarcha kesishdan so'ng chaqaloqning faoliyati, ularning tashqi muhitiga moslashishi aniqlanadi.

Muddatidan o'tgan homiladorlikka biologik diagnoz qo'yishda uning o'ta yetilganlik belgilari va yo'ldosh patomorfologik o'zgarishlar kuzatiladi.

Birinchi Ballantyne (1902), Runge (1939) yilda muddatidan o'tgan homiladorlik to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Bu olimlar homila yetilganlik belgilari, patologik faoliyatiga qarab Ballentayn - Runge sindromi deyiladi.

Ballentayn - Runge sindromi quyidagi belgilarni o'z ichiga oladi: kozeoz va lakuna moylari bo'lmaydi, bosh suyaklari zichligi oshadi. CHoklar va liqildoqlar torayish, tirnoqlar uzayishi, teri rangi yashil tusga kiradi. Terisi quruq, deskvatsiyali. Qo'l va oyog'ida maseratsiyali o'zgarishlar, teri turgori pasaygan.

Teri osti yog 'klechatkasi kam rivojlanganligi sababli terisi bujmaygan.

Surunkali gipoksiyada muddatidan o'tgan homiladorlikda homila himoya reaksiyalari ostida organizmga periferik organlardan O₂ yetkazilib

beriladi. Qon aylanishi jadallashadi va hayot uchun muhim aʼzolar (miya, jigar, ichak sistemasi) va gipoksiya kuzatiladi.

Homila tashqi koʻrinishi uning tashqi muhitga moslanishi, va ona organizmida tashqari boʻlinishini hisobga olib,

Glifford (1954) homila oʻta yetilganlik belgilarning yangi klassifikatsiyasini tuzdi.

Oʻta yetilganlik 3 turi kuzatiladi:

1-turida yangi tugʻilgan homila terisi quruq lekin rangi odatdagiday, homila yopishqoq moyi kam, oldingi qogʻonoq suvlar rangi ochiq lekin miqdori kam, yangi tugʻilgan homilaning ahvoli qoniqarli.

2-turida teri juda ham quruq, homila gipotrafiyasi kuzatilgan. Qogʻonoq suvlar, homilaning kindik tizimchasi va terisi yashil mekoniy rangida. Perinatal oʻlim bu turda yuqori darajada.

3-turida qogʻonoq suvlar sariq rangda homila terisi va tirnoqlari sariq rangda bu chuqur gipoksiyadan dalolat beradi. Adaptatsion qobiliyat umuman pasaygan, reanimatsion yordamga muhtoj. Bunda oʻlim 2 turidagiga nisbatan kam.

Muddatidan oʻtgan homilada markaziy nerv sistemasi yaxshi rivojlanmaganligi sababli gipoksiyaga sezgir boʻladi, asfiksiyaga uchraydi, koʻp hollarda operativ tugʻdirib olinadi, homilada travmatizm yuqori, kasalliklarga beriluvchan boʻladi.

Muddatidan oʻtgan homiladorlik birinchi homiladorlikda va katta ayollarda birinchi homilasida hayz sikli buzilishi va endokrin patologiyasi bilan bogʻliq boʻladi. Homiladorlik davrida toksikozlar anemiya va homila tushishi xavfi yuqori boʻladi.

Muddatidan oʻtgan homiladorlikda - homilasi oʻta yetilgan boʻlib, kechikkan tugʻruq deyiladi. Kechikkan homiladorlikda asoratlar:

- vaqtdan oldin qogʻonoq suvi ketishi;
- tugʻruq kuchlari anomalialari (koʻpincha dardlar sustligi va diskoordinatsiyali)
- uzoq kechuvchi tugʻruq;
- homila va chaqaloq gipoksiyasi;
- klinik tor chanoq;
- yuqori perinatal kasallanish va oʻlim;
- tugʻruqdan keyingi qon ketishlar;

Muddatdan o'tgan homiladorlikka 41 haftalikdan so'ng ayolni darhol gospitalizatsiya qilib, uning sabablarini aniqlash, to'liq tekshiruv o'tqazib, akusherlik taktikasini tanlash lozim. Haqiqiy muddatdan o'tgan homiladorlikni akusherlik patologiyasi deb, unga aktiv yondashish kerak va homila bilan onani intensiv kuzatib, tekshirish zarur. Traditsion usullar yordamida medikamentoz tug'ruq qo'zg'atiladi. Bunda uterotonik dorilar (prostoglandinlar - glandin, enzoprost; oksitotsin, Beta - adrenoblokatorlar, beriladi). Ushbu preparatlar bachadonning yetarli yetilmagan yoki yetilmagan bachadon bo'yniga ham qo'yilishi mumkin. Ushbu dorilarni qo'llash, qarshi ko'rsatma va dozasi ona va homila faoliyati umumiy ahvoli, tug'ruq xarakteriga qarab beriladi. Uterotoniklarni kombinirlangan holatda ham qo'llash mumkin. Bularni qo'llashda erta (uz vaktida) amniotomiya qilinadi. Bachadon qiskarish funksiyasi buzilganligini korrektsiyalash maqsadida akusherlik narkozi, elektroanalgeziya, viatril, natriy oksibutirat yordamida qilinadi. Tug'ruqni qo'zg'atishdagi dorilar ta`siri 3-4 kunda effekt bermasa va ayolda akusherlik patologiyasi qo'shilsa, tug'ruqni o'z vaqtida kesarcha kesish operatsiyasi bilan yakunlash lozim. Muddatdan o'tgan homiladorlikda bachadon bo'ynini barmoqli kengaytirish, metreyre operatsiyalari ham o'tkazilgan. Hozirgi paytda 42 haftadan o'tgan muddatidan o'tgan homiladorlikda rejali kesar kesish operatsiyasiga quyidagilar ko'rsatma bo'la oladi. (46-rasm)

- " 30 yoshdan oshgan 1 - tug'uvchi ayol;
- " homilaning chanoq bilan kelish;
- " preeklampsiyaning qo'shilishi
- " anatomik tor chanoq va yirik homila;
- " klinik tor chanoq.

Akusherlik qisqichlari muddatdan o'tgan homiladorlikda faqat ekstremal holatlarda (homila gipoksiyasi, to'lg'oq sustligi qo'shilishi mumkin).

Muddatdan o'tgan homiladorlikda tug'ruq homila uchun salbiy ta`sir ko'rsatib yuqori perinatal kasallanish, erta neonatal ulim va postnatal ulimlar xolatlari kuzatilishi mumkin. Tugruk kuchlarining sustligi, tugruk chuzilishi, tugrukdan keyingi kon ketish kabi asoratlar xam kuzatilishi mumkin.

PROFILAKTIKASI.

Muddatdan o'tgan homiladorlikda ayolni sog'lomlashtirish, infeksiyon kasalliklarni oldini olish, o'z vaqtida homilador bo'lish, abortlarni kamaytirish, intergravitar oraliqni saqlash, o'z vaqtida dispanser uchyotiga

olib, homiladorlik muddatini to'g'ri aniqlash va statsionarga o'z vaqtida hospitalizatsiya qilib ayolni tug'ruqqa tayyorlab, akusherlik taktikasini optimal darajada tanlash lozim.

AMBULATOR-POLIKLINIK ZVENODAGI PROFILAKTIKA

- ayollar maslahathonasi shifokori homiladorlik muddatidan utishi natijasida tugukda va tug'ruqdan keyingi davirda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar hakida ayolni habardor qilishi shart.

- oila a'zolari urtasida tahminiy tug'ruq muddatidan 10-14 kun oldin statsionarga yotkazilishi hakida tushuntirish ishlari olib borilishi kerak.

- muddatdan o'tgan homiladorlik havf guruhiga kiruvchi ayollarni (erta va kech menarhe boshlangan, hayz sikli buzilgan, infantil, yog' almashuvi buzilgan) aniklash uchun sinchkovlik bilan anamnez yigish (oldingi homiladorlik kechishi hakida, tug'ruq, va tug'ruqdan keyingi davr kechishi hakida).

MUDDATDAN O'TGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH PROTOKOLI

Shifr: o. 48 SinfXV.

Maqsadi: Muddatdan o'tgan homilador ayollarda homiladorlik muddatini aniqlash va tug'ruqqa ruxsat berish usullari. Perinatal kasallanish va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirish

Muammolar:

- homiladorlikning muddatini aniqlash;
- tug'ruq usulini tanlash;
- Muddatdan o'tgan chaqaloqlarni parvarish qilish(perinatal patologiya)
- Homiladorlik 42 haftadan so'ng muddatdan o'tgan homiladorlik analadi. Bu vaqtda, homiladorlik davri ultratovush tekshiruv asosida 12 haftadan kechiktirmasdan belgilanishi mumkin (oltin standart)

Uzoq muddatli homiladorlik ko'pincha homila va platsenta bilan bog'liq bo'lib, ona organizmining harakatsizligi bilan bog'liq emas.

41-haftadan boshlab, kengaytirilgan antenatal nazorat tavsiya etiladi.

Bir ayol akusher-ginekolog, neonatolog tomonidan tekshiriladi. Homiladorlikning muddati belgilanadi: oyiga, ultratovush orqali tekshiruv ma'lumotlari, I-qimirlashi bilan, vaginal tarzda tekshiriladi va bachadon bo'yni bachadonining etuklik darajasi Bishop shkalasida baholanadi.

Muddatdan o'tgan homiladorlikning o'zi tug'ruq induksiyasiga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Tug'ruq induksiyasi turi ayol roziligi bilan va bachadon bo'yni yetilganligi darajasiga qarab tanlanadi.

Tug'ruq stimulyatsiyasida 2 ta asosiy prinsip mavjud:

-ayrim hollarda homila 40 haftalikdan so'ng ham vazni oshishi mumkin, bunday hollarda tug'ruqda bosh chanoq dispraporsiyasiga olib keladi.

Bishop shkalasi:

Ba	Baholanuvchi simptomlar				
II	Bachadon bo'ynining ochilishi, cm	Bachadon bo'yni uzunligi cm	Oldin ga kelgan qism	Bachadon bo'yni konsistensiyasi	Bachadon bo'yni joylashgan
0	<1	>4	-3 (3 sm dan yuqori)	qattiq	orqada
1	1-2	2-4	-2	O'rta	markazda
2	2-4	1-2	-1	yumshoq	
3	>4	<1	-	-	

-ayolning qoniqarli holatida ham homilaning to'satdan antenatal o'limi yuzaga kelishi mumkin .

Muddatdan o'tgan homiladorlikning asosiy aspektlaridan biri bu makrosamiyada tug'ruq travmalari profilaktikasi.

Muddatdan o'tgan homiladorlikda makrasamiyaga taxmin bo'lganda quyidagi prinsiplarga amal qilish kerak:

-akusherlik qisqichlarni qo'yishdan qochish

-tug'ruq anesteziolog va neonotolog bilan birga olib borilishi kerak

-homila massasining >4500 , homila va ona chanog'ining nomutanosibligida kesarcha kesish operatsasini olib borish kerak

Tug'ruq induksiyasi yoki tug'ruq stimulyatsiyasi.

Tug'ruq induksiyasi- bu sun'iy ravishda bachadonni qisqartirish va bu orqali bachadon bo'ynining yumshoqlashishi, ochilishi va homilaning tug'ulishi yuzaga keladi

KO'RSATMA!!!

- Og'ir gipertenziya
- Preeklampsianing og'ir darajasi, eklampsiya
- Qog'onoq pardasining barvaqt yorilishi
- Xorioamniyanit
- Muddatdan o'tgan homiladorlik (42 hafta)
- Onaning iltimosi bilan 41 haftadan keyin
- Homila anomaliyasi tufayli homiladorlikni to'xtatish uchun
- Homilaning ona qornida o'lishi
- Onaning EG kasalliklari tufayli (qandli diabet,buyrak kasalliklari, o'pka kasalliklari, arterial gipertenziya, antifosfolipidli sindrom)
- Homilaning ona qornidagi qoniqarsiz holati(oligogidramnion, immunizatsiya, homilaning og'ir darajali rivojlanishdan orqada qolishi

QARSHI KO'RSATMA

qin orqali tug'dirishga qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

- plasentaning oldinda yotishi
- homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq joylashuvi
- homila boshining ona chanog'iga mos kelmasligi
- genital herpesaning aktiv fazasi
- bachadon bo'ynininvaziv o'smasi
- kindik tushishi
- anamnezida miomektamiya

Tug'ruq induksiyasida alohida e'tibor berish kerak bo'lgan holatlar:

- qandli diabet
- homilani makrosamiyaga gumon qilish
- ko'p homilalilik, ko'p suvlilik
- anamnezida kesar kesish operatsiyasi o'tqazgan bo'lsa
- homilaning chanoq bilan kelishi
- homila bo'yining rivojlanishdan orqada qolishda gumon qilinishi

Tug'ruq induksiyasini qo'llashda nefarmakologik usul:

- a) qo'l barmoqlar bilan amniotik pardani ochish
- b) amniotomiya

Farmakologik tug'ruq induksiyasi:

- a) oksitosin
- b) prostoglandinlar- glandin, mizapristol
- c) antiprogestinlar- mifepriston, mifegin

Bachadon bo'yni yetilishini tezlashtiruvchi usullar:

1. Prostaglandinli gel PGE₂- dinoproston

-Intraservikal gel- prepidil

-Intravaginal gel- prostin

2. Prostaglandin-PGE₂-glandin(propess,ctrvidil)

3. mizoprastol- 0,25 Uaginali

4. Mexanik usullar orqali

Tug'ruq induksiyasini qo'llash shartlari:

-aniq gestatsion muddatni bilish

-har qanday xavf faktorini ko'rib chiqish va baholash

-Bachadon bo'ynini baholash

-chanoq suyagi holatini,homila o'lchamlarini va homilaning oldinga kelgan sohasini baholash

-homila yurak urishini baholash

-yuqori malakali akusher ginekolog (kesar kesish operatsiyasini olib borshni biladigan xodim)

NaCl ning 0. 9% li 500ml+5ED oksitasin aralashmasini tayyorlash**Masala**

1. 20 iyulda homilador ayol bel va qov sohasidagi og'riqlarga shikoyat qilib keldi. Anamnezidan: 2 marta 12,20 haftalik muddatda o'z - o'zidan homila tushishi kuzatilgan, oxirgihayz 3 yanvardan 8 yanvargacha. Bachadon qo'zg'aluvchan,local og'riqlar yo'q. QA -86 sm,BTB -28 sm. Homila qimirlashini sezyapti, homila yurak urishi bo'g'iq ritmik, 1 daqiqada 142 ta zarba. Tukillatish simptomi (-). Ajralma shilliqli.

Savollar:

*Taxminiy tashxis?

*Tekshirish usullari.

*Homiladorlikni olib boorish taktikasi.

VII BOB

HOMILADORLIKDA QON KETISHLAR

YO'LDOSHNING OLDINDA JOYLASHISHI

Hozirgi paytda akusherlikda homiladorlik davrida qon ketishlar juda ko'p uchraydigan, ancha og'ir asoratlar qoldiruvchi hodisa bo'lib qoldi. Keyingi yillarda uning chastotasi 2,7 – 2,9% umumiy tug'ishga nisbatan oshmoqda, 1,6-15,6% hollarda onalar o'limiga sabab bo'lmoqda.

Homiladorlikning 2-davrida qon ketishlar asosan muddatdan oldin yo'ldosh ma'lum qismining ko'chishi, yo'ldoshning oldinda joylashuvi, yo'ldoshning bachadon devoridan ajralishi, yo'ldoshning barvaqt ko'chishi va bachadon yorilishi holatlarida kuzatiladi.

Tug'ruqning II davridagi qon ketish sabablari

- NJYMOK;
- Plasentaning pastda joylashuvi;
- Bachadon yorilishi;

Bachadon bo'yni jarohatlari

Placenta praevia- (prae —oldinda, via —yo'l) platsentaning bachadonbo'yni ichki bo'gzidan 3sm yoki undan kam masofada joylashishi.

Etiologiyasi:

1. Bachadon faktori – plasentasiya buzilishiga sabab bo'luvchi bachadon shilliq qavatidagi distrofik o'zgarishlar.

- Surunkali endometrit
- Tez-tez tug'ish va abort
- Bachadon chandig'i
- Bachadon miomasi va endometrioz
- Bachadonning rivojlanish anomaliyalari
- Bachadon bo'yni patologiyalari (ISY, endoservisit)
- Ko'p homilalilik

2. Homila faktori – implantatsiya jarayoninig buzilishi oqibatida

Plasenta pastda joylashuvida qon ketishning o'ziga xosliklari:

- Qon ketish tashqi;
- To'satdan;
- Och rangdagi qon;
- Tashqi ta'sirsiz
- Og'riqsiz;
- Kechqurungi qon ketish
- O'z o'zidan to'xtashi

Turlari (klassifikatsiyasi)

1. To'liq yoki markaziy oldinda yotish —p. praeviacompletis (totalls).
2. To'liqsiz yoki qisman oldinda yotish — p. praeviaincompletis (partialis).

Platsentaning to'liq oldinda yotishida platsenta o'z markazi bilan bachadon ichki bug'zining ustida joylashadi, qisman oldinda yotishida—platsentaning qirrasi ichki bug'izda yotadi.

Bundan tashqari platsenta pastga birikadi (joylashadi), unda yo'ldosh qirrasi bachadonning ichki bug'izigacha 3-4 smga yotmasdan qoladi.



7.1- rasm: Plasentaning pastda joylashish ko'rinishlari

Uchrashi:

Ko'pincha qayta tug'uvchi ayollarda uchraydi. Platsenta oldinda yotishi 150-200 ta tug'ruqda bitta, ya'ni 0,5-0,7% uchraydi. Qisman oldinda yotish ko'proq hollarda (70%) to'liq. esa (30%) kamroq uchraydi.

Klinik ko'rinishi:

Kasallik homiladorlikning oxirida, ba'zan 24-26 haftalik muddatlarda to'satdan, ish paytida, uyquda yoki tinch turgan joyda qon ketishi bilan boshlanadi. Markaziy oldinda yotganda ko'p qon ketish harakterlidir.

Qisman oldinda yotganda esa homiladorlik oxirida, yoki tug'ruq paytida kamroq qon ketadi. Platsenta to'liq oldinda yotganda qon ketishi o'z-o'zidan to'xtamaydi, chunki qog'onoq pardasi yirtilmaydi va bachadon bo'ynining tipolanishi va kengayishi (ochilishi) platsentaning to'xtovsiz ajralishiga sabab bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidan ketayotgan qon och qizil rangda quyuk bachadon qon laxtalari bo'ladi. Qon ketishining o'ziga xos xususiyatlari shundan iboratki, u qayta - qayta yangilanib turadi. Platsenta qisman oldinda yotgan hollarda qog'onoq pufagini yirtgan zahotiyok platsenta va bachadon devori orasidagi o'zaro munosabat o'zgaradi, bachadonning pastki segmenti, qog'onoq pardasi va platsenta yuqoriga homilaning katta qismi joylashgan joyga qarab siljiydi, platsenta yuqoriga tortiladi va bachadon devoridan ajralmasdan, qon ketishi to'xtaydi. Pastga qarab intilayotgan homila boshi qon oqib turgan tomirlarni qisadi, qon ketishi to'xtaydi. Bu xil patologiyada tug'ruq kuchlari yetarli bo'lmaydi, bachadon pastki segmenti yanahda tortilmasdan ko'pincha birlamchi sustlikka olib keladi. Platsenta oldinga yotganda homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi, chanoq bilan oldinda yotishi, hollari ko'p uchraydi.

Tekshirishlar

1. Platsenta joylashgan joyini aniqlash uchun UTT o'tkazish maqsadga muvofiq.
2. Bachadon - platsenta - homila doplerometriyasi, KTG 36 haftagacha.
3. Qon guruhi, Rh- omilni aniqlash.
4. Kengaytirilgan formula bilan UQT: trombositlar soni, fibrinogen, ACHTV.

Taktika

• Plasentaning oldinda kelishida shubha qilingan hollarda qin orqali ko'rish mumkin emas!!!

Ayol qon ketish bilan kelganda:

- Multidisiplinar komanda yig'ish
- Ona ahvolini baholash (**puls, Q/B, N/S, tana harorati**)
- Qon ketish hajmini baholash
- Katta o'lchamdagi (**G 14-16**) bilan 2 ta tirsak venalarini kateterizatsiya qilish
- Tahlil uchun qon olish
- 20 daqiqada 1000 ml fiziologik eritma quyish

-Kuchli qon ketish va gemorragik shok belgilari bo'lmaganda UT o'tkazilib tashxis tasdiqlansa reanimasiya, tug'ruq yoki jarrohlik bo'limiga o'tkazish.

-Kuchli qon ketish belgilarida jarrohlik bo'limiga o'tkazib, jarrohlik xonasini tayyorlash.

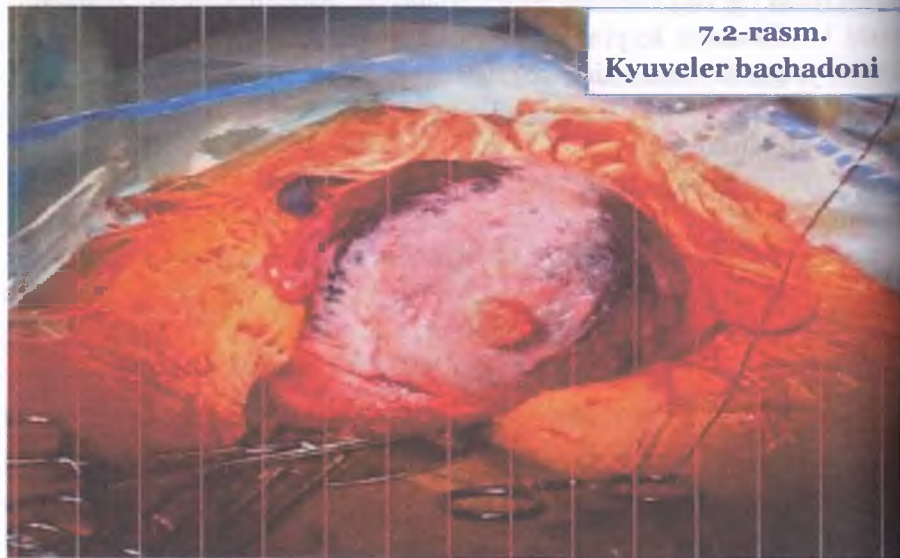
• Kuchli qon ketishi davom etganda – laparotomiya- kesar kesish operatsiyasi o'tkaziladi. Ketayotgan qon hajmiga mos ravishda infuzion transfuzion dastur davom ettiriladi.

• **Qon ketishi davom etib, gemodinamika stabil holatlarida:**

-1000ml 0,9 % fiziologik eritmaga uterotonik 40 ed oksitosin qo'shib 1 daqiqada 60 tomchidan v/i ga yuboriladi;

-prostoglandinlar- misoprostol 800 mkg sublingval yoki per rectum;

- magistral qon tomirlarni bog'lash;



7.2-rasm.
Kyuveler bachadoni

- B- Linch bo'yicha chok qo'yish;

- Gisterekтомиya.

Qon ketishi davom etib nostabil gemodinamikada:

-Laparotomiya – bachadonning 3 juft magistral qon tomirini bog'lash

-Ichki yonbosh arteriyalrni bog'lash

-Zarur holatlarda - **gisterekтомиya**

Qon ketish to'xtagan yoki kam homiladorlik muddati < 34 holatlarida glikokortikosteroidlar (deksametazon) bilan HDS profilaktikasi boshlanib rejali kesar kesish yo'li orqali tug'diriladi.

- Plasentaning to'liq oldinda kelishi – kesar kesish yo'li bilan tug'dirishga mutlaq ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

NORMAL JOYLASHGAN YO'LDOSHNING BARVAQT KO'CHISH

Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi (NJYMOK) – bu homiladorlik vaqtidayoki tug'ruqning I va II davrida yo'ldosh bo'lagining bachadon devoridan ko'chishidir. Turli mualliflarning fikriga ko'ra bu patologiya butun tug'ruqlarning 0,5-2,5% ini tashkil qiladi. **NJYMOK** 1/3 holatlari massiv qon ketish, gemorragik shok va DVS ga sabab bo'ladi.

NJYMOK sabablari:

1. Umumiy tibbiy

- Gipertenziv sindrom
- Preeklampsiya, eklampsiya
- Pielonefrit
- YUQTK
- Qon kasalliklari
- Allergik holat

2. Akusherlik sabablari

- Akusherlik buralishlari
- Amniosentez
- Tug'ruq faoliyatini noto'g'ri stimulyasiyasi
- Qoniqarsiz tug'ruq faoliyatida uterotoniklarni pala- partish ishlatish
- Tez- tez tug'ish

3. Tibbiy bo'lmagan sabablar

- Qo'rqitish
- To'satdan qo'rquv
- Xursandchilik
- Psixoemosional travma
- Erta va kech birinchi tug'uvchi ayollar
- Narkotik va alkogolli ichimliklar iste'mol qilish

Tug'ruq paytida NJYMOK ga sabab bo'luvchi faktorlar

- diskoordinasion tug'ruq faoliyati;
- ko'p suvlik davrida birdaniga yoki tez homila oldi suvining ketishi;
- monoxorial egizakda 1 – homilaning tug'ilishi;
- mushak o'rtasidagi tugunlarda lokalizastiyalashgan yo'ldosh;
- surunkali bazal endometrit;
- yo'ldoshning muddatdan oldin qarishi;
- homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi;
- travma;
- kindik tizimchasining kaltaligi.

Kichik qon aylanishining yomonlashuvi yo'ldoshda tomir devorlari elastikligini pasayishida kuzatiladi. Bu esa arteriol, kapillyar yorilish, mikrogematomaning hosil bo'lishi natijasida bazal plastinkaning detsidual to'qimasi buzilishiga olib keladi, hamda retroplatsentar gematoma hosil qiladi.

Tasnifi

-Og'irlikdarajasigako'raNJYMOK 2 darajagabo'linadi:

1. Yengil daraja
2. Og'ir daraja

-Qon ketish xarakteriga ko'ra

1. Tashqi
2. Ichki
3. Kombinasiyalashgan

-Ko'chish xarakteriga ko'ra

1. Qisman ko'chish
 - A) Progresirlangan
 - B) Progresirlanmagan
2. To'liq ko'chishi

NJYMOK yengil darajasining klinik belgilari

- Homilador ayol ahvoli qoniqarli
- tashqi qon ketish kuzatilmasligi mumkin (yoki 250 ml dan kam).
- Homila ahvoli o'zgarmagan holda bachadon tonusi ortishi, bel sohasida noaniq og'riqlar bo'lishi mumkin.
- Puls tezlashgan
- Teri qoplamlari rangpar
- Avj olmagan retroplasentar gematoma
- Homila ahvoli yomonlashuvi belgilarisiz

- Homilaning antenatal o'limi (ayolning stabil holatini ob'yektiv baholash , gemorragik shok belgilari kuzatilmaydi va bachadon va placentaning holatini UTT da sinchiklab tekshirish kerak).

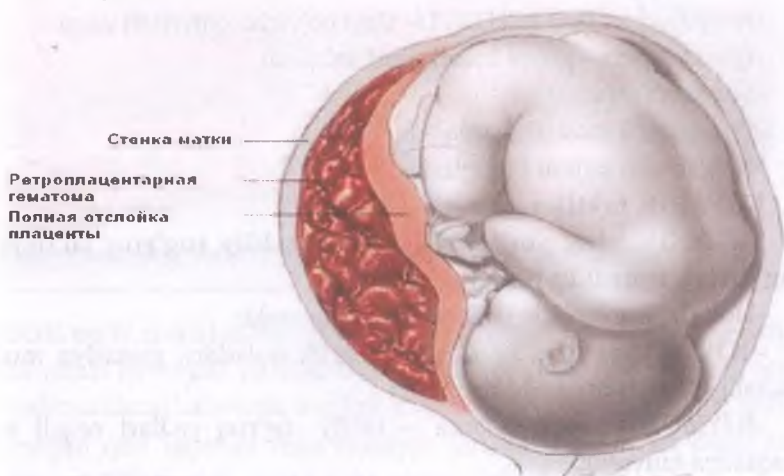
- Koagulopatiyaning laborator va klinik belgilari kuzatilmaydi (trombositlar soni 180000mkl dan ortiq, krovat oldi testi (qon ivish boshlanishi 3 daqiqa , oxiri 7 daqiqa)

NJYMOK og'ir darajasining klinik belgilari

- Patologiyaning to'satdan boshlanishi
- Teri qoplamlari rangpar
- Sovuq ter bosishi
- Qorin assimetriyasi
- Bachadonning tinimsiz gipertonusi va og'riq sindromi
- Tashqi qon ketish (ba'zan kuzatilmasligi ham mumkin)
- Gemodinamika buzilgan (taxikardiya, AQB pasaygan)
- Homila ahvoli og'irlashgan yoki antenatal o'lim
- Gemorragik shok va DVS sindromi

Ayol qon ketish bilan kelganda:

- Multidisiplinar komanda yig'ish
- Ona ahvolini baholash (**puls, Q/B, N/S, tana harorati**)
- Qon ketish hajmini baholash



7.3-rasm. Retroplasentar gematoma

-Katta o'lchamdagi (**G 14-16**) bilan 2 ta tirsak venalarini kateterizatsiya qilish

-Tahlil uchun qon olish

- 20 daqiqada 1000 ml fiziologik eritma quyish

-Kuchli qon ketish va gemorragik shok belgilari bo'lmaganda **UTT** o'tkazilib tashxis tasdiqlansa reanimasiya, tug'ruq yoki jarrohlik bo'limiga o'tkazish.

-Kuchli qon ketish belgilarida jarrohlik bo'limiga o'tkazib, jarrohlik xonasini tayyorlash.

Tekshirishlar

-Qon tahlili(**UQT**, qon guruhi, rezus omil, koagulogramma, trombositlar soni)

-Fibrinogen, **ACHTV**, **MNO**, kravatoldi testi

-Siydik qopini kateterizatsiya qilib, soatlik diurezni aniqlash

-Homila ahvolini aniqlash (**KTG**, bachadon- homila -- plasenta doplerometriyasi)

Baholash va monitoring

-Ayolning hushi, nafasi, teri rangi

-**AQB**, **PS**, **N/S**

-Qondagi **Hb**, **Ht**

-**Koagulogramma**, **ACHTV**, **Li**- Uayt bo'yicha qon ivish vaqti

-Qonda mochevina va kreatininni aniqlash

-Soatlik diurez

-Qon guruhi mosligini aniqlash

-Ketgan qon hajmini aniqlash

NJYMOK taktika

NJYMOK ning yengil darajasida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish mumkin bo'lgan holatlar:

-Homilaning hayotiy faoliyati buzilmaganda;

- **NJYMOK** va tirik homila akusherlik holatlari, gestasiya muddati va mahalliy sharoitlardan kelib chiqib;

-**NJYMOK** va o'lik homila -- tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiq;

-Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirishga sharoit bo'lganda erta amniotomiya qilish, homila (uzluksiz **UTT**, **KTG**) ayolning ahvolini monitoring qilish;

-Tug'ruqning II davrida qin orqali tug'dirish jarrohlari (akusherlik amaliyotchilari

-qo'yish, homila vakuum-ekstraksiyasi) faqat akusherlik ko'rsatmalriga ko'ra bajariladi.

• **Tug'ruq yo'llari tayyor bo'lmaganda shoshilinch – Kesar kesish!!!**

• Agar qon ketish to'xtagan bo'lsa va homiladorlik muddati <34 bo'lsa, HDS oldini olish, homiladorlik muddati >34 bo'lsa akusherlik ko'rsatmalari bo'lmasa homiladorlikni yetilgan muddatgacha davom ettirish kerak.

• Qon ketish takrorlansa – kesar kesish yo'li bilan tug'dirish.

7.4-rasm. Homilani bachadon bo'shlig'idan chiqarish



NJYMOK og'ir darajasida endotraxeal narkoz ostida – kesar kesish , bachadonni vizual baholash, bachadon qisqarishlarini baholash, ketgan qon hajmi gemodinamikani baholash, 2-3 juft magistral qon tomirlarni bog'lash.

• Ketayotgan qon hajmiga mos ravishda jarrohlik tadbirlari bilan bir vaqtda infuzion- transfuzion dastur ham amalga oshiriladi.

• **Samara bo'lmaganda total yoki subtotal - gisterektomiya**

-Ichki yonbosh arteriyalarni bog'lash.

VIII BOB

TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYENGI

VAGINAL QON KETISHLAR

BACHADON YORILISHI. TASNIFI, ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI, OLDINI OLISH.

Bachadon devorlari butunligining buzilishiga - **bachadon yorilishi** deyiladi.

Bachadon yorilishi tug'ruq davrida xavfli asoratlar tug'diradi. Zamonaviy tashkil qilingan akusherlik tibbiy yordamini ko'rsatishda bachadon yorilishida homilaning ona qornida nobud bo'lishi tez - tez uchraydi. Xavfning tug'ilishi qon ketishi yoki shokka bog'liqdir. Qon ketish manbaiga bachadon devorlari tomiri keng yorilishiga qarab qon ketishi avj olishi kuzatiladi. Shok asab tizimi, bachadondagi har xil shikastlanishlar, boshqa organlardagi buzilishlar, qorin bo'shlig'idagi o'zgarishlarga olib keladi. Ko'pincha bachadon yorilishi takroriy tuqqandan so'ng sodir bo'ladi. Bu holat sodir bo'lishiga sabab qilib, o'tgan asrda (1875) Bandl bachadon yorilishining mexanik nazariyasini ishlab chiqdi. Buni u ona chanog'i bilan homilaning joylashuviga bog'lab o'rganishni tavsiya qilgan. Asrimizning boshida (1911) Ya. F. Verbov o'zining yangi qarashi bilan kirib keldi. Uning fikricha sog'lom bachadon hech vaqt yorilmaydi, bunga sabab bachadon devorlarida o'zgarishlar sabab bo'lganda kuzatiladi. Bunga sabab qilib patologik o'zgarishlar, mexanik faktorlarni keltirish mumkin.

Tasnifi: (L. S. Persianinov 1964)

1. Vaqtiga ko'ra:

- a) Homiladorlik davrida
- b) Tug'ruq davrida

2. Etiopatogenezigina ko'ra:

- a) O'z o'zidan

b) Zo'rlik bilan

3. Lokalizatsiyasiga ko'ra:

- a) Bachadon tubida
- b) Bachadon tanasida
- c) Bachadon pastki segmentida
- d) Bachadonni qin gumbazidan ajralishi

4. Xarakteriga ko'ra:

- a) To'liq yorilish
- b) Qisman yorilish

5. Klinik kechishiga ko'ra:

- a) Xavf soluvchi bachadon yorilishi
- b) Boshlangan bachadon yorilishi
- c) Tugallangan bachadon yorilishi

Bachadon yorilishiga sabab qilib quyidagilarni keltirish mumkin:

- ona chanoq suyaklarining torligi;
- bachadon o'smalari;
- tug'ruqkanaliumshoqto'qimalaridagiharxilchandiqlar;
- operatsiyadan keyingi bachadonning noto'g'ri joylashuvi.

Bachadon yorilishidagi klinik xavfi homila oldi suvi, pastki segment tortilishiga ta'sir qiladi. Bachadon uzunasigi tortilgan, bachadon ichida qumli qon tusini oladi. Yumaloq boylam sohasi og'riqli, taranglashgan bo'ladi. Bu holat diagnostikasi chuqur tahlil va o'rganishni talab qiladi. Bunda ko'pincha homilaning sekin rivojlanishi kuzatiladi.

Shunday qilib yorilish xavfi simptomlariga quyidagilar kiritiladi:

- og'riqli to'lg'oqlar;
- foyd bermaydigan zo'riqishlar;
- siydik ketishining qiyinlashuvi.

Bachadon yorilishi boshlanishida ancha yaqqol quyidagi holatni ko'rish mumkin:

- to'lg'oqlar ancha og'riqli kechadi;
- bachadondan qon laxtalarining ketishi;
- siydikning qon aralash kelishi kuzatiladi.

ezda homila ahvoli yomonlashadi, birdaniga homilaning nobud bo'lishi kuzatiladi. Yorilish boshlangan paytda umumiy holsizlanish, bosh aylanishi,

ko'ngil aynishi kabilar kuzatiladi. Noto'liq chandiq to'g'risida quyidagi anamnezlar yordam berishi mumkin. Yara bitishining buzilishi va uzoq davom etuvchi lixoradik kechishlar operatsiyadan keyingi holatda, kesarcha kesishdan keyin yoki yirtilgan bachadonni tikishdan xavf soluvchi bachadon yirtilishi, tez tug'ishga ruxsat berilishini talab qiladi, tug'ish jarayonida – chuqur narkozni ta'minlash kerak. Tirik yetilgan homilada kesarcha kesish qilinadi, boshqa holatlarda homilani saqlab qoluvchi operatsiyalar, keyin esa bachadonni qo'l bilan tekshirish usullari qo'llanilishi shart. Bachadonni kesish tugagandan so'ng aniq klinik manzara kuzatiladi va tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'dirmaydi. To'liq yirtilish tug'ayotgan ayol tug'ruq vaqtida kuchli sanchuvchi og'riqni sezadi, ko'pincha bir to'lg'oq tikka yotganda ayol baqirib yuboradi, qo'li bilan qornining pastini ushlab oladi. Tug'ruq jarayoni to'xtatiladi, tug'ayotgan ayol apatik bo'lib qoladi, baqirishni to'xtatadi, teri qoplamlarining oqarishi kuzatiladi, sovuq ter chiqadi, ko'ngil aynishi, qo'sish, A/B tushadi, puls tezlashadi. Qon ketishlar bachadon yirtilishida tashqi, ichki va aralash bo'lishi mumkin. Homila tez nobud bo'ladi. Uning qorin bo'shlig'idan chiqish vaqtida qorin noto'g'ri formani egallaydi va oldingi qorin devori orqali paypaslaganda homilaning mayda bo'laklari seziladi. Bachadon yirtilishi tug'ruq oxirida boshlanishi mumkin, simptomlar bu vaqtda aniq ko'rinmaydi. Shuning uchun tug'ruq jarayonida kelib chiqishi aniq bo'lmagan qon ketishlar kuzatilsa, homilaning yurak urishi buziladi. Tug'ayotgan ayolning holati yomonlashadi, ko'pincha chaqaloq tug'ilganidan so'ng, bunda bachadon yirtilishiga gumon qilib, qo'l bilan tekshirish o'tkazish kerak. Chandikli yirtilish tugallangandagi klinikasi xavf soluvchi yirtilish simptomlari (og'riq, chandiqning og'rib turishi, tug'ruq jarayonining effektsizligi) fonida rivojlanadi. Doimiy ko'payib borayotgan yirtilishda og'riq kuchayishi kuzatiladi, qindan qonga o'xshash ajralmalar keladi. Og'riq qo'shiladi va o'ng qovurg'a ostida og'irlik hissi paydo bo'ladi, ko'ngil aynishi, gohida qisqa vaqtli xushdan ketish holatlari, qayt qilish, ichaklar parezi, qorinni ta'sirlantiruvchi simptomlar paydo b'lishi mumkin. Gohida chandikli bachadon yirtilishi simptomlari shunchalik yashirin bo'lishi mumkin va bunga e'tibor bermaydilar va tashxis juda kech qo'yiladi, peritonit rivojlanganda yoki operatsiyada, bunday holatlarda tashxis qo'yishda gisteroskopiya va ultratovush tekshiruvi yordam beradi. Qorin oldi gematomalari chandikli yirtilish oqibatida pastki segmentda shok rivojlanmasdan paydo bo'lishi mumkin. Qorinni orqa gematomalari – pastki

segmentga o'tuvchi bachadon bo'yni travmalari oqibatida paydo bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda bachadon bo'ynini oynalar yordamida ko'rish, yirtilish chuqurligiga baho berish katta ahamiyatga ega. To'liq simptomlarsiz kuzatiladigan bachadon yirtilishlari yo'q. Tug'adigan va homilador ayolning hikoyatlariga diqqat bilan yondashish, anamnezni yaxshilab baholash va tug'ish jarayonida paydo bo'ladigan hamma jihatlarini to'g'ri va o'z vaqtida boshqarish qo'yishda yordam berish kerak. Bir vaqtda yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish, shokka qarshi chora tadbirlar ko'rilishi zarur. Qaysi xirurgik metod tanlash to'g'risidagi savolga yirtilish boshlangan vaqt, uning xarakteri, infeksiya belgilari inobatga olingan holda yechiladi. Bachadon chandiqli yirtilishini tikish, infeksiya yo'q sharoitda va yirtilishidan 24 soat vaqt o'tgandan so'ng amalga oshiriladi.

Bachadon ekstirpastiyasi quyidagi holatlarda amalga oshiriladi:

- pastki segment yirtilganda parametral kletchatkaga katta gematoma paydo bo'lganda;
- bachadon bo'yni va qin gumbazga o'tadigan yirtilishlarda;
- bachadonni qin gumbazlaridan uzilib qolishida;
- infeksiya rivojlanganda.

Bachadon noto'liq yirtilishida uni tikish mumkin. Sterilizatsiya haqida savol bachadon yirtilishi tikilgandan so'ng individual hal qilinadi. Profilaktika o'z ichiga homiladorlarni yaxshilab tekshirish, nazorat qilish, bachadon yirtilish xavfini oldini olishdan iborat.

Xavfli guruhga kiradigan ayollar:

- og'ir yallig'lanish jarayonlari natijasida paydo bo'ladigan yaxshi rivojlanmagan bachadon yoki kesarcha kesishni erta boshidan kechirganlar, tubektomiya, bachadon bo'yni operatsiyalari, bachadon yirtilishini yoki perforatsiya teshigini tikish;
- tez-tez tug'uvchi ayollar ;
- asoratli tug'ish jarayonini boshdan kechirganlar. Katta homilani tug'ilishi, qindan tug'ishga ruxsat etilgan tug'ruqlar tug'ishda va tug'ishdan keyingi davrda infeksiya va boshqalar;
- hozirgi homiladorlikning asoratli kechishi;
- og'riq sindromi bilan (doimiy va noregulyar qorin pastidagi og'riqlar, bachadon chandiqli sohasida) yoki lokalizatsiyasi aniq emas;

-homiladorlikning turli muddatlarida qonsimon ajralmalar, muddatidan o'tgan homiladorlik, tor chanoq bilan;

-homilaning noto'g'ri yotishi va holati yoki muddatdan oldin qog'onoq suvi ketishi va tor chanoq belgilari bilan.

Kesar kesishni boshidan o'tkazgan homiladorlar dispanser nazoratda turishi va tug'ishdan 2-3 hafta oldin gospitalizatsiya qilinishi shart.

YO'LDOSH BIRIKISHI NUQSONLARI, BACHADON GIPO VA ATONIYASI, YO'LDOSH QISMLARINING QOLIB KETISHI.

Tug'ruqdan keyingi qon ketish hozirgi kundagi jiddiy muammolardan biri bo'lib kelmoqda. Muammoning jiddiyligi DVS, onalar o'limi va perinatal o'limida birinchi o'rinni egallovchi shok holati kabilar bilan izohlanadi. Hech bo'lmaganida tashxis qo'yish va korreksiya, tibbiy yordamning birinchi bosqichi bo'lib hisoblanadi va bu umumiy amaliyot vrachi zimmasiga yuklatiladi. Malakaviy bosqichma – bosqich tibbiy yordam reanimatolog, gemotransfuziolog, qon-tomir jarrohlari va boshka mutaxassislikdagi vrachlar hamkorligida yordam ko'rsatiladi. Muammoning jiddiyligini hisobga olgan holda, talabalarga ushbu patologiyaning etiopatogenetik asoslarini, klassifikatsiyasini, erta tashhis usullarini va kasallikni oldini olishni o'rgatish zaruriyati tug'iladi. Qon ketishning og'ir formasida birinchi tibbiy yordamni ko'rsatish, qayta tiklanish va intensiv terapiya asosiy qoidalarini o'rgatish ham shular sirasiga kiradi.

Tug'ruqdan keyin jinsiy a'zoldardan qon ketish, etiologiyasiga qarab 4 katta guruhga bo'linadi. Ularni yaxshiroq esda saqlash uchun guruhlarining barchasi T harfi bilan birlashtirilgan bo'lib «**To'rta T**» qoidasi deb ataladi.

TO'RTTA “T”

1. **To'qima**(yo'ldoshning chin va soxta birikishi)
2. **Tonus**(bachadon atoniyasi)
3. **Travma**(Bachadon bo'yni , qin , oraliq jarohatlari)
4. **Trombin**(DVSsindrom)

To'qima – bu nom ostida tug'ruqdan keyingi qon ketishlarning sabablari birlashtirilgan bo'lib, bular hamroh qoldiqlarining ushlanib qolishi, yo'ldoshning qisilishi, yo'ldoshning birikish turlari bilan belgilanadi. Ajralgan yo'ldoshning ushlanib qolishi sabablari bo'lib, paralitik holat natijasida, siydik pufagini to'lishi, qorin muskullarining yaxshi rivojlanmaganligi va bachadoning cho'zilib ketishi (homilaning katta bo'lishi

ko'p homilalik, ko'p suvlilik) hisoblanadi. Bundan tashqari vaqtidan oldin tug'ruqlar, tug'ruq faoliyatining birlamchi, ikkilamchi sustligi hamda tug'uvchi ayollarning holdan toyish ham sabab bo'lib hisoblanadi. Yo'ldosh qismlarining ushlanib qolish zamirida bo'ladigan qon ketish sabablari, uning ona tomonidan tug'ilgandan keyin to'liq tekshirish orqali aniqlanadi. Yo'ldosh yuzasi silliq, rangikulrang – ko'k bo'lishi va yupqa destidual parda bilan o'ralgan bo'lishi kerak. Yo'ldosh to'qimasida nuqson bo'lganida, yo'ldoshning bu qismi, chetlari notekis bo'lgan to'q qizil rang bilan farqlanadi. Yo'ldoshning homila tomonidagi qismini ko'rikdan o'tkazayotganda, odatda yo'ldosh chetidan o'tmaydigan qon tomirlarga e'tibor beriladi. Agar qon – tomirlar yo'ldosh chetidan o'tsa, parda shu yerdan uzilgan bo'lsa, bachadonda qolgan qo'shimcha qism bor deb hisoblash mumkin. Yo'ldosh qismlarining ushlanib qolishi hamda pardaning ko'p qismining qolishi holatlarida, zudlik bilan bachadon bo'shlig'ini tekshiriladi va unda qolgan yo'ldosh bo'laklari, hamda qon laxtalari olib tashlanadi. Bachadon bo'shlig'ini hech bo'lmaganida qo'l bilan tekshirish ishonchli gemostatik natija beradi va ko'p qon ketishini oldini oladi. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish yaxshi natija bermasligi ko'p hollarda operatsiyaning kechiktirib bajarilganidan dalolat beradi. Tug'ruqdan keyingi davrdagi qon ketishi yo'ldoshning bachadon devorlariga, ba'zan odatdagidan boshqacharoq birikishi zamirida yuzaga keladi. Bunda yo'ldoshning bachadon devorlariga noto'g'ri birikishining 2 shakli ajratiladi. Yo'ldoshning zich birikishi va yo'ldoshning yopishishi (placenta accrete). Yo'ldoshning bachadon devoriga zich birikishi bachadon mushak devorlari bilan orasida joylashgan ajralib turuvchi lubsimon qatlam atrofiyasi natijasida yuzaga keladi. Bu kam hollarda to'laligicha, ko'proq qisman bo'lishi mumkin. Qisman yopishgan hollarda yo'ldoshning alohida bo'lakchalari yoki uning kattaroq qismi bachadon devoriga noto'g'ri birikkan bo'ladi. Bunda xorion tukchalari endometriy qatlamidan tashqariga chiqmaydi. Yo'ldoshning bachadon devorlariga zich birikishi o'rtacha 0,69 % holatlarda uchraydi. Yo'ldoshning bachadon devoriga yopishib o'sishi bachadon muskul qatlami bilan xorion tukchalari orasida detsidual qobiqning ajralib tushuvchi qatlamning bo'lmasligi va tukchalarning bachadon muskul qatlamigacha borishi hamda uning ichiga kirishi bilan belgilanadi. Yo'ldoshning yopishib o'sish to'la yoki qisman bo'lishi mumkin. Yo'ldoshning to'laligicha bachadon devoriga yopishishi juda kam hollarda: taxminan 24506ta tug'ruqdan bittasida uchraydi.

(Persianinov A. S. Rassrigi N. I. 1983). Yo'ldoshning yopishib o'sishi aksariyat hollarda takror tug'uvchi ayollarda kuzatiladi. Yo'ldoshning zich birikishi va bachadon devorlariga yopishib o'sishi bir-xil omillar bilan shartlangan bo'ladi.

1. Homilador ayol organizmining holati endometriy va miometriydagi struktur – morfologik o'zgarishlariga bog'liq omillar;

2. Xorion tukchalari gialuronidazalarining ferment faolligi va bachadon detsidual qobig'ining himoyalovchi roli bilan bog'liq omil;

3. Yuqorida aytib o'tilgan omillarning birlashuviga asoslangan omil.

1-guruh. Omillariga degenerativ va atrofik harakterga ega ajratib tushuvchi qobiqning chuqur shakliy anatomik o'zgarishlarni misol qilish mumkin.

Bu kechki toksikoz og'ir kechadigan homiladorlarda ilgariroq endometrit bo'lganligi natijasida rivojlanadi. Shuningdek, oldingi tug'ruqlari nuqsonli kechgan va jarrohlik aralashuvi bo'lgan ayollarda surunkali buyrak kasalliklari bo'lganda ham rivojlanadi.

2-guruh. Sabablari xorion tukchalari destidual qobiq o'rtasida gialuron kislotasi – gialuronidaza tizimidagi fiziologik mutanosiblik buzilishi bilan bog'liq. Normal rivojlanayotgan homiladorlikda destidual to'qima muskul xorionining kirishidan saqlaydi. Yo'ldosh bachadon devoriga noto'g'ri birikishida xorion tukchalar faolligi keskin ortadi. Yo'ldoshning bachadon devoriga noto'g'ri birikishining birlamchi belgilaridan, odatda tug'ruqning III davrida boshlanadigan qon ketish hisoblanadi, ammo yo'ldosh o'z o'rniga butunligicha birikkan bo'lib tushishini boshlagan bo'lsa qon ketmasligi mumkin. Kamdan – kam hollarda yo'ldosh yopishib o'sganda xorion tukchalari bachadonning seroz qatlami va muskul qatlamlariga kirib borishida tug'ruqdan ancha oldin boshlanishi mumkin bo'lgan qorin bo'shlig'iga qon ketishi kuzatiladi. Qon ketish va 30 daqiqa davomida yo'ldosh ajralish belgilari bo'lmaganda qisqartiruvchi preparatlar qo'llaniladi. Natijasiz qo'llanilishi holatlarida 10 daqiqadan so'ng yo'ldoshni qo'l bilan ajratish kerak. Qon yo'qotish 250-300 mldan oshganda va yo'ldoshning ajralib tushish belgilari bo'lmagan hollarda xuddi shunday operatsiyani zudlik bilan bajarilishi kerak. Yo'ldoshning birikishini bu ikki shaklini bilish faqatgina yo'ldoshni bachadon devorlaridan ajratib olish bo'lmagandagina bilish mumkin bo'ladi. Yo'ldoshning to'laligicha birikishida, bachadon devorlaridan butunligicha ajratib olish biroz qiyinchilik tug'diradi.

Yo'ldoshning yopishib o'sishi hollarida, uni qo'l bilan ajratib olish faqatgina tashxisli usul bo'lib hisoblanadi, qaysikim bachadonning zudlik bilan olib tashlash zaruriyatini taqozo qiladi. Yo'ldosh to'laligicha birikkanda, uning qisman ajralish natijasida doimo qon ketishlar kuzatiladi. Yo'ldoshning to'laligicha birikkanida esa, uning majburiy tarzda ajratib olishga harakat qilinmasa va tukchalararo bo'shliq butunligi buzilmasa qon ketish kuzatilmaydi. Yo'ldoshni ajratib olish urinishlari qisman birikkan hollarda ham, to'laligicha birikkan hollarda ham, faqatgina platsentar to'qimaning yirtilishi va bachadon devorlarining shikastlanishiga olib keladi. Bu esa yanada ko'proq qon ketishga olib keladi. Tug'ruqdan keyin qon ketish jadallashuvining xavfilik omillari bo'lib: preeklamsiya ko'p suvlilik, anamnezidagi tug'ruqdan keyingi qon ketishlar, anamnezida kesar kesish, tug'ruqning III davrining uzoq (30min) davom etishi, jarohatlanishlar, akusherlik qisqichlari, vakuum – ekstraksiya, tug'ruqni aktivlashtirishlar hisoblanadi.

Tonus– Tug'ruqdan keyingi davrning ilk soatlarida sodir bo'ladigan qon ketish, ko'p hollarda bachadon qisqaruvchanlik faoliyatining buzilishi, uning atonik holati bilan belgilanadi. Bachadon qisqaruvchanlik faoliyati buzilishini chaqiradigan barcha sabablarini 2 ta asosiy qismga bo'lish mumkin.

1. Bachadonning atoniyasini belgilovchi onaning kasalligi yoki holati (preeklamsiya, yurak-qontomir kasalliklari, jigar, buyrak, nafas olish yo'llari, MNS, neyroendokrin buzilishlar, o'tkir va surunkali infeksiion kasalliklar va boshqalar).

2. Bachadoning anatomik va funkstional to'laqonli bo'lmasligi, yo'ldosh birikishidagi nuqsonlar, bachadon bo'shlig'ida yo'ldosh qoldiqlarining ushlanib qolishi yoki qisilishi, normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi, bachadon rivojlanishdagi nuqsonlar, yo'ldoshning yopishib o'sishi va zich birikishi. Bachadon yallig'lanish kasalliklari metroendometrit, bachadon miomasi, ko'p homilalik, yirik homila, yo'ldoshdagi destruktiv xarakterga ega o'zgarishlarga olib keluvchi sabablar. Bundan tashqari bachadon gipotoniya va atoniya rivojlanishiga tug'ruqning uzoq, tez va tezkor kechishiga olib keladigan tug'ruq faoliyatining nuqsonlari; qog'onoq suvining vaqtidan oldin ketishi, tug'ruq jarayonida vaqtidan oldin aralashuv, akusherlik operatsiyalarda homilaning tez olinishi, tug'ruqdan keyingi davrni asossiz juda ham tez olib borish, ta'sirga ega preparatlarni katta miqdorlarda berilishi. Yo'ldoshning ajralish alomatlarini aniqlovchi

usullarni tez – tez qo'llanilishi, yo'ldosh ajralmagan holda Abuladze, Genter singari usullarning bo'lmagani va asossiz qo'llanilishi, bachadonning tashqi tomondan massaj qilinishi, kindikdan tortish va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.

Davolash choralari (bachadonni tashqi massaji, uteratonik dori vositalarni kiritilishi, bachadon bo'shlig'ini ehtiyotkor tashqi, ichki massaj bilan qo'lda tekshirish, qorin aortasini bosish) dan ijobiy natija bo'lmaganda to'xtovsiz qon ketganda zudlik bilan bachadonni olib tashlash kerak.

Taktika

Birlamchi baholash

Bir vaqtda!!!

• Yordamga chaqirish (malakali akusher- ginekolog, anesteziolog, reanimatolog, laborant)

- Ketgan qon hajmini baholash
- Gemodinamik ko'rsatkichlarni baholash (AQB, Ps, N/S, tana harorati)
- Siydik pufagi kateterizasiyasi
- Ikkita tirsak venalari kateterizasiyasi (14-16 G vena kateteri) 3:1 nisbatda kristaloidlarni quyish

- Ayolni isitish
- Qon guruhi, Rh – faktorni aniqlash
- Sababni aniqlash
- Bachadonni tekshirish (tonus, to'qima)
- Tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirish (travma)

Etiotrop terapiya

“TONUS”

- Bachadon massaji
- Uterotoniklar
- Bimanual kompressiya

“TO'QIMA”

- Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish

“TRAVMA”

- Qin ko'zgularida ko'rish
- Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalari jarohatini tikish
- Bachadon yorilishida – laparotomiya
- Bachadon ag'darilishi korreksiyasi

“TROMBIN”

- YMP, kriopresipitat, trombositar massa quyish
- Antifibrinolitiklar

Konservativ davo:

- Oksitosin- 60 birlikkacha
- Metilergometrin- 1,0 gacha
- Misoprostol 800mkggacha

Qon ketishni oldini olishning jarrohlik usullari quyidagilar:

- 3 juft qon tomirlarni bog'lash
- Bachadonga B- Linch usulida chok qo'yish
- Magistral qon tomirlarni bog'lash
- Bachadon ekstirpatsiyasi.

Qon ketishga qarshi kurashning natijasida o'tkaziladigan tadbirlarning ketma-ketligi va ko'rsatiladigan yordamning aniq tashkil qilinganligiga bog'liq. Tug'ruq bo'limi xodimlari bunday ayollarga tez tibbiy yordam ko'rsatishga doim tayyor turishga ko'nikmalari bo'lishi darkor. Tug'ruq bo'limida mavjud qon komponentlari va qon o'rnini bosuvchi preparatlar miqdorining doimiy nazoratini olib borish kerak. Barcha turdagi medikamentoz va asbob uskunalarini maxsus ajratilgan joyda saqlash lozim. Tug'ruqdan keyingi davrda jinsiy organlardan qon ketganda quyidagi tartibga amal qilish kerak.

I bosqich: Siydikni kateter orqali chiqarish.

- bachadonni tashqaridan massaj qilish
- Uterotonik vositalarni kiritish
- Tug'ruq yo'llarida jarohat bor yo'qligini ko'rish
- Yo'ldosh qismlarini ushlanib qolganligini tekshirish

II bosqich: Qon tomirga kateter qo'yish.

- Umumiy narkoz ostida bachadon butunligini tekshirish, massaj qilish
- Bachadonni bimanual kompressiyasi
- Qorin aortasini bosish

III bosqich - Xirurgik.

TUG'RUQ TRAVMALARI. BACHADON BO'YNI VA ORALIQ YIRTILISHLARI SABABLARI.

Travma: Tug'ruqdan keyingi davrda qon ketish sabablari bachadon yorilishi, oraliq, qin, jarohatlari, tashqi jinsiy organlar gematomasi va boshqalar.

Bachadon bo'ynining yirtilishi - Bachadon bo'ynining yirtilishi 3-60% tug'uvchi ayollarda har to'rtta tug'ruqning birida uchraydi. Ko'pincha birinchi tug'uvchi ayollarda, bachadon bo'ynining yirtilish, ko'p hollarda boshqa bir sabablar bilan qo'shilib keladi.

- Bachadon bo'ynining yallig'lanishi, chandiqli o'zgarishlar;
- Yoshi katta birinchi tug'uvchilarda bachadon bo'yni rigidligi;
- Yirik homila bo'lganda bachadon bo'ynining haddan ortiq cho'zilishi;
- Tez va tezkor tug'ruqlar;
- Vaqtidanoldin qog'onoqsuvining ketishi uzoq cho'zilgani tug'ruqlarda;
- Qisqichlar, vakuum - ekstrakstiya operatsiyalarida, homiladumbasibilan; kelganda, yo'ldoshni qo'l bilan ajratganda;
- Homilani yemiruvchi operatsiyalar qilindanda;
- Tug'ruqni II davri noratsional olib borilganda.

Bachadon bo'ynining yirtilishini 3 darajasi bor.

I darajasi- bachadon bo'ynining ikkala tomonidan 2 sm gacha yirtilishi.

II darajasi- 2 sm dan ortiq. Lekin qinning gumzigacha yetib bormaydi.

III darajasi- qin dahlizining yirtilib, undan o'tishi.

Oraliq yirtilishi.

Oraliq yirtilishi ko'p uchraydigan tug'ruq asoratlardan biri bo'lib, tug'uvchi ayollarning 7-15%da uchraydi, birinchi tug'uvchilarda 2-3 marta ko'p uchraydi qayta tug'uvchilarga nisbatan.

Klinikasi: oraliqni yirtilishi o'z-o'zidan yoki majburiy tarzda bo'lishi mumkin. Ko'rsatiladigan akusherlik yordamlari va tug'ruqda bajariladigan operatsiyalarni noto'g'ri yoki qo'pol bajarilishi.

Oraliq yirtilishining 3 darajasi bor.

I darajasi - orqa bitishmani teri va teri osti yog' qavatini butunligini buzilishi

II darajasi - teri va teri osti yog' qavatini butunligini buzilishi, chanoq tubi muskullarini orqa va yon tomonlarining yirtilishi m. levator ani bundan mustasno.

III darajasi - yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi, bunga to'g'ri ichakning tashqi sfinktergacha, ayrim hollarda to'g'ri ichakni tashqi yuzasigacha boradi.

Davolash: kichik operatsiya zalida qin ko'zgulari yordamida, qin va bachadon bo'yni ko'rilgandan so'ng tikiladi. I darajali yirtilishda pudenadal anesteziya orqali, II-III darajalarda tomir ichiga narkoz berib og'riqsizlantirilib tikiladi.

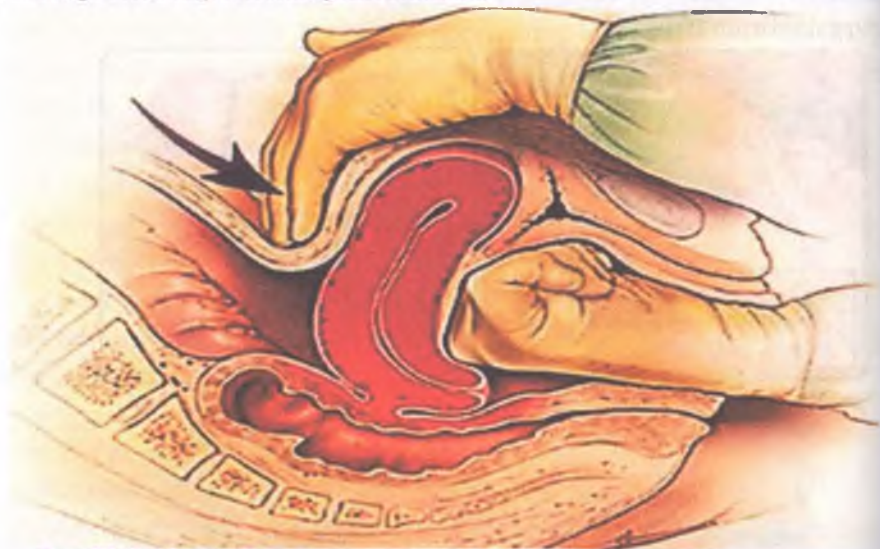


8.1-rasm. Bachadonni kompression tikish

TROMBIN – tug'ruqdan keyingi koagulopatik qon ketishlar, o'tkir va massiv qon ketishlarda bu termin ishlatiladi.

Laborator diagnostika: QIV, Li-Uat yoki Suhareva bo'yicha trombositlar soni, fibrinogen, antitrombin III trombotest)

Davolash usullari gemostaz tizimini medikamentoz korreksiya qilish. (TMP, proteaz ingibitorlar, gemostatiklar)



Profilaktikasi:

- ayolni sog'lomlashtirish
- oilani rejalashtirish
- intergravidar intervalga rioya qilish
- tug'ruqni 3 davrini aktiv olib boorish

8.3- rasm: Qorin aortasini bosish

Vaziyatli masala

33 yoshli tug'uvchi ayol qog'onoq suvlari ketib, dard boshlangach 6 soatdan keyin tug'ruqxonaga yotqizildi. Qiz bola jinsli vazni 4250 gr, uzunligi 56 sm chaqaloq tug'ildi 5min. dan keyin

8.2-rasm : Bimanual kompressiya

Корин аортасини
компрессияси



yo`ldosh ajralib chiqdi, yo`ldoshning hamma bo`laklari, pardalari butun tug`ruq yo`llarining yumshoq to`qimalari shikastlanmagan. Bachadon tubi kındikdan 3 barmoq eni yuqorida paypaslanadi, ayol yo`ldosh davrida 250 ml qon yo`qotdi. Qon ketish davom etyapti.

Siydik pufagi kateterizatsiya qilinib siydik chiqarildi qorin pastiga muz xalta qo`yildi, vena tomiri ichiga 0,9% li fiz. eritmaning ning 200ml eritmasiga 2ml oksitosin qo`shib tomizildi, bachadon qorin devori ustidan massaj qilindi , natijada bachadon qisqarib , qon ketish to`xtadi, ammo 1-2 minutdan keyin takror qon ketish boshlanib, bachadon xamirsimon, yumshoq, katta qon laxtasi tushdi, yo`qotilgan qon miqdori 500 mldan oshib ketdi.

Diagnoz. Taktika.

IX BOB

BACHADON YORILISHI. TASNIFI, ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI. KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI, OLDINI OLISH.

QONIQARSIZ TUG'RUQ FAOLIYATI.

Qoniqarsiz tug`ruq faoliyatini diagnostika qilish oldidan normal tug`ish haqida tushuncha hosil qilish kerak. Tug`ruq faoliyatining normal progressi bachadonning qisqarishi natijasida bachadonning yuqori qismi va homilaning boshi yurishi hisoblanadi. Ushbu asosiy fikrlar o`rtasidagi noqulaylik tug`ruq faoliyatining buzilishidan dalolat beradi, bu esa salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin. Tug`ruqning uchta davri farqlanadi.

Birinchi davr bachadon muskullarining qisqarishi bilan boshlanadi, bu esa bachadon bo`ynining to`liq ochilishiga olib keladi. Birinchi davr yashirin va faol fazalarga bo`linadi. Yashirin bosqichda bachadon bezovta qilmaydi, ammo bachadon bo`yni asta-sekin silliqlashadi va ochiladi. Faol bosqichida bachadon bo`ynining ochilishi va homilaning boshi tushishi tezroq sodir bo`ladi. Aktiv faza odatda, tug`ruqning ikkinchi bosqichi bachadon bo`yni 3-4 smda ochilganda boshlanadi. Tug`ruqning **ikkinchi davri** bachadon bo`yni to`liq ochilishi bilan boshlanadi va bolaning tug`ilishi bilan tugaydi.

Tug`ruq faoliyatini buzilishi, sog`lom o`zi tug`uvchi ayollarga mos kelmaydigan belgilar bilan aniqlanadi.

Partogrammada tug`ishning qoniqarsiz rivojlanishi uchun "erta ogohlantirish tizimi" mavjud:

Belgilari:

- Latent faza 8 soatdan ortiq bo`ladi
- Bachadon bo`yni kengayish diagrammasi partogrammadagi ehtiyotkorlik chizig`ining o`ng tomonida joylashgan.
- Ayol 12 soat yoki undan ko`p dard (uzoq muddatli) chekishi

Qoniqarsiz tug`ruq faoliyatini tashxislash:

- Soxta dard
- Latent fazaning cho'zilishi
- Aktiv faza cho'zilishi
- Ona chanog'i va hornila boshning nomutanosibligi / obstruktiv tug'ruq
- Homila boshining noto'g'ri kelishi / tug'ishning ikkinchi bosqichi

JSST tasnifida qoniqarsiz tug'ruq faoliyatini rivojlanish ko'rsatkichlari

- Yolg'on dard
 - Bachadon bo'yni ochilishi mavjud emas
 - Yo'nalish taktikasi
 - To'rt soatdan keyin qayta tekshirish va bachadon bo'yni holatini baholash
 - Bachadon bo'yniyumshashi va tug'ruq boshlanishini tasdiqlash
 - Dinamikada bachadon bo'ynidagi o'zgarishlar yo'qligi soxta dardni aniqlab olishga imkon beradi
 - Uzoq muddatli latent faza
 - Uzaygan latent faza tashxisini retrospektiv tarzda aniqlash.
- Dardlar pasayganda ayollarda yolg'on dardlar mavjud ekanligi aniqlanadi. .

Agar ayol latent fazada 8 soatdan ortiq vaqt davomida qiynalayotgan bo'lsa va tug'ishda hech qanday tug'ruq belgisi bo'lmasa, bachadon bo'yni ochilishini tekshirish zarur.

Bachadon ochilishida hech qanday o'zgarishlar bo'lmasa va homila qoniqarli bo'lsa, tashxisni qayta ko'rib chiqing. Ehtimol, tug'ruq faoliyati hali boshlanmagan.

Agar bachadon bo'yni yumshash yoki kengayish darajasi o'zgargan bo'lsa, amniotomiya qilinishi mumkin. Bu amniotik kook yoki Koxer qisqichi bilan bajarilishi mumkin. Amniotomiyadan tashqari oksitotsin yoki prostaglandinlardan foydalaniladi:

- Har 4 soatda tekshiring.
 - Agar ayol bachadon bo'yni ochilgandan 8 soat o'tgach, faol bosqichga birmagan bo'lsa, tug'ruq operatsiya bilan yakunlanadi.
- INFEKSION belgilari bo'lsa (isitma $> 38^{\circ}C$, yoqimsiz hidliajralma)
- Oksitotsin bilan umumiy faoliyatni darhol keltiring.
 - Antibiotiklarni berish kerak: Ampitsillin 2 g har 6 soatda
 - Gentamicin 5 mg / kg tana og'irligi har 24 soatda.

- Vaginal tug'ruqdan so'ng antibiotiklarni davolashni to'xtatiladi.
- Operatsiya holatida, antibiotiklar berishni davom eting, 48 soat davomida yuqori haroratga ega bo'lmaguncha Metronidazolni har bir 8 soatda 500 mg v\i dozasi bilan boshlang.

Agar aktiv faza belgilarning birortasi kuzatilmasa, ayolni tug'ruq bo'limidan homiladorlar patologiyasi bo'limiga ko'chiriladi va tug'ruq belgilari yuzaga kelganda qayta ko'rik tavsiya etiladi.

YELKALAR DISTOTSIYASI. KELIB CHIQISH SABABLARI VA KLINIK SIMPTOMLARI.

Homila yelkasi distotsiyasi – homila boshi tug'ilgandan so'ng oldingi yelkasining qovga (ko'p hollarda) yoki orqa yelkasining (kam hollarda) dumg'aza do'mbog'iga (beshinchi bel umurtqasi va dumg'aza suyagi asoal birlashmasi)taqalib qolishi va odatdagi usullar yelka tug'ilishiga yordam bermasdan qo'shimcha muolajalar talab qilinishi.

Klinik belgilari:

Homila boshi tug'ilgandan so'ng orqa tomon oraliqqa itariladi ("toshbaqa belgisi"). Boshi oraliqqa mahkam taqalgan. Yengil odatdagi usul yelkalar tug'ilishiga imkon bermaydi. Onaning kuchanishiga qaramasdan oldingi yelka, yelkalar yoki yelka kamari tug'ilmaydi.

Antenatal xavf omillari:

- Oldingi tug'ruqlarda ham yelka tiqilib qolishi kuzatilishi
- Qandli diabet
- Muddatidan o'tgan homiladorlik
- Yirik homila(adabiyotlarda 4.0-4.5 kg), shuningdek anamnezida yirik homila

• Onaning tana vazni indeksi $>30 \text{ kg/m}^2$

• Tug'ruqni chaqirish– ko'p tug'uvchilar

Intranatal xavf omillari:

• Tug'ruq faoliyati sustligi

• Tug'ruqning 2 davrining uzayishi hamda tez tug'ruqlar (kuchaniq davri)

• Oksitostin bilan tug'ruqni kuchaytirish

• Qin orqali instrumental tug'dirishlar

• Kuchaniqni tezlashtirish

Yelkalar distostiyasidagi algoritm qo'laniladi - HELPERR

1. H = Help - Yordamga chaqirish:

•Yordamga chaqirish:

Qo'shimcha tibbiy xodim (akusherka, akusher-ginekologlar, anesteziolog, neonatolog, neonatolog-reanimatolog)

•Chaqaloqni jonlantirish uchun joy va xodim tayyor bo'lishi

2. E = Evaluate for Episiotomy –epiziotomiyaga ehtiyoj borligini aniqlash

Epiziotomiya masalasi boshlang'ich muolajalarni klinikbaholash va unga ulabtan reaktiviyaga bog'liq.

Epiziotomiya ichki muolajalar va usullarni bajarish uchun bajariladi.

Qo'shimcha joyni tanlab, epiziotomiya o'tkazing.

3. L = Legs – MakRobert usuli (McRobert) :

(Onaning oyoqlarini son-chanoq bo'g'imida bukib, sonlarini qorniga taqaladi

Samara:

- Bel-dumg'aza lordozini tekislaydi
- Chanoqning old-orqa diametrini kengaytiradi
- Homilaning umurtqa pog'onasi bukiladi
- Yelkalar taqalishini >40% ga kamaytiradi

4. P = Pressure – Bosish

Assistent qov usti sohasiga bosadi.

- Qo'llarni yurak-o'pka reanimastiyasidek qo'yiladi
- Bosilgan kuch homila oldingi yelkasi addukstiyasiga (bukilishi, yuqinlashishi) olib kelishi lozim

• Avval uzluksiz bosiladi, so'ng uzlukli harakat qilish mumkin

• 30-60 sekund harakat qilinadi

- **Bachadon tubiga bosish tavsiya etilmaydi!**

5. E = Enter –Kirish – ichki usullar.

Ichki usullardan maqsad -- homila yelkalarini to'g'ri o'lchamdan qiyshiq yoki ko'ndalang o'lchamga o'tkazish. Yelkalar burilganda chanoq arxitekturasiga qarab pastga tushadi.

Rubin usuli (Rubin):

- Homilaning old yelkasiga orqadan yondoshish.
- Yelka kuragiga bosib, homilaning qulay yelkasini adduktastiyaga va qiyshiq holatga burilishiga erishiladi
- MakRoberts usuli davom ettiriladi

Vint Vuds usuli (Woods)

- Homilaning orqa yelkasiga oldindan yondoshish
- Homila yelkasini qov birlashmasiga tomon yengil burish
- Rubin usuli bilan birlashtirish
- Yordamchi bir qo'li bilan har bir yelkasini ushlab, bir vaqtda aylantiradi

Vint Vudsning teskari usuli:

- Homilaning orqa yelkasiga orqadan yondoshish
- Homilani Rubin yoki vint Vuds usuliga nisbatan teskari yo'nalishda aylantirish

• Agar oldingi usullar samarasiz bo'lsa, bu usul samara beradi.

6. R = Roll the Patient – ayolni aylantirish

- Ayolni "barcha to'rt" pozitsiyaga aylantirish (tirsak-tizza holati)
- Chanoq diametrini kengaytiradi
- Harakat va og'irlik kuchi ham taqalgan joydan yelkalarining siljishiga yordam beradi

• Pastga yengil trakstiya qilish yo'li bilan orqa yelka tug'iladi.

R = RemovetheArm – qo'lni olish

- Orqa qo'l orqali tirsakkacha borish
- Odatda homilaning old ko'krak tomonidan
- Qo'lni tirsak bo'g'imida bukish
- Homila bilagini ko'kragiga ko'ndalang yoyiladi
- Homila qo'lini to'g'ri ushlab chiqarish sinishga sabab bo'lishi mumkin

X BOB

TUG'RUQNI AMALGA OSHIRUVCHI OPERATSIYALAR

AKUSHERLIK QISQICHLARI

Tirik homiladorda operatsiya ilk marotaba XVII asr boshlarida o'tkazilgan. SSSR da 1780 yilda birinchi bo'lib D. Samoylovich operatsiyani usvirlabberadi. Vatanimiz olimlaridan I. Pobedinskiyning bu sohadagi xizmatlari kata bo'lib hisoblanadi. Akusherlik qisqichlarini dastlab XVII-asr boshlarida shotland shifokori P. Chemberlen o'z manfaatlari uchun ishlatgan. XVIII-asr boshlarida (1723) I. Palfin qisqich modelini ixtiro qilib, Parij fanlar akademiyasiga taqdim etadi. O'zbek olimlari Fedorov, Boryakovskiy, Lazerovich qisqichlarning turli original modellarini yaratishgan.

TUG'RUQ OPERATSIYALARI

- * AKUSHERLIK QISQICHLARINI QO'YISH
- * VAKUM-EKSTRAKSIYA OPERATSIYASI
- * KESAR KESISH OPERATSIYASI

Homilani yemirish operatsiyalari

- KRANIOTOMIYA
- DEKAPITATSIYA
- KLEYDOTOMIYA
- EVENTRATSIYA
- SPONDILOTOMIYA

10.1 Akusherlik qisqichlari

Tug'ruqni tezroq tugallash zarur bo'lganda, tirik yetuk homila boshini tortib olish uchun qo'llaniladigan asboblardir.



10.1- rasm: Homilani tug'dirish va yemirishda ishlatiladigan asboblar

Chiqish qisqichini solish texnikasi

Amaliyot 5 ta bosqichdan iborat:

1. Qisqich qoshiqchalarini kiritish
2. Qisqich tarmoqlarini qovushtirish
3. Sinab ko'rish maqsadidagi traksiya
4. Asl traksiya
5. Qisqichlarni chiqarish



10.2-rasm: Akusherlik qisqichlarini qo'yish

Akusherlik qisqichlarini qo'yish algoritmi

• **Ask for help** – yordamga

chaqirish (qo'shimcha personal, anesteziolog-reanimatolog, neonatolog, chaqaloq reanimatsiyasi uchun stolni tayyorlash);

• **Adress the patient** – (o'tkaziladigan muolaja haqida ayolga tushintirib, qaror qabul qilish ayoldan muolaja uchun yozma rozilik olish);

• **Anesthesia adequate?**- (ayolni og'riqsizlantirish);

• **Bladder empty?**- (Siydik pufagini bo'shatish);

• **Cervix completely dilated** – (bachadon bo'yni to'liq ochilganligini vaginal tekshirish);

• **Determine position of fetal head**- homila boshi holatini aniqlash; yelkachalar distotsiyasi haqida fikr yuritish;

• **Equipment ready-** qisqichlarni tayyorlash;

Forseps ready- qisqichlar tayyor

Qisqich qo'yishda uchlik qoidasi !!!

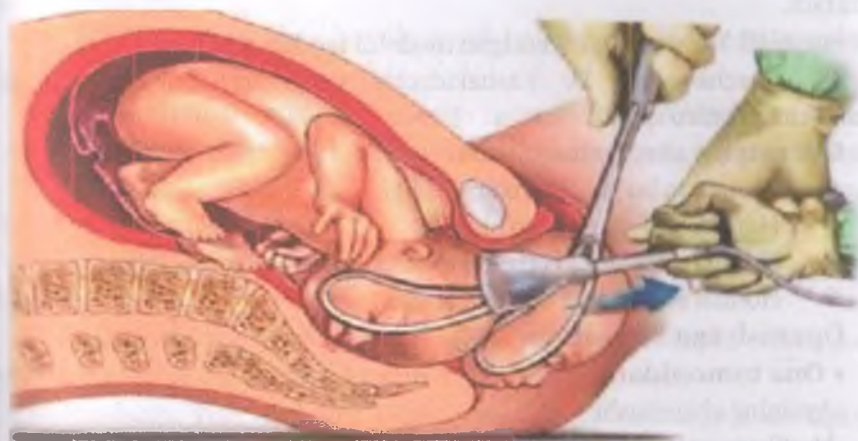
1. Chap qo'l chap qisqich onaning chap tomoni (o'ng qo'l ostida)
2. O'ng qo'l o'ng qisqich onaning o'ng tomoni (chap qo'l ostida)
3. Tutashuv.

• **Gentle traction** – nozik - sinov traksiya

10.3-rasm: Sinov traksiyasi



• **Handle elevated vertically, to follow J- shaped pelvic curve-** qisqich dastasini shunday ko'taringki, chanoqning J- holatiga mos kelsin-
buqiy traksiya



10.4-rasm: Chiqish qisqichlari

• **Evaluate for incision (episiotomy)-** epiziotomiya zaruratini baholash

• **Remove forceps when jaw is reachable-** Homilaning jag'i ko'ringandan keyin qisqichlarni teskari tartibda olish.

Asoratlari:

Homila tomonidan Yumshoq to'qimalar zararlanishi (qisqich izlari, yirtilishlar, yuz nervi zararlanishi, ko'z jarohatlari

- Suyaklarning ezilishi, sinishi
- Miyaning ezilishi
- Bosh miyaga qon quyilishlar
- Giperbilirubinemiya

Ona tomonidan

- Qin, oraliq to'g'ri ichak jarohatlari
- Bachadon bo'yni yirtilishi, bachadon yorilishi, simfiz jarohati
- Siydik tuta olmaslik, sfinkter bo'shashishi

VAKUUM EKSTRAKSTIYA

Vakuum-ekstraksiya operatsiyasi

• Dastlab 1849-yil Simpson aero ekstraktorni taqdim etgan.

• 1954-yil Yugaslav akusheri Finderle apparatni ilk original modelini yaratadi.

• 1956-yil Malstrom o'zi yaratgan modelni taqdim qiladi.

• K. Chachava va D. Vashakidzelar yangi va mukammallashgan ekstraktorni ixtiro qiladi.

Operatsiya shart-sharoitlari:

- ◆ Bachadon bo'yni to'la ochilganligi
- ◆ Homila pufagining yo'qligi
- ◆ Homila boshi bilan chanoq razmerlarining mutanosibliigi
- ◆ Homila ensasining oldinda yotish

Operatsiyaga ko'rsatma:

• Ona tomonidan:

- Ayolning charchashi
- Medikamentlar tomonidan chaqirilgan analgeziya
- Homilaning tug'ilishiga yumshoq to'qimalarning qarshiligi
- Onadagi kasalliklar (YuQTK va b.)
- Qon ketish

• Homila tomonidan:

- Tug'ruqning II davrida zudlik bilan tug'dirishni talab qiluvchi holatlar
- Homilaning qoniqarsiz holati
- Tug'ruqning II davrini cho'zilishi

Operatsiyaga qarshi ko'rsatma:

- ◆ Homila boshining oldinda yozilib yotganligi
- ◆ Muddatga yetmaganlik
- ◆ Homila boshi bilan chanoqning nomutanosibligi
- ◆ Dumba bilan, yuz yoki peshana holatida kelishi
- ◆ Ko'ndalang joylashuvi

Vakuum ekstraksiya operatsiyasi algoritmi

• **Ask for help** – yordamga chaqirish (qo'shimcha personal, anesteziolog-reanimatolog, neonatolog, chaqaloq reanimatsiyasi uchun stolni tayyorlash);

• **Adress the patient** – (o'tkaziladigan muolaja haqida ayolga tushuntirib, qaror qabul qilish ayoldan muolaja uchun yozma rozilik olish);

• **Anesthesia adequate?**- (ayolni og'riqsizlantirish);

• **Bladder empty?**- (Siydik pufagini bo'shatish);

• **Cervix completely dilated** – (bachadon bo'yni to'liq ochilganligini vaginal tekshirish);

• **Determine position** - homila boshi holatini aniqlash pozitsiyasini aniqlash

• **Equipment and extractor ready**- vakuum ekstraktor tayyor

• **F-apply cup over sagittal suture 3cm in front of posterior fontanel**- vakuum ekstraktor chashkasini sagital chok bo'ylab orqa liqildoqdan 3 sm oldinga qo'yish

• **G-gentle traction at right angles to plane of cup** – to'g'ri burchak ostida nozik traksiya

• **H-halt tracture after contraction**-to'lg'oqdan keyin traksiyani to'xtatish operatsiya davomiyligi 20 min dan oshmasligi kerak

• **I- Evaluate for incision (episiotomy)**- epiziotomiya zarurligini baholash

• **J-Remove vacuum when jaw reachable**- vakuum ekstraktorni homila iyagini ko'rganda olish



10.6-rasm: Vakuum ekstraksiya texnikasi

Asoratlari . . .

- ❖ Vakuum so'rg'ich qo'yilgan sohadagi og'riqlarning bo'lishi
- ❖ Homila bosh qismida kefalogematoma, bir necha turdagi miya simptomlari kuzatiladi
- ❖ Akusherlik qisqichlarini qo'yishga ko'ra ko'p vaqt talab qiladi
- ❖ Asoratlar apparat nosozligi va shifokor noto'g'ri taktikasi hisobiga yuzaga keladi.

KESAR KESISH OPERATSIYASI

KESARCHA KESISH OPERATSIYASI

Jarrohlik yo'li bilan bachadonni kesib, homila va yo'ldoshni olish usuli hisoblanadi. Qadimda homilador ayolda homiladorlik davrida yoki tug'ruq davrida o'lim yuz berganda bola hayotini saqlash uchun ushbu jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan.

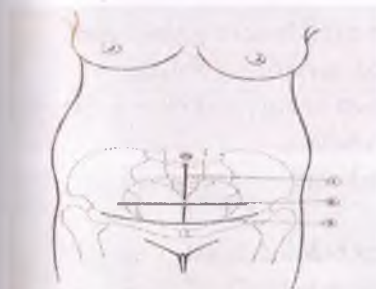
Hozirgi kunda kesar kesish operatsiyasida 3 xil kesma qo'llaniladi:

1. Pastki o'rta laparotomiya
2. Ko'ndalang laparotomiya (Joel-Koxen)
3. Ko'ndalang pastki laparotomiya (Pfannenshtil)

Kesar kesishning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

- Klassik kesar kesish bachadondagi korporal kesma bilan
- Pastki segmentda kesar kesish (**Gusakov, Derfler bo'yicha**)

- Kesar kesish (**M. Stark- M. Shtark bo'yicha**)
- Qorin bo'shlig'ini vaqtincha izolyasiyasi bilan kesar kesish
- Ekstraperitoneal kesar kesish
- Homiladorlikning kichik muddatlarida kesar kesish



10.7-rasm: Kesar kesishda kesmalar

- Qin orqali kesar kesish
- Ona tomonidan kesar kesishga ko'rsatmalar:**

Mutlaq ko'rsatmalar:

- Plasentaning to'liq pastda joylashuvi
- Plasentaning qisman pastda joylashuvi yaqqol qon ketish bilan (tezkor tug'ruq uchun sharoitning yuqligi)

-NJYMOK

- Xavf soluvchi yoki boshlangan bachadon yorilishi
- 2 yoki undan ortiq bachadon chandig'i
- Bachadon chandig'i nosozligi
- Kesar kesishdan keying chandiq sohasida plasentaning joylashuvi
- Korporal kesar kesishdan keyingi bachadon chandig'i
- Homila tug'ilishiga to'sqinlik qiluvchi kichik chanoq a'zolari o'smalari
- Siydik tanosil va ichak tanosil a'zolari oqma kasalliklari operatsiyasidan

keyingi holat

- Bachadon bo'yni va qinning chandiqli holatlari
- Bachadon bo'yni qin venalarining yaqqol varikoz kengayishi
- Ekstragenital rak va bachadon bo'yni raki

Nisbiy ko'rsatmalar:

- Klinik tor chanoq (I- II daraja)
- Medikamentoz terapiyaga berilmaydigan tug'ruq kuchlari nosozligi
- Preklampsiya yengil darajasi
- Ekstragenital kasalliklar
- Bachadon va qin rivojlanish nuqsonlari

- Anamnezida chanoq va bel umurtqasi suyaklarining sinishi
- Pastki bachadon segmentida kesar kesishdan keyingi chandiq
- Plastik operatsiyalardan keyingi bachadon chandig'I (miomektomiya , bachadon to'sig'i)

Homila tomonidan ko'rsatmalar:

Mutlaq:

- Medikamentoz terapiyaga berilmaydigan o'tkir homila gipoksiyasi
- Homilaning ko'ndalang holati va qog'onoq suvlarining ketishi
- Homila boshining yozilish holatlari (peshana holati , yuzi bilan kelishning old turi, o'q- yoysimon chokning yuqori to'g'ri holati)
- Tirik homila va onaning agonal yoki o'lim holati

Nisbiy ko'rsatmalar:

- Homilaning chanoq bilan kelishi boshning bukilish holati
- Ko'p homilalik (bir homilaning chanoq bilan kelishi)
- Homilaning bosh bilan kelish holatida kindik tizimchasining tushishi
- Anamnezida bepustlik kech birinchi tug'uvchi ayol
- YORT dan keyingi homiladorlik
- Muddatdan o'tgan homiladorlik
- Yirik homila
- Tor chanoq I-II daraja homila vazni > 3500gr



10.7-rasm: Kesar kesishda ishlatiladigan asboblari

Kesar kesish operatsiyasi etaplari:

1. Laparatomiya
2. Bachadon kesmasi
3. Homilani chiqarish
4. Yo'ldoshni ajratish
5. Bachadon kesmasini choklash
6. Qorin old devorini tiklash



10.8-rasm:
Qorin old
devorini ochish



10.9-rasm:
Homilani
bachadon
bo'shlig'idan
chiqarish

•Operatsiya asoratlari

•Erta asoratlar

- Yot jismni qolib ketishi
- Infeksiya tushishi
- Choklar nosozligi
- Immun tanqisligi

•Kechki asoratlar

- Peritonit
- Sepsis

•O'ta kechki asoratlar

- Chandiqlar

VAZIYATLI MASALA

29 yoshli homiladorligi yetilgan tug'uvchi ayoldan qon keta boshladi va tug'ruqxonaga olib kelindi.

Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Rangi oqargan. Homila boshi bilan oldinda va chanoqning kirish qismi ustida paypaslaganda qimirlab turibdi.



10.10-rasm: Bachadonni choldash

XI BOB

HOMILADA SHOSHILINCH HOLATLAR VA CHAQALOQDA MUAMMOLAR

CHAQALOQLAR REANIMASTIYASI.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA REANIMATSIYA ASOSIY PRINSIPLARI

Qatnashuvchilar:2-3 kishidan kam bo'lmashligi kerak.

Javobgar:

1. **LIDER**-Navbatchi neonotolog
2. **YORDAMCHI**-2-akusher ginekolog
3. **REANIMATOLOG**
4. **BOLALAR HAMSHIRASI**
5. **AKUSHERKA**
6. **KICHIK TIBBIY XODIMI**

1. Bola tug'ildi. 3ta sabab bilan baholanadi.

A) Bola muddatda tug'ilganmi?

B) Bola yig'layaptimi

C) Mushaklar tonusi bormi?

Agar shu 3ta holat qoniqarli deb baholansa bola onasining oldida qoldiriladi.

1- Qadam –LIDER NEONOTOLOG

Bolaning yurak urishi 100tadan kam bo'lsa,bola reanimatsion stolga yotqiziladi,quritiladi va valik qo'yiladi. Nafas yo'llari tozalanadi,taktillimulyatsiya shunda ham nafas tiklanmadi,musbat bosim bilan Ambuqopchasi bilan nafas beriladi.

2- QADAM

Akusher ginekolog

Bolaning yurak urishini eshitadi. 6 sekund sanab 10ga ko'paytiradi. Neonotologga aytadi. Chaqaloqlar hamshirasi bolaning o'ng qo'liga pulsoksimetrni ulaydi.

3-QADAM

Bolaning yurak urishi 60tadan kam, mustaqil nafas tiklanmasa IVL davom ettiriladi va yurak tashqi massaji boshlanadi 3:1 nisbatda.

Bajaradi: 2 akusher ginekolog yoki reanimatolog, IVLni neonotolog davom ettiraveradi.

Bolaning ahvoli baholanadi MRCODI qilingan chora tadbirlardan natija bo'lmasa;

4-QADAM Dori darmonga o'tiladi va dori darmon yuboriladi.

Reanimatolog Ambu qopchasi orqali nafas beradi;

2-Akusher ginekolog yuragini massaj qiladi;

Neonotolog- bolaning kindik venasiga kateter qo'yadi, chaqaloqlar hamshirasi eritma tayyorlaydi va Natriy xlor 0,9%-10ml/gr yuboriladi. Bolaning yurak urishi 60 tadan kam bo'lsa, Adrenalin 1:18ming nisbatda 0. 1-0. 3ml/gr vaznga yuboriladi + MRSODI

Agar qog'anoq suvlari iflos, mekonial, quyuq bo'lsa yoki nafas olish tiklanmasa YUNY intubatsiya qilinadi.

Bajardi: Neonotolog, reanimatolog.

Yuqoridagi etaplarning barchasida YUNY intubatsiyasi kerak bo'lishi mumkin. Agar intubatsiya muvaffaqiyatsiz bo'lsa vaqtni o'tkazmasdan IVLni davom ettirish kerak!

CHaqaloq ahvolini baxolash. Ko'pchilik yangi tug'ilgan chaqaloqlar tug'ilgan zaxoti faol nafas olib, yig'lay boshlaydi va qo'l-oyoqlari bilan harakat qiladi. Bolaning rangi qizarib, yurak urishi mo'tadillashadi. CHaqaloqni quritib, onasining ko'krigiga qo'yish mumkin. Bundan bolalarga boshqa hech qanday muolajalarga muhtoj bo'lmaydi.

Agar bola chala tug'ilgan yoki muddatida tug'ilgan lekin lanj, yig'lama, yomon nafas alayotgan bo'lsa, qog'onoq suvlarida mekoniy bo'lsa, zudlik bilan bola axvolini baxolab shoshilinch yordamni talab qiladi.

Reanimatsion choralar qay hajmda olib borilishidan qat'iy nazar aniq ketma-ketlikka rioya qilish talab qilinadi: bolaning ahvolini baxolash, qaror qabul qilish va uni amalga oshirish. Mana shu tsiklni amalga oshirish uchun aniq muddat belgilangan (30 soniya), so'ng navbatdagi tsikl boshlanadi.

CHAqaloqning reanimatsion yordamga muhtoj yoki yo'qligini qanday aniqlash mumkin?

Birinchi 30 soniya ichida bolaning ahvoni baholash juda muhim ahamiyatga ega bo'lib, keyingi qadamlarni bajarishini belgilab beradi!

- Bola muddatida tug'ilganmi yoki yo'qmi?

90% chaqaloqlar muddatida tug'ilib hech qanday reanimatsion yordamga muhtoj bo'lmaydi. Muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloq malum bir reanimatsion yordamga muhtoj bo'lishi mumkin. SHuning uchun bunday holatlarni issiqlik manbai ostida diqqat bilan tekshirib ahvoni baxolash kerak. Makalok muddatiga yaqin tug'ilgan bo'lsa, hayotiy muxim azolarining funksiyalari stabil bo'lib ko'rinsa, bir necha daqiqalardan so'ng onasining ko'krigiga qayta qo'yish mumkin.

-Qog'onoq suvlari tozami?

Qog'onoq suvlari toza, mekoniyisiz bo'lishi kerak. Malum bir stresslar holatida homilaning mekoniyisi qog'onoq suviga chiqishi mumkin. Qog'onoq suvida yoki chaqaloqning terisida mekoniy bilan tug'ilgan chaqaloq nafaol holatda tug'lsa, uni darhol spontan nafas paydo bo'lgunga qadar intubatsiya qilish mekoniyini so'rib olish kerak. Aksincha bola faol tug'lsa, intubatsiyaning zarurligi bulmaydi.

-Chaqaloq nafas olayapti yoki yig'layaptimi?

Ko'krak qafasining harakatlariga qarab, bola nafas olayotganligini bilish mumkin. Baland qichqiriq ham nafas olayotganligidan darak beradi. Lekin nafas talvasasimon gasping tipida ham bo'lishi mumkin. Gasping- gipoksiya holatida bir necha chuqur nafas olish bo'lib, og'ir nevrologik va nafas depressiyasining klinik ko'rinishidir.

Gasping chaqaloqda jiddiy muammo borligidan dalolat berib, apnoeda holatidagi reanimatsion choralar ko'rsatishni talab qiladi.

-Mushaklar tonusi qoniqarlirmi?

Sog'lom chaqaloqlarda mushaklar tonusi faol bo'lib, yarim bukilgan holatda bo'ladi.

Amaliy harakat. Tug'ilayotgan chaqaloqda biron bir muammo bo'lsa, bolani quritgandan so'ng uni isitilgan stolga olib to'liq kurikdan o'tkazib, zarur yordam choralari ko'rsatish kerak.

Issiqlik bilan taminlash reanimatsiyaning eng asosiy vazifalaridan biridir. Tug'ruq zalidagi harorat 24-29° atrofida bo'lishi kerak. Issiqlikning turli xil usullar bilan oldini olish zarur: konduksiya, konvektsiya, nurlanish,

bug'lanish. Sovuq qotish oqibatida metabolik atsidoz yuzaga kelib, organizmda issiqlik sarflanishini kuchaytiradi va kislorodga bo'lgan talabni oshiradi. Natijada to'qima gipoksiyasiga javoban upka qon tomirlarida spazm kuzatiladi (persistlovchi o'pka gipertenziyasi sindromi). CHala tug'ilgan chaqaloqlar gipotermiyaga ko'proq moyildir. Issiqlikni saqlashning eng yaxshisi yo'li «teri teriga» kontaktdir.

To'g'ri holat berish. Bola elka kamarining tagiga valik qo'yish yo'lli bilan nafas yo'llarini bir tekislikda taminlash mumkin. Bola boshini juda kuy orqaga qilish (giperekstenziya) yoki tanaga bukish (giperfleksiya) nafas yo'llari o'tkazuvchanligini toraytiradi va buzadi. Bolaga berilgag noto'g'ri xolat oqibatida reanimatsion choralar samara bermasligi mumkin.



11.1-rasm. To'g'ri holatni tanlash.

Nafas yo'llarini tozalash. Bola faol tug'lsa va qichqirsa, hammasining nafas yo'llarini tozalash shart emas. Chaqaloq tug'ilganda lanj, nafas olishi ravon emas yoki umuman yo'q, nafas yo'llarida malum miqdorda shilliq bo'lsagina tozalash tavsiya etiladi. Buning uchun maxsus kateterlar (8Fr yoki 10Fr o'lchamli) yordamida elektroso'rg'ich (bosim 100 mm simob yoki 37 sm suv ustunidan oshmasligi kerak) yoki oddiy rezina balonchalardan foydalanish mumkin. Dastavval og'iz so'ngra burundan tozalanadi. Kateterni halqumga chuqur kiritish mumkin emas, bu nafasning susayishi yoki to'xtab qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Qog'onoq suvlarida yoki nafas yo'llarida mekoniy bo'lganda qo'llaniladigan reanimatsion taktika:

Qog'onoq suvida mekoniy bilan tug'ilgan chaqaloq nafasi bulmasa, mushaklar tonusi past, yurak urish sonlari bir daqiqada 100tadan kam bo'lsa, uni darhol intubatsiya qilib birinchi nafas paydo bo'lgunga qadar mekoniydan tozalash kerak:

1. To'g'ri laringoskop orqali 12F yoki 14F kateter yordamida halqum va og'izning orqa devoridan mekoniyini so'rib olish kerak.

2. Traxeyaga intubatsion trubkani o'rnatish.
3. Endotraxeal trubkaga mekoniy aspiratorini ulang.
4. traxeyani mekoniydan toozalab sekin tortib oling.
5. traxeyadan mekoniy ko'p so'riladi. Bu muolajani tuliq tozalaguncha bir necha marta takrorlash mumkin. Muolaja davomida yurak urish sonini nazorat qilib turish kerak. YUQS 60tadan kam bo'lmasligi kerak. Traxeyani fiziologik eritma yoki boshqa suyuqlik bilan yuvish mumkin emas. Takroran ko'rib olingandan so'ng Ambu qopi yoki maska yordamida o'pkaning suniy ventilyatsiyasini davom ettirish mumkin.



11.2-rasm. Traxeyadan mekoniy aspiratsiyasi.

Mekoniylı qog'onoq suvlar bilan tug'ilgan chaqaloqning nafas olishi mustaqil, ravon, mushaklar tonusi qoniqarli, YUQS daqiqasida 100 tadan ko'p bo'lsa, rezina so'rg'ich yordamida og'iz va burundan sekret tozalanadi xolos.

Agar bola nafas olayotgan bo'lsa, qimmatli vaqtlingizni taktıl stimulyatsiyaga sarflamang! O'pka ventilyatsiyasini boshlang!

Taktıl stimulyatsiya. YAngi tug'ilgan chaqaloqni isitilgan, quruq yo'rgak bilan artib quritishning o'zi nafas sistemasini qo'zg'atadi. Ko'pchilik bolalarga shuning o'zi kifoya. Agar shundan keyin ham nafasi tiklanmasa, qisqa vaqt ichida quyidagi muo'lajalarni bajarish kerak: tovonchasini chertish, orqasini, oyoqlarini uqalash. Juda qattiq stimulyatsiya qilish bola xayoti uchun xavfli. yangi tug'ilgan chaqaloqqa reanimatsion yordam ko'rsatish hajmini nafas xarakteri, YUQS, teri rangiga qarab belgilanadi.

Nafas. Ko'pgina bolalarda birlamchi choralardan so'ng mustaqil, ravon nafas tiklanadi va YUQS 100tadan ko'p bo'ladi, teri rangi pushti ranga kiradi.

Gasping yoki apnoe kuzatilganda o'pkani suniy ventilyatsiya qilishga to'g'ri keladi.



11.3- rasm.
Taktil stimulyatsiya

Yurak faoliyati. CHaqaloq yurak urishini stetoskop yordamida yurak cho'qqisi proektsiyasida eshitish mumkin, yoki kindik tutamining asosida kindik pulsatsiyasini sezish mumkin. Muddatida tug'ilgan sog'lom chaqaloqning yurak urishlar soni 1 daqiqada 100 martadan kam bo'lmasligi kerak. YUQSning 1 daqiqada 100dan kam bo'lishi o'pkani suniy ventilyatsiya qilish, 60 dan kam bo'lishi esa yurakni tashqi massaj qilishga ko'rsatma bo'lib xisoblanadi. YUQ qisqarishlar soni 1 daqiqada 60 tadan oshganda yurakning tashqi massaji to'xtatiladi va o'pkaning suniy ventilyatsiyasi YUQS soni 1 daqiqada 100tadan oshgunga qadar davom ettiriladi.

Teri rangi. Sog'lom chaqaloq hech qanday kislorodga muxtoj bo'lmaydi. Markaziy tsianoz yuz, tana terisi va shilliq qavatlar rangi bilan belgilanadi. Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda akrotsianoz unchalik diagnostik ahamiyatga ega bo'lmasada, sovuqlik stressini kechirganligidan dalolat berishi mumkin. Rangparlik yurak faoliyatining buzilganligi, o'tkir qon yo'qotish, gipovolemia, gipotermiya va atsidozning belgisi bo'lishi mumkin.

Kislorod berish. Bola tug'ilgandan so'ng uni quritib, to'g'ri holat bergandan so'ng yuqori nafas yo'llarini tozalagandan keyin ham markaziy tsianoz saqlansa, 5-8l/min oqimda kislorod berish kerak. Kislorodni kateter, niqob yoki T-simon sistema orqali berish mumkin. Kislorodni to'g'ridan to'g'ri ko'zga tegishini oldini olish kerak. Shuni esda tutish kerakki, isitilmagan va namlanmagan kislorodni uzoq vaqt berish mumkin emas, aks xolda kislorod toksik tasir qilib, issiqlik sarflanishini ko'paytiradi. Bazi malumotlarga ko'ra, havodagi 21%li kislorod xam 100%li kisloroddek, chaqaloqlar reanimatsiyasida yaxshi natija beradi.



11.4- rasm. Kislorod berish usullari.

Isbotlovchi meditsina buni tasdiqlamaguncha chaqaloqlar reanimatsiyasida nafas va yurak faoliyatini tiklash uchun qo'shimcha kislorod berish tavsiya etiladi.

III. niqobcha orqali yordamchi nafas berish

CHAqaloqlar reanimatsiyasida nafas faoliyatini tiklash maqsadida qopcha yoki T tizimli moslamadan foydalanish yaxshi natija beradi.

Nafas olishni boshlash kerak, agar

- *Bolalarda mustaqil nafas yo'qyoki noravon nafas (gasping)*
- *Yurak qisqarishlari soni bir daqiqa ichida <100kam*
- *Markaziy sianoz saqlangan*

Muddatida yangi tug'ilgan chaqaloq birinchi marta qichqirib spontan bir necha nafas olganda, uning o'pkasi kengayib o'pka ichida 40-50 smsuv ustuniga teng va bazan undan ortiqmanfiy bosim hosil bo'lib o'pka suyuqligi chiqib ketadi. Demak, chaqaloqlar reanimatsiyasida nafasni tiklash uchun nafas olganda davomli maksimal manfiy bosim hosil qilishga harakat qilish kerak.

Ko'krak qafasining sezilarli va simmetrik ko'tarilishi o'pka ventilyatsiyasining samarali ekanligidan dalolat beradi. Buni auskultatsiyada ilkala tomonda nafasning simmetrik o'tkazilayotganligidan ishonch hosil qilish mumkin. SHuni takidlash kerakki, chaqaloqlarda auskultatsiyada nafas upkaning ikkinchi tomoniga o'tkazilishi mumkin masalan, pnevmotoraksda va hokazo.

Kattalardan farqli, chaqaloqlarda nafas faoliyatini tiklash bilan yurak faoliyati tiklanishi mumkin va teri rangi pushti rangga kiradi. YOrdamchi

o'pka ventilyatsiyasini 1 daqiqada 40-60 marta, yurakni tashqi massaji bilan birga esa, 1 daqiqada 30 marta o'tkazish yaxshi natija beradi.

30 soniyadan so'ng mustaqil nafasni, yurak qisqarishlar sonini va teri rangini qayta baxolash kerak. Agar yurak qisqarishlar soni >100 mar/daq. , mustaqil nafas tiklangan va teri rangi pushti ranga kirgan bo'lsa, ventilyatsiyani to'xtatish mumkin.

Bolaning axvoli yaxshilanmasa (YUQS <100 mar/daq, nafas tiklanmasa va xok.), birinchi navbatda ventilyatsiyaning to'g'ri o'tkazilganligini tekshirib ko'rish kerak: niqobning bola yuziga to'g'ri va germetik tutilganligini (niqobni qayta o'lchami va to'g'ri qo'yilganligini tekshirish), to'g'ri holatini (valik va boshning holatini qayta ko'rib chiqish), nafas yullarining o'tkazuvchanligi (qayta og'iz va burun bo'shlig'i so'rib olinadi). Bola axvolini baxolagach, qayta ventilyatsiyani ko'krak qafasining harakatlarini va boshqa ko'rsatgichlarni nazorat qilgan holda davom ettirish kerak. Agar ko'krak qafasining harakatlari etarli bo'lmasa, nafas olganda bosimni oshirib, nafas olishni uzaytirish lozim. Ventilyatsiya noeffektiv bo'lganda boshqa sabablarni qidirishga to'g'ri keladi (pnevmotoraks, tug'ma diafragmal churra, xoana atreziyasi va hok.).

YUQS < 60 mar/daqiqada kam bo'lsa, ventilyatsiyani yurakning tashqi massaji bilan birga olib borib, traxeya intubatsiyasiga tayyorlanish kerak.

Niqob yordamida o'pka ventilyatsiyasini amalga oshirish uchun kerakli jixozlar.

Ambu qopi chaqaloqlar reanimatsiyasida oddiy ko'p ishlatiladigan qopcha. CHaqaloqlar reanimatsiyasida hajmi 750 ml. li qopcha ishlatish mumkin emas. CHala tug'ilgan chaqaloqlar uchun 250 ml, muddatida tug'ilganlar uchun 500 ml hajmdagi qopcha ishlatiladi.

O'pka ventilyatsiyasi vaqtida odatda Ambu qopchasini kislorodga ulanadi. Ambu qopida kislorod rezervuari bo'lsa, uning yordamida 90-100% kislorod berish mumkin, aks xolatda 40-45%li kislorod beriladi. Ambu qopida klapan bo'lib, u chaqaloq o'pkasining hajmiga moslashtirilgan. Odatda bosim 30sm suv ust. ga moslashtirilgan bo'lib, ortiqcha havo bosimi shu klapan orqali chiqarilib yuboriladi. Mabodo ortiqcha bosim hosil qilish kerak bo'lsa (birinchi nafas, NBS), klapani qo'l bilan yopib turish mumkin (pnevmotoraks xavfi yuqori!).

Ambu qopchasini ishlatishdan oldin uning ishga yaroqliligini tekshirib ko'rish kerak. Niqobni kaftga germetik qilib ushlaganda klapan ochilib

ortiqcha havo chiqib ketadi. SHu usulda qopchani ishga yaroqligi va butunligi tekshiriladi.

Ambu qopchasining afzalliklari va kamchiliklari .

Afzalliklari:

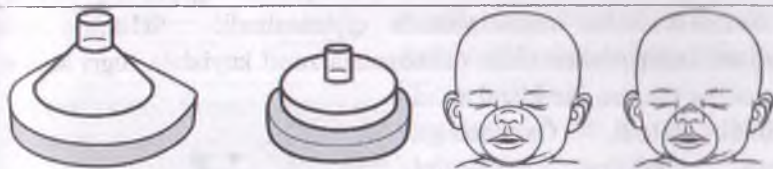
- Ishlatish juda oson bo'lib, hech qanday malaka oshirish zarur emas;
- Qo'shimcha kislorod manbai va siqilgan havo kerak emas;
- Hamma joyda ishlatish mumkin (tug'ruq zalida, palatada va hok.);

Kamchiliklari:

- Klapan tizimi tez ishdan chiqadi;
- Ortiqcha nafas malum bir bosimda chiqarilib yuboriladi;
- Dezinfektsiyalash va tozalash qiyin;
- Vaqt o'tishi bilan qopcha o'z elastikligini yo'qotadi;
- Nafas olishni nazorat qilib bo'lmaydi;
- Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarning o'pka sig'imini boshqarish qiyin;

Niqoblarni ishlatish. O'pka ventilyatsiyasida 3 xil o'lchamdagi niqoblar ishlatiladi: 0 – chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun, 1 – muddatida tug'ilgan chaqaloqlar uchun 4-4,5 kggacha, 2 – yirik va ko'krak yoshidagi chaqaloqlar uchun. Nikoblar uzunchoq va aylana shakllarda buladi. Ventilyatsiya vaktida yumshok, elastik nikoblarning bola yuziga germetik maxkam turishi yaxshi namara beradi.

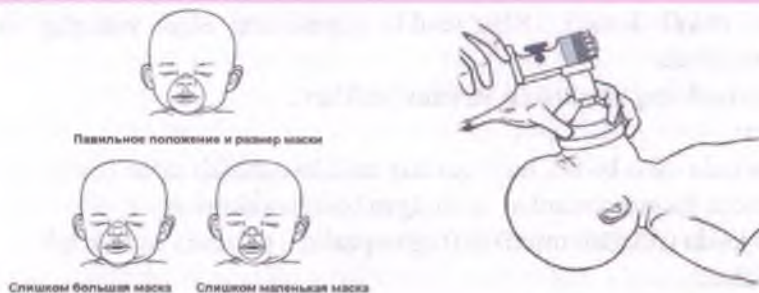
Niqob ogiz, burun va iyagning pastki qismini qamrab olishi kerak. Bunda ko'zlari qoplamasligiga e'tibor bering .



11.5- rasm. Nikob shakllari.

Notug'ri tanlangan va notugri kuyilgan nikob kupincha ventilyatsiyaning samarasizligiga sabab buladi.

Dastavval nikobni iyagning pastki kismiga kuyib, sungra chakalokning ogiz va burunni koplash kerak. SHunda bosh, kursatkich va urta barmoklar bilan bolaning yuziga maxkam ushlanadi.



11.6-rasm. Nikobning ulchami va xolati

Nikob yordamida ventilyatsiya kilish texnikasi. Odatda chakaloklar reanimatsiyasini boshkaruvchi tibbiy xodim (lider) o'pka ventilyatsiyasini bajaradi. U chaqaloqning bosh yoki yon tomonidan turib ko'zlari bilan ko'krak qafasining ekskursiyasini nazorat qilib turishi kerak. SHu bilan birgalikda guruhning boshka azolariga xalaqit bermay, nafas va yurak urishini eshitib turadi. Ventilyatsiyani boshlashdan oldin yana bir marta nafas yullarining utkazuvchanligi va xolatining tugriligiga ishonch xosil kilish kerak.

Ventilyatsiyani tugri amalga oshirish uchun ovoz chikarib xar bir nafasni (40-60 mar/min) sanashga tugri keladi Ventilyatsiya vaqtidayuborilayotgan havoning bir qismioshkozongatushadiva oshqozonkengayib o'pkani qisib quyadi. Natijada nafas olish yanada qiyinlashadi. SHuning uchun ventilyatsiyani boshlashdan oldin oshkozonga zond kuyishga tugri keladi va kirgan xavoning malum bir kismi zond orqali chikib ketadi. Oshkozonga kuyiladigan zondning ulchamini aniklash uchun burun egaridan kulokning yumshogigacha va undan xanjarsimon usimtagacha **bo'lgan** masofani zonda belgilab olish kerak.



11.7-rasm Orogastral zond uzunligini ulchash

YURAK TASHQI MASSAJI

Asfiksiya periferik va o'pka qon tomirlarining spazmiga sabab bo'ladi.

Samarali ventilatsiyadan so'ng aksariyat hollarda yurak tashqi massajga ehtiyoj qolmaydi.

Natijada gipoksiya, to'qima asfiksiyasi, atsidoz rivojlanib,

miokardning qisqaruvchanlik xususiyati qiyinlashadi, bradikardiya va nixoyat yurak faoliyati to'xtaydi. sifatli amalga oshirilgan yordamchi o'pka ventilyatsiyasi va etarli oksigenatsiya yuqoridagi xayotiy muhim buzilishlarni oldini oladi.

Yurak tashqi massajini boshlash vaqti- yurak qisqarishlar soni va reanimatsiya boshlangan vaqtiga bog'liq. Yurak tashqi massaji xar doim o'pkaning yordamchi ventilyatsiyasini davom ettirgan xolda amalga oshirish kerak.

Yurak tashqi massaji paytida yurak to'sh va umurtqa pog'onasi oraliq'ida siqiladi va shu tariqa qon qorinchalar bo'shlig'idan siqib chiqarilib xayotiy muxim azolarga etkaziladi. To'shga bosish to'xtagan paytda esa qon venalar orqali yurakka qaytadi. yurak tashqi massaji o'pkaning yordamchi ventilyatsiyasi bilan birga amalga oshirilganda samarali ekanligini zisobga olsak, bu muolajalar uchun 2 ta tibbiyot xodimi kerak bo'ladi: biri yurak tashqi massaji uchun, ikkinchisi o'pkaning yordamchi ventilyatsiyasini davom ettirish uchun. Ularning o'zaro joylashuvi xam juda muximdir: yordamchi ventilyatsiyani amalga oshirayotgan xodim bolaning bosh tomonida, yurak tashqi massajini amalga oshirayotgan xodim esa bolaning yon tomonida turadi. Yurak tashqi massajini amalga oshirayotgan xodim davriy ravishda massajni to'xtatib, yurak qisqarishlar sonini sanaydi. Buni tez barish uchun yurak qisqarishlar soni 6 sekund ichida sanaladi va 10 ga ko'paytiriladi.



11.8- rasm. Reanimatsmya o'tkazayotgan xodimlarning xolati

Yurak tashqi massajini bajarish texnikasi. To'sh suyagiga berilayotgan bosim uning pastki 1/3 qismiga qaratilgan bo'lishi lozim. Yurak tashqi massaji ikki usulda amalga oshiriladi:

Birinchi usul: Ikkala qo'lning bosh barmog'i to'shni bosish nuqtasida, qolgan barmoqlar bilan ko'krak qafasi qamrab olinadi.

Ikkinchi usul: bir qo'lning ko'rsatgich va o'rtancha barmoqlari to'shga bosish nuqtasiga qo'yiladi, ikkinchi qo'l kafti esa bolaning orqasiga, umurtqaga ko'ndalang xolda tayanch sifatida qo'yiladi.

O'tkazilgan klinik tekshiruvlar natijasida bir qo'lning ikki barmoq usuli samaraliroq ekanligi isbotlangan: bunda yuqoriroq sistolik bosim va

yaxshi koronar qon aylanishiga erishish mumkin. Ikki katta bosh barmoq usuli yirik chaqaloqlarni reanimatsiyasida yoki reanimatsiya o'tkazayotgan tibbiyot xodimining qo'llari kichik bo'lganda noeffektiv xisoblanadi.

Yurak tashqi massaji samarali bo'lishi uchun yurakka yo'naltirilayotgankuch mujassamlashgan va to'shga vertikal yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Tashqi massaj vaqtida qo'llarni to'shdan uzilmasligi muhimdir.

Yurak tashqi massajining muxim sharti bu to'shni bosish chuqurligining etarli darajada ekanligidir: to'sh suyagi ko'krak qafasining old-orqa o'lchamining 1/3 qismi chuqurligida bosiladi.

Tashqi massaj qilish qoidalariga rioya qilmaslik qovurg'alar sinishi va pnevmotoraks yoki jigarning yorilishi kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Yordamchi ventilyatsiya o'tkazayotgan va yurak massajini amalga oshirayotgan tibbiyot xodimlarining uz aro xamjixatli bo'lsagina reanimatsiyadan qoniqarli natijaga erishish mumkin. Nafas ritm iva yurak massaji o'rtasida koordinatsiyaning bo'lmasligi reanimatsiya samaradorligini kamaytiradi va pnevmotoraks xavfini oshiradi.

Yurak tashqi massaji paytida 3 ta yurakka ko'rsatilayotgan bosim 1 ta nafas xarakati bilan mutanosib bo'lishi kerak. SHu tariqa 1 daqiqa ichida 90 marta yurakka bosim va 30 marta «majburiy» nafas soniga erishiladi. (shu 4 elementdan iborat bitta tsikl 2sekundni egallaydi). Etibor bering, ventilyatsiya yurak massaji bilan birgalikda olib borilganda odatdagidek 40-60 ta emas, balki 30 ta nafas xarakati amalga oshirilyapti. Amalga oshirilayotgan xarakatlar ovoz chiqarib bajarilgani maqsadga muvofiqdir. Yurak tashqi massaji va ventilyatsiya samaradorligi xar 30 sekundda baxolanadi. Agar yurak qisqarishlar soni 1 minutda 60 martadan ohsa yordamchi ventilyatsiyani davom ettirgan xolda yurak tashqi massajini to'xtatish mumkin. Agar 30-60 sek. ichida yurak va nafas faoliyati tiklanmasa traxeya intubatsiyasi va adrenalin yuborishga kirishish kerak.

TRAXEYA INTUBATSIYASI

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning aksariyati yordamchi ventilyatsiyaga muxtoj bo'lib, bu muolajani Ambu qopi va niqob yordaida samarali amalga oshirish mumkin. SHulardan ayrimlarigagina traxeya intubatsiyasi zarur bo'lishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlaning reanimatsiyasida quyidagi vaziyatlarda traxeya intubatsiyasiga extiyoj tug'ilishi mumkin:

- Bola tug'ilgandan so'ng mustaqil nafas olmasa, unda bradikardiya va qog'onoq suvlarida mekoniy aniqlansa, bunday xolda traxeya intubatsiyasi yordamida nafas yo'llarini tozalash mumkin;

- Niqob orqali ventilyatsiya bir necha daqiqa davomida amalga oshirilayotganiga qaramasdan mustaqil nafasga erishib bo'lmaganda endotraxeal naycha orqali o'pkadagi ventilyatsiyani yaxshilash mumkin;

- Yurak tashqi massaji o'tkazilayotganida traxeya intubatsiyasi yordamida nafas va yurak ritmini mutanosibligini taminlash mumkin hamda ventilyatsiya samaradorligini oshirish mumkin;

- Kindik venasiga kateter o'rnatilguncha yurak faoliyatini tiklash uchun adrenalin yuborishga extiyoj tug'ilsa;

- CHala tug'ilgan chaqaloqda diafragma churrasi aniqlansa yoki chaqaloqqa tug'ruq zalidayoq surfaktant yuborish zaruriyati tug'ilsa traxeya intubatsiyasi qilish kerak;

Traxeya intubatsiyasini amalga oshirish vaqti va zarurati- yuzaga kelgan vaziyat va shu vaziyatda bu muolajani amalga oshirish imkoniyatiga ega bo'lgan tibbiyot xodimining mavjudligiga bog'liq. Bu muolajani komandadagi eng malakali xodim amalga oshiradi va u xar doim uz xamkasblarining yordamiga muxtoj bo'ladi.

Umumiy qoida:

Traxeya intubatsiyasi 20 sekundgacha bo'lgan vaqtda amalga oshirilishi kerak.

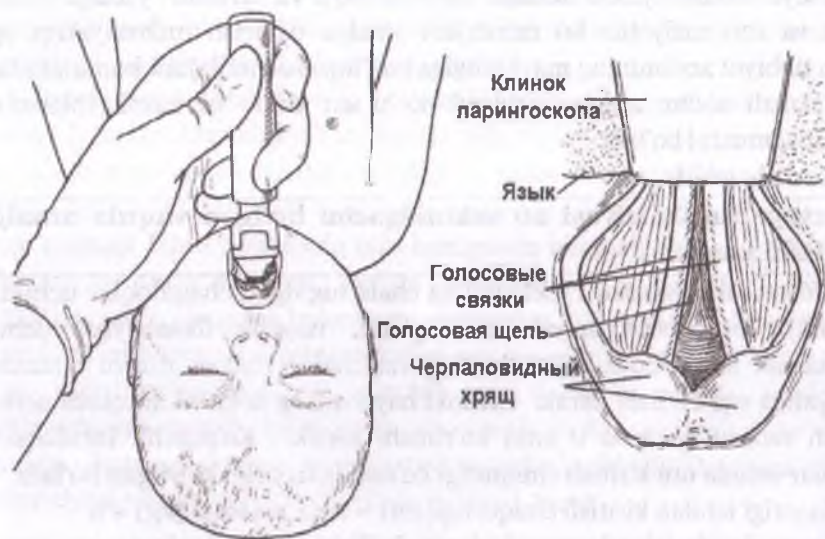
Endotraxeal intubatsion 1 ulchamli va chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun o'lehamli), intubatsion naychalar to'plami, naycha fiksatsiyasi uchun leykoplastyr kerak bo'ladi. Intubatsion naychalar rengen nurini o'tkazish xususiyatiga ega bo'lishi kerak. CHunki naychanning xolatini aniqlash uchun qilingan rengen tasvirda u aniq ko'rinishi kerak. Ko'pchilik intubatsion naychalar uchida uni kiritish chuqurligi ko'rsatilgan belgi ko'yilgan bo'ladi.

* Yuqorigi labdan kiritish chuqurligi(sm) = tana massasi (kg) + 6

Traxeya intubatsiyasi muvofiqiyatli bo'lishi uchun xalqum va uning atrofidagi azolarning anatomiyasini bilish zarur. Intubatsiyadan oldin laringoskop yaroqliligini yana bir bor tekshirib ko'rish kerak. (uning yoritgichi etarlicha yoritishini). Bu muolajaning birinchi va eng asosiy komponenti bolani to'g'ri xolatda yotqizish. Laringoskrp uchini kiritayotganda ovoz boylamlari yaxshi ko'rinishi uchun bolaga boshi bir oz orqaga egilgan xolat berish kerak. (kuraklar ostiga kata bo'lmagan valik qo'yiladi).

Ilova2 3 jadvalda intubatsion naychalar o'lchami va kiritish chuqurligi ko'rsatilgan.

Gestatsion yoshi (xaftalarda)	YATCH tana massasi (gr)	Endotraxeal naycha o'lchami (ichki diametri) (mm)	YUqorigi labdan kiritish chuqurligi (sm)
< 28	< 1000	2.5	6-7
28-34	1000-2000	3.0	7-8
34-38	2000-3000	3.5	8-9
>38	>3000	3.5 - 4.0	9-10



11.9-rasm. Traxeya intubatsiyada azolar ko'rinishi.
Traxeya intubatsiyasining texnikasi.

Intubatsiya o'tkazayotgan shaxs bolaning boshi tomonda turib, chap qo'lining bosh va qolgan 3 barmog'i bilan laringoskopni oladi

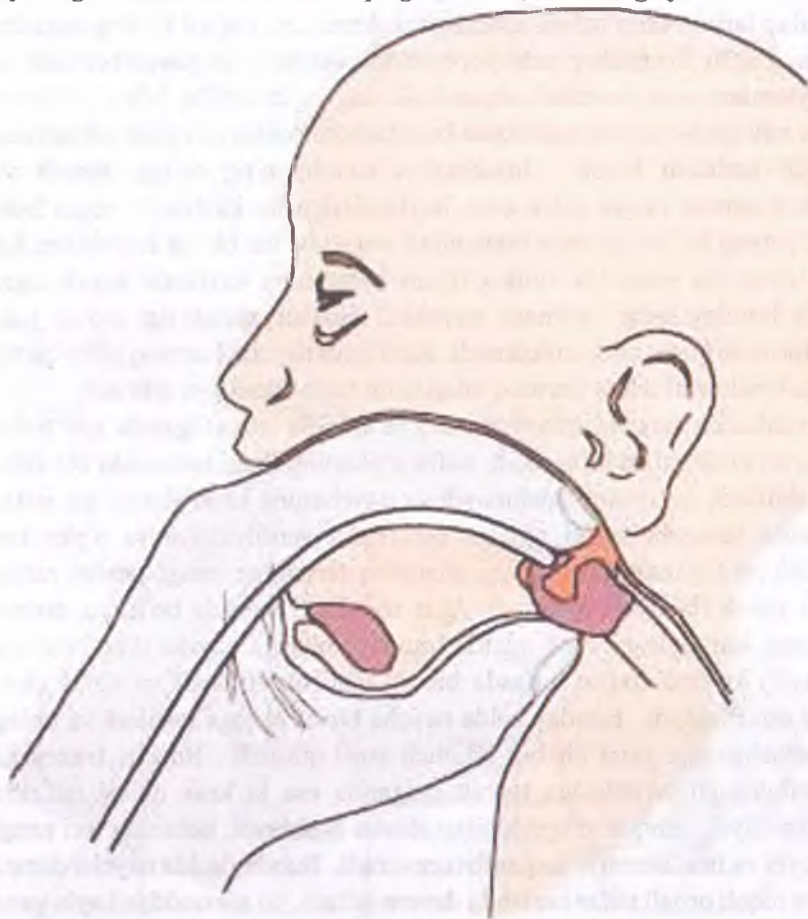
Laringoskop uchi rasmda ko'rsatilganidek turishi kerak. O'ng qo'li bilan bola boshini tutib, laringoskopni chaqaloq og'ziga kiritadi, tilna chapga surib sekin astalik bilan laringoskop uchini ichkariga, xalqum usti tog'ayi ko'ringungacha kiritiladi. Tog'ay laringoskop uchi yordamida yumshoq tanglayga bosiladi va ovoz boylamlari aniq ko'riladi. Agar bolaning og'zi shilliq bilan to'lsa va ko'rishga xalaqit bersa uni muolajani boshlashdan oldin so'rg'ich yordamida ko'rib olib tashlash kerak. Intubatsion naycha o'ng qo'lga olinadi va laringoskop qirrasi orqali sekin ovoz boylamlarigacha kiritiladi. (agar bola nafas olayotgan bo'lsa va ovoz boylamlari yopiq bo'lsa bir oz kutish kerak). Naycha traxeyaga yuqorida aytib o'tilgan belgigacha kiritilishi kerak, agar naychada bunday belgi bo'lmasa naychani kiritish chuqurligi jadval yoki maxsus formula yordamida aniqlanadi. Kiritilgan naycha barmoq bilan qattiq tanglayga bosib yoki ikkita barmoq bilan tutib turib fiksatsiya qilinadi.

Intubatsion naycha traxeyada to'g'ri xolatda o'rnatilganda xar nafas berganda ko'krak qafasi ko'tariladi, nafas o'pkaning ikala tomonida bir xilda yaxshi eshitiladi, oshqozon shishmaydi va naychani ichki yuzasi xar nafas chiqarganda terlaydi. to'g'ri amalga oshirilgan ventilyatsiya va o'pkaning yordamchi ventilyatsiyasidan so'ng chaqaloq terisining rangi pushti rangga kiradi va yurak faoliyati tiklanadi. Agar naycha traxeyada bo'lsayu, ammo juda chuqur kiritilgan bo'lsa (odatda bunday xollarda naycha o'ng bronxga o'tib qoladi) ko'krak qafasi nafasda bir xil ishtirok etmaydi va nafas chap tomonda eshitilmaydi. Bunday xolda naycha bir oz orqaga tortiladi va uning to'g'ri joylashganiga yana bir bor ishonch xosil qilinadi. Naycha traxeyaga emas qizilo'ngach bo'shlig'iga tushib qolganda esa ko'krak qafasi nafasda harakatlanmaydi, oshqozon tezlik bilan shisha boshlaydi, bolaning teri rangi o'qarmaydi va bradikardiya saqlanib turaveradi. Bunday xolda naycha darhol olinadi va niqob orqali nafas berishda davom etiladi. 30 sekunddan keyin yana bir bor traxeya intubatsiyasiga urnab ko'rish mumkin. Agar ikkinchi urinish ham samarasiz bo'lsa, niqob bilan nafas berishda davom etgan xolda, bu vazifani boshqa komanda a'zosiga topshirgan maqul.

Barmoq yordamida intubatsiya qilish usuli. Bu muolajani bajarish bo'yicha malakaga ega bo'lgan neonatolog intubatsiyani laringoskop ishlatib bajarishdan ko'ra tezroq va osonroq amalga oshirishi tajribada isbotlangan.

Bunda shifokor bolaning oyoklari tomonida joylashadi yoki o'ziga yonbosh holatda qilib yotqizadi. O'zining ko'rsatgich barmog'ini bolaning og'ziga tiqib til yuzasi bo'ylab ichkariga, barmoq uchiga xalqum usti tog'ayi (epiglottis)

sezilguncha xarakatlantiradi (bu tog'ay til ildiziga nisbatan ko'ndalang joylashgan kichik valik sifatida qo'lga seziladi). SHu tog'ayni ostida ovoz



11.10-rasm. Barmoq bilan intubatsiya qilish usuli

boylamlarini (traxeyaga kirish yo'li) xam sezish mumkin. Intubatsion naycha barmoq va til orasiga kiritiladi, ko'rsatgich barmoq esa naychanl xarakatlantirish uchun tayanch vazifasini bajaradi. Naycha uchi ko'rsatgich barmoq uchiga etganda shu qo'lning bosh barmog'i bilan bolaning bo'ynigauzuksimon tog'ay ostiga ehtiyotkorlik bilan bosiladi. SHu tariqa xalqum

niqladi va qizilo'ngachga yo'l yopiladi. Ikkinchi qo'l bilan naycha yana 1-2 sm ga ichkariga kiritiladi.

Agar intubatsion naycha orqali yordamchi ventilyatsiya va yurak tashqi massajidan keyin xam yurak qisqarishlar soni 1 minutda 60 martadan kamligicha saqlanib tursa adrenalini yuborishga kirishish kerak. YUqorida aytilganidek buning uchun intubatsion naychadan foydalanish mumkin.

DORI VOSITALARINI QO'LLASH

Agar reanimatsiya chora tadbirlari o'z vaqtida va to'g'ri amalga oshirilsa bundan kam vaziyatlarda dori vositalaridan foydalanishga to'g'ri keladi. Ammo 30 sekund davomida qilingan yordamchi o'pka ventilyatsiyasi va yana 10 sekundlik ventilyatsiya va yurak tashqi massaji birgalikda amalga oshirilganda yurak qisqarishlar soni minutiga 60 martadan kamligicha qolsa adrenalindan foydalanish kerak. Samarali o'pka ventilyatsiyasi va oksigenatsiyani taminlamay turib adrenalini ishlatish mumkin emas: sababi bunda ventilyatsiya uchun zarur bo'lgan qimmatli vaqt sarflanadi, bundan tashqari adrenalini miokardning kislorodga bo'lgan talabini oshiradi.

SEREBRAL ISHEMIYA

Gipoksemiya-bu qonda kislorod miqdorining kamayishi.

Ishemiya-muayyan organ to'qimalarda qon aylanishini yetishmovchiligi. Odatda gipoksemiya va ishemiya bir vaqtda yoki birin ketin yuzaga keladi.

Asfiksiya-gaz almashinuvining buzilishi bilan xarakterlanadi, u nafaqat kislorod miqdorining kamayishi, balki ortib boruvchi atsidoz bilan qonda uglevod oksidining ko'payishida namoyon bo'ladi. Keyinchalik saqlanib qolgan asfiksiya deyarli xar doim tizimli bosimning pasayishi va ishemiya ga olib keladi.

Perinatal asfiksiyaning asosiy mezonlari:

- Apgar shkalasi bilan baholashda 5-daqiqada 0-3 ball;
- Metabolik atsidoz (Ph 7 dan yuqori)
- Tug'lgandan keyingi dastlabki davrlarda klinik namoyon bo'ladigan nevrologik buzilishlar;
- Tug'lgandan keying dastlabki davrda poliorgan zararlanish belgilari;

Serebral ishemiya (chaqaloqlar ensefalopatiyasi)-chaqaloq tug'lganidan so'ng barvaqt namoyon bo'luvchi(odatda hayotining dastlabki 7 kunida)nevrologik buzilishlar majmuasidir. U klinik belgilari bilan aniqlanadi va ong,mushak tonuslari va reflekslari,ovqatlanish va nafas

olishning buzilishlari hamda titroqning namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. SEning 3 og'irlik darajasi ajratiladi.

-Yengil

-O'rta og'ir

-Og'ir

SEni yuzaga keltiruvchi ona tomonidan xavfli omillar:

-ona qornida homila rivojlanishining;

-onadagi talvasalar;

-onadagi tireotoksikoz va boshqa kasallaklari;

-homiladorlik paytida qon ketish;

-tug'ma anomaliyalar;

-perinatal infesiyalar;

-homila gipoksiyasi va tugruq jarohatlari;

Miya shikastlanishining intranatal xarakterga ega ekanligini mezonlari:

1. Bevosita tug'ish oldidan yoki tug'ish vaqtida qayd qilingan homila gipoksiyasi epizodi

2. Homilaning to'satdan yuzaga kelgan va turg'un bradikardiyasi yoki yurak tonuslarining yo'qligi, gipoksiya epizodidan so'ng yuzaga keluvchi turli turg'un, kechikkan yoki o'zgaruvchan detseleratsiyalar normal holayda bo'lgan;

3. Apgar shkalasi bo'yicha baho 5 daqiqada 0-3 ball;

4. Hayotining dastlabki 72 soatida poliorganli shikastlanishlarning namoyon bo'lishi;

5. Miyaning o'tkir diffuz shikastlanishni ko'rsatuvchi barvaqt instrumental tekshiruv;

Noxush nevrologik oqibatning prognostik omillari.

Nevrologik buzilishlarning SE darajasi va ularning doimiyliigi (agar ular 7 kundan ko'p saqlanib tursa) keying nevrologik natijalarning yaxshil indikatorlaridir:

-yengil SEda ijobiy oqibat-100%

-o'rta og'irlikdagi SEda-30-50% holatlarda salbiy oqibat

-og'ir SEda-90% holatlarda yomon oqibat

Talvasa-ayniqsa u hayotining dastlabki 24soatida yuzaga kelgan bo'lsa, yomon nevrologik oqibat ehtimolini yanada orttiradi.

Talvasa protokoliga qaralsin.

Yengil SE. Klinik tarzda bu nerv-reflektor qo'zg'aluvchanlikning ortishi sindromi (hissiy-harakat besaramjonligi, Moroning spontan refleksi, kichik keng tarmoqli tremor, o'zgaruvchan gorizontal nistagm, uchrashuvchi g'ilaylik) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Miyaning yengil shikastlanishida giperqo'zg'aluvchanlik ba giperfaollik sindromi bo'lishi mumkin.

SE o'rtacha og'irligi. Klinik belgilarining asosida miyaning shish gemoragik o'zgarishlari yotadi. 2ta asosiy sindrom:

- MNTning umumiy sustlashishi sindrom.
- MNTning gipertenzion gidrosefaliya sindromi.

SEning og'ir darajasi. Miyaning ikki tomonlama og'ir shikastlanishida ongning sustlashuvi (stupor, koma), nafas olish buzilishlari (apnoe, gasping tipidagi notekis nafas olish) xarakterli. Ko'z qorachig'ining yorug'likka reaksiyasi odatda saqlanib qoladi, talvasalar yuz beradi. Poliorgan shikastlanishlar (yurak-tomir yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchilik, jigar-lehak faoliyati yetishmovchiligi, nafas yetishmovchiligi) yuzaga keladi.

Diagnostik tekshiruvlar: -onasining anamnezi, perinatal xavf faktorlari, akusherlik anamnezi, klinik kechuvchi, umumiy qon tahlili, qonning bioximik tahlili, qondagi qand miqdori, bosh miya neyrosanografiyasi, nevropatolog ko'ruvi o'tkazish.

Davosi: -himoya avaylash rejimi

- simptomatik davo
- talvasa (talvasa protokoliga qaralsin)
- antibakterial terapiya (sepsis protokoliga qaralsin)
- oksigenoterapiya
- antigemoragik terapiya
- fiziologik ehtiyojlarini qoplash maqsadida infuzion davo (oqsil, uglevod, elektrolitlar ehtiyojini qoplash)
- kardiomanitor kuzatuv.

XII BOB

CHILLA DAVRI INFEKSIYALARI

AKUSHERLIK PERITONITI, SABABLARI, TASHXISLASH, DAVOLASH.

Keyingi 10 yillarda bizda va chet davlatlarida kesar kesish operatsiyasining soni ko`rinarli darajada o`sb boradi. AQSh da bu 2 baravarga ko`paydi va hamma tug`ruqxonalarning 10 % tashkil etadi. Kesar kesish operatsiyasi sonining ko`payib borishi, asosan homila hayotini saqlab qolish bilan bog`liq, chunki operatsiya avvalambor homilaning tug`ruq travmasi va gipoksiyasini oldini olish maqsadida qilinadi. **Akusherlik peritoniti**, chilla davri yiringli septik kasalliklari ichida eng xavfli hisoblanadi. Bu kasallikning oldini olishga qaratilgan profilaktik muolajalarni o`z vaqtida o`tkazish onalar o`limining kamayishiga olib keladi.

Respublikamizda tug`ish yoshidagi ayollar orasida ekstragenital va genital kasalliklarning ko`p uchrashi homiladorlik davrida immun tizimning susayishi, infeksiyon agentlarga nisbatan organizmning himoya kuchlarining pasayishiga olib keladi. Buning natijasida chilla davrida EGk fonida yiringli kasalliklarning kelib chiqishi kuzatiladi, kasalikni kechikib aniqlash va davolash onalar o`limiga sabab bo`ladi.

Tashxis qo`yishdagi qiyinchiliklar: Homiladorlik va tug`ruqdagi neyroendokrin o`zgarishlar, gumoral va hujayra immuniteti holati. Homiladorlik va tug`ruqdagi asoratlar. Jarrohlik amaliyotining o`sishi. EGk. Bakteriyalar assotsiatsiyasining mavjudligi (aerob va anaerob). Akusherlik peritonitining infeksiya manbai bo`lib ko`pincha bachadon hisoblanadi (tug`ruqda xorioamnionit, tug`ruqdan keyingi endometrit, kesarcha kesish jarrohligidan keyingi choklarning nosozligi). Infeksiya o`chog`i bo`lmisli bachadonda infeksiyaning yashashi va ko`payishi uchun qulay sharoitlar mavjud bo`ladi, bular qon quyqalari, homila elementi qoldiqlari va h. k. Akusherlik peritoniti ko`pincha sust va yashirin kechadi, ayniqsa kesarcha

kesish jarrohligidan keyingi peritonit. Akusherlik peritoniti patogenezi asosida: Endogen intoksikatsiya, biologikaktivmoddalar (gistamin, serotonin, kinin) ta'siri, tomirlardagi tarqalgan o'zgarishlar, to'qima gipoksiyasi, gipovolemiya va almashinuvning o'zgarishi, MNS va miokardga patologik ta'siri, buyrak, jigar, oshqozon osti bezi va ingichka ichakdagi destruktiv o'zgarishlar yotadi.

Peritonit tasnifi (k. S. Simonyan bo'yicha) (1971):

- Reaktiv faza.
- Toksik faza.
- Terminal faza.

Reaktiv faza (birinchi 24 soatda) Peritonit - chilla davrida asosan 3 sababga ko'ra kelib chiqishi mumkin:

- Kesar kesishdan keyingi asoratlar;
- Bachadon ortiqlari yallig'lanishining xuruji;
- sepsis;

98 % da kesar kesishdan keyin boshlanadi. Kesar kesishdan keyingi peritonit, chilla davridagi va abortdan keyingi yiringli – yallig'lanish kasalliklari orasida 4,6 - 7 % ni tashkil etadi. O'lim yuqoriligicha qoladi va 26 - 35 % gacha etadi. Onalar o'limi tarkibida septik kasalliklaridan peritonitga 3,6 - 4 % ga to'g'ri keladi.

Peritonitga olib keluvchi sabablar:

Qin biosenozining o'zgarishi

Homiladorlik oxirida immunotanqisligi paydo bo'lishi.

Tug'ruqning patologik kechishi. (suvsiz davr, tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi) Tug'ruqda xorioamnionit.

Homiladorlik asoratlari (kamqonlik, preeklampsiya, yo'ldoshning oldinda joylashishi).

Tug'ruqdan keyingi davrda peritonit paydo bo'lishining sabablari:

Endometrit, metrotromboflebit, parametrit va kesarcha kesish operatsiyasidan so'ng choklarning so'kilishi.

Ortiqlar kasalliklari (piosalpinks perforasiyasi, kapsulasining yorilishi toki buralishi). kompensator mexanizmlar saqlangan, to'qima metabolizmi o'zgarishlari

va gipoksiya belgilari yo'q, (qusish, defans musculorum va taxikardiya 1 daqiqada 120ta kuzatiladi). Umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli (o'rtacha darajada).

Ichaklar falaji. Qon ko'rsatkichlari: leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga surilishi

Toksik faza (24 soatdan so'ng, davomiyligi 2-3 sutka) intoksikatsiya belgilarning kuchayishi.

Almashinuvning buzilishi. Gipoproteinemiya. KF va ishqoriy fosfataza ko'payishi.

Leykotsitozning o'sishi. Terminal faza (48-72 soatdan so'ng nisbatan chuqur o'zgarishlar) Markaziy nerv tizimida o'zgarishlar. Umumiy ahvoli og'ir, kasal apatiyada, adinamiyada, tili quruq. Ichakning motor funksiyasi buzilgan. Ichak peristaltikasi auskultatsiyada aniqlanmaydi. Fermentlar aktivligi kamaygan.

TASNIFI:

I.V. Davidovskiyning ta'riflashicha: peritonit qorin pardasining yallig'lanishidir.

- O'tkir
- surunkali
- mahalliy
- umumiy bo'lishi mumkin

Akusherlik peritoniti

- Akusherlik peritoniti stadiyasiga ko'ra:
- seroz
- fibrinoz
- yiringli eksudat shakllarida bo'lishi mumkin.

Kesar kesishdan keyingi peritonit ko'pincha yopiq ba'zida esa total bo'ladi.

Klinika

•Asosiy belgi bo'lib, o'tkazilayotgan davolashga qaramay chidamliligini saqlagan va paralitik o'tkazmaslikka o'tadigan ichaklarning chala falajligi hisoblanadi. Bunda peristaltika to'liq to'xtaydi va qorin bo'shlig'ida «tobutdagi jimlik» ko'rinishi kuzatiladi. Shu vaqtdan boshlab kasalning umumiy ahvoli keskin yomonlashadi:

- yaqqol qaltirash
- taxikardiya
- eyforiya
- suyuq najas

Peritonit variantlari

I. Variant (30%) 12-24 soatdan so'ng kesarcha kesish operatsiyasi vaqtida homila pardasining infeksiyalanishi natijasida (xorioamnionit, uzoq muddat suvsizlik davri.) Infeksiya manbai bachadon bo'shlig'idagi saqlanma operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga tushishi. (erta peritonit) operatsiyada xorioamnionit fonida. Patologik simptomlar 1- sutka oxirida yoki 2- sutka boshida avj oladi. Tana haroratining ko'tarilishi ($38-39^{\circ}\text{C}$), taxikardiya (120-140 zarba\daq.), qorin shishi. Reaktiv faza unchalik bilinmaydi. Toksik faza tez avj oladi. Umumiy ahvoli og'irlashadi, ichak falaji kuzatiladi, tili quruq, qusuq yashil va gemorragik massalar bilan. Defans musculorum abs. Septik shok, yurak o'pkava buyrak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

II. Variant (15%) 72 soatdan so'ng: Operatsiyadan so'nggi davrdagi endometrit bilan bog'liq (ichakning baryer funksiyasi falaj hisobiga buzilganda kuzatiladi). Umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, tana harorati $37,4-37,6^{\circ}\text{C}$, taxikardiya (120-140 zarba\daq.), ichak falaji erta paydo bo'ladi. Qorinda og'riqlar yo'q. ko'ngil aynish va qusish kuzatiladi, qorni yumshoq, Defans musculorum abs. Simptomlar qaytalanishi xos. Konservativ davoga qaramasdan 3-4 kun ichida bemorning ahvoli og'irlashadi va intoksikasiya belgilari kuchayadi.

III. Variant (55%) operatsiyadan so'nggi 5-9 sutkasiga Bachadonda choklar yetishmovchiligi fonidagi peritonit. Ko'proq bu holat infeksiya bilan bog'liq, kam hollarda texnik kamchiliklar bilan. Bachadonni ko'rilganda burchaklarni noto'g'ri tikish bilan bog'liq. klinika erta paydo bo'ladi. Birinchi sutkadan peritonit belgilari paydo bo'ladi. Ayol holati og'irlashadi, Qorin pastidagi og'riqlar bezovta qiladi. Bachadondan loxiyalar miqdori kam bo'ladi.

Taxikardiya, qusish, qorin shishi saqlanib turadi. Perkuysiyada qorin bo'shlig'ida ekssudat aniqlanadi. Intoksikasiya tez kuchayadi. Dunyoda akusherlik peritonitining ko'payishi yiringli-septik asoratlarning o'sishi bilan bog'liq.

Peritonitga olib keluvchi sabablar:

Qin biosenozining o'zgarishi homiladorlik oxirida immunotancisligi paydo bo'lishi. Tug'ruqning patologik kechishi. (suvsiz davr, tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi) Tug'ruqda xorioamnionit. Homiladorlik asoratlari (kamqonlik, preeklampsiya, yo'ldoshning oldinda joylashishi).

Tug'ruqdan keyingi davrda peritonit paydo bo'lishining sabablari: Endometrit, metrotrom bioflebit, parametrit va kesarcha kesish operatsiyasidan so'ng choklarning so'kilishi. Ortiqlar kasalliklari (piosalpinks perforasiyasi, kapsulasining yorilishi yoki buralishi). Peritonitning xarakteri va og'irlik darajasi qorin bo'shlig'idagi mikroblarning miqdori, turi, ularning virulentligi, patologik jarayonning tarqalganligi hamda organizm immun tizimining holati kabi bir qator omillarga bog'liq. ko'p hollarda peritonitda aralash turdagi mikroflora aniqlanadi. Lekin ularning ichida ichak tayoqchasi, stafilokokk, ko'k yiring tayoqchasi va vulgar protey yetakchi o'rinni egallaydi. Bachadonga infeksiya kirishi uchun bachadon bo'shlig'idagi qon laxtalari, homila qoldiqlarining bo'lishi katta rol o'ynaydi. B ular mikroorganizmlarning o'sishi uchun qulay sharoit bo'lib hisoblanadi. Bundan tashqari, homilador bachadon bakteriya, to'qima toksinlari uchun yuqori rezorbsion yuza bo'lib, ularning qonga to'g'ridan -to'g'ri o'tishiga sharoit bo'ladi. Oqsil tabiatli toksinlar (polipeptidlar, to'qima proteazalari, bakteriyalar va ularning mahsulotlari), toksin- kristalloidlar (ammiak), biogen aminlar (gistamin, serotonin, geparin) qonga so'rilib organizmda bir qator o'zgarishlarga olib keladi. Bu holat to'qimalarda metabolik jarayonning buzilishi, uarning parchalanishi va katabolizmi bilan kechib, bu o'z navbatida MNS, jigar, buyrak, miokard va boshqa a'zolarga, xususan ichakning asab tizimiga patologik ta'sir ko'rsatadi. Natijada to'qimalarda almashinuv jarayonining pasayishi, yurak-tomir tizimi, nafas tizimi, gomeostaz buzilishlari kuzatiladi. Bu mahsulotlarning toksik ta'siri natijasida oksidlanish-qaytarilish jarayoni buzilishi bilan kechadigan sirkulyator gipoksiya yuzaga keladi. Bunda indol tarkibli aminlar va tuzilishiga ko'ra sut kislotasiga yaqin S-polipeptidning almashinuv mahsuloti bo'lmish chala oksidlangan metabolitlarning yig'ilishi oqibatida anaerob faza ustun keladi. Peritonit intoksikatsiyasining jadallashishi turli sabablar (toksinlar ta'siri, qon aylanish buzilishi, gipoksiya va b.) natijasida yuzaga keladigan jigarining zararsizlantirish funksiyasining pasayishiga olib keladi. ko'p hollarda jigar yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi bilan birga kechadi. Peritonitda hujayralardan kaliyning ajralishi kuchayib, bevosita patologik jarayon zonasi tomon yo'nalishi kuzatiladi. O'z navbatida kaliy hujayra elementlarining parchalanishidan ajralib chiqadi, xususan qorin bo'shlig'ining eksudatida ko'p miqdorda aniqlanadi (10 mmol/1 gacha). Chin kaliy yetishmovchiligi

(uning eritrositlardagi konsentratsiyasining pasayishi) umumiy a'dinamiyaga, MIT pareziga, bradioaritmiyaga, miokardning qisqarish xususiyati va yurak o'tkazuvchanligining buzilishiga sabab bo'ladi. Peritonit terminal bosqichida oliguriya va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi kaliyning buyraklar tomonidan ekkresiyasi buzilishiga hamda o'sib boruvchi giperkaliemiyaga olib keladi, ammo eritrositlarda kaliyning konsentratsiyasi o'zgarmagan holda past bo'ladi.

Peritonitning patogenezida ichak parezi alohida o'rin egallaydi. Ichak qovuzloqlarining suyuqlik va gazlar bilan kengayib ketishi ularning harakat, sekretor, so'rish, almashinuv funksiyasi buzilishiga, suvsizlanishiga sabab bo'ladi. Paralitik sekretsiyaning oshib borishi bilan ingichka ichak bo'shlig'ida o'zida ko'p miqdorda oqsil, elektrolitlar, K ionlarini saqlagan ma'lum hajmdagi suyuqlinning to'planishi va sekvestrlanishi kuzatiladi. Ichak bo'shlig'ida bosim oshib boradi, ichakning kengayishi va ichak devorining qon aylanishi buzilishi bo'ladi. Bu devor ishemiyasiga sabab bo'lib, parez holatini yanada kuchaytiradi. Natijada ichak devori mikroorganizmlar va toksinlar uchun o'tkazuvchan bo'lib qoladi. Diafragmaning yuqori turishi, uning harakatchanligi esa o'pka ventilyatsiyasini (bazal atelektazlar) va yurak faoliyatini yomonlashtiradi. Qorin pressi muskullarining immobilizatsiyasi yo'tal mexanizmining o'zgarishlariga olib keladi. O'sib boruvchi og'riqli sindrom , gipoventilyatsiya, vena-arterial shuntlash fonida respirator buzilishlar va organizmning gipoksiyasi kuchayib boradi. Hosil bo'ladigan gipoproteinemiya o'pkalar shishiga, ularning elastikligi pasayishiga, nafas faoliyati oshishiga sabab bo'ladi. Yuqori isitma, total perspiratsiya, qusish natijasida suyuqlikning ko'pmiqdorda ajralishi avvalo aylanib yurgan qon hajmini, keyin esa yurakning zarb hajmi kamayishini va endotoksik shok rivojlanishini ta'minlaydi. Bunda ayniqsa mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi, proteolitik fermentlar faolligining oshishi va koagulopatiya bilan kechuvchi tomir ichi qon ivishi yaqqol namoyon bo'ladi. O'tkir peritonitning foksik fazasida organizm kislorodli rejimining o'zgarishi nafaqat yurak qon-tomir (gipovolemiya, toksik miokardit, qonning yuqori ivuvchanligi) va nafas yetishmovchiligi, balki gematologik buzilishlar (mikrosirkulyator sistemada sirkulyatsiya qiluvchi eritrotsitlar sekvestratsiyasi, gemoliz, to'qima kapillyarlarida gemoglobinning kislorodga bo'lgan talabi oshishi), bundan tashqari, energetik sarfning ortishi bilan aniqlanadi. Shuni ta'kidlab o'tish

kerakki, peritonitni davolashda kechiktirib bo'lmaydigan holatlardan biri bu ichaklar falajini zudlik bilan bartaraf qilishdir, chunki parez metabolik o'zgarishlar va mavjud gipoksiyani yanada chuqurlashtiradi hamda shu ishemiya (gipoksiya) natijasida yuzaga keluvchi ichak devorining hayotga layoqatligining buzilishiga olib keladi. O'z vaqtida peristaltikani tiklash buning oldini olishi, bundan tashqari, portal qon aylanish kuchayadi, natijada jigar funksiyasi yaxshilanadi.

B. N. Serov va b. (1984) kesarcha kesish operatsiyasi o'tkazilgan bemorlarda qorin bo'shlig'iga infeksiya tushishining 3 xil mexanizmini ko'rsatadilar. Birinchi variantida peritonit kesarcha kesish vaqtida qorin pardaga infeksiya tushishi oqibatida (birga keluvchi xorioam nionitda, uzoq kechuvchi oralig'ida) infeksiya manbai bo'lib, operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga tushgan bachadondagi hosilalar ("erta peritonit") xizmat qiladi. Peritonitning klinik belgilari operatsiyadan 1-2 kun o'tgach, bachadonda choklar germetikligi saqlangan holda yuzaga keladi. Peritonitning rivojlanib ketishi natijasida ularning ikkilamchi yetishmovchiligi kelib chiqishi mumkin. kesarcha kesishdan so'ng qorin bo'shlig'iga tushuvchi infeksiya manbai falaj natijasida toksin va bakteriyalarga nisbatan o'tkazuvchanligi ortgan ichak devoridir. Bu faraz bundan 100 yil muqaddam bayon qilingan va keyingi izlanishlar natijasida bir necha bor ma'qullangan. Ammo mikrobnig qorin bo'shlig'iga tushishi peritonitning tipik ko'rinishi bo'lgan massiv eksudat bilan kechadi, og'ir funksional va metabolik o'zgarishlar esa faqat ma'lum sharoitlarda yuzaga keladi. Peritonitning uchinchi va ko'proq uchraydigan varianti bachadonda choklar yetishmovchiligi natijasida qorin bo'shlig'ining infeksiyalanishiga asoslangan.

Akusherlik peritonitining klinik ko'rinishi umumiy va mahalliy o'zgarishlarga asoslanadi. Akusherlik peritonitida mahalliy o'zgarishlar kamroq rivojlangan va reaktiv faza intoksikatsion fazaga tezda o'tib ketadi.

Shuning uchun "erta" akusherlik peritonitida intksikatsiya belgilari ustun bo'ladi, psixomotor qo'zg'alish, chanqash, shilliq parda qurishi, taxikardiya, holsizlik. Bemor ahvolining og'irligi infensiyaning virulentligi va poliorgan yetishmovchiligi sindromi rivojlanish tezligi bilan aniqlanadi, qisman uzoq davom etuvchi tug'ruqlar natijasidagi gipovolemiya darajasiga, operatsiya jarayonida qon yo'qotilishining ortishiga, elektrolit va suyuqlikning ko'p miqdorda yo'qotilishiga ham qaraladi. Akusherlik peritoniti ikkinchi formasining klinik ko'rinishida, kasallik avval ichaklar

parezi ustunlik qiladi, tug'ruqdan keyingi endometrit belgilari ikkinchi o'rniga o'tadi. Bemor ahvolining og'irligi, ichak baryer funksiyasining buzilishi va bachadondagi toksik mahsulotlarning rezorbsiyasi hisobiga o'sib boruvchi intoksikatsiya belgilari bilan aniqlanadi.

Bachadon choklari yetishmovchiligi natijasida infeksiyon agentning qorin bo'shlig'iga tushishi orqali yuzaga keluvchi uchinchi formaning klinik ko'rinishida mahalliy simptomatika yaqqolroq namoyon bo'ladi. Ichaklar falaji aniq rivojlanganda Shetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi, "mushakli himoya", qayt qilish, suyuq va tez-tez ich kelishi o'tkir hid bilan, palpatsiyada aniq lokal og'riqlar bo'ladi. Lekin kompleks jadal terapiya fonida peritonitning klinik belgilari ko'rinmasligi va uni faqat "qaytuvchi" simptomatika yuzaga kelgach aniqlashimiz mumkin. Kasarcha kesishdan keyingi tarqoq peritonitda kompleks jadal terapiya. Kasarcha kesish operatsiyasidan keyingi yoyilgan peritonit bilan og'rigan bemorlarni davolash taktikasi uning shakli, kasallik kechishining og'irligi va konservativ terapiyaning samaradorligiga bog'liq. «Erta» peritonitda davolash taktikasi kompleks konservativ terapiya o'tkazishga asoslanadi va faqatgina undan samara bo'lmaganda hamda bemor ahvoli yomonlashishi (ichak falajining tuzalm asligi va paralitik ichaktutilishiga o'tishi, qorin bo'shlig'ida ekssudat paydo bo'lishi, taxikardiya, taxipnoe) jarrohlik operatsiyasini o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi.

Peritonitning 2-variantida kompleks jadal terapiya bemorni operativ davolashga tayyorlash uchun o'tkaziladi. Parezga qarshi ko'pgina usullar (peridural anesteziya, tozalovchi huqna, sifonli huqna, umbrisit, kaliy xlor, serukal, simagel 10 mlidan har bir soatda 4 mahal ichishga) o'tkaziladi

Peritonitning 3-variantida tezkor operativ davolash o'tkaziladi, bachadonni uning naylari bilan birga ekstirpatsiyasi, peritonitning reaktiv fazasida qorin bo'shlig'ini tikilmagan qin orqali va yon kanallarning pastki qismlaridan drenajlash, peritonitning intoksikatsiya fazasida esa qorin bo'shlig'ining yuqori sohalarini drenajlash va qorin bo'shlig'ini yuvish. Operatsiyaning maqsadi infeksiya manbaini, ya'ni infeksiyalangan bachadonni yo'qotish va qorin bo'shlig'ini drenajlashdir. Bachadon yuzasidagi choklar yetishmovchiligida bachadonni olib tashlash ayniqsa zarur. Ayni vaqtda ichaklar baryer funksiyasi buzilganida qorin bo'shlig'ini sifatli drenajlash ayniqsa katta ahamiyat kasb etadi. Operatsiya vaqtida jarroh ekssudatning tabiatiga ko'ra (seroz, fibrinoz yoki yiringli) va qorin bo'shlig'i

zararlanishining tarqalganligiga ko'ra (cheklangan, diffuz yoki to'liq) peritonitning shaklini aniqlashi lozim. Ko'pchilik hollarda kesarcha kesish operatsiyasidan keyin 4-kunga kelib yiringli eksudat aniqlanadi va qorin pardaning zararlanishi ko'pincha diffuz bo'ladi. Peritonit shaklini aniqlash «qorin bo'shlig'i dializi»ni qo'llash muammosini hal qilish uchun zarur. Bu muolajani o'tkazish uchun ko'rsatma bo'lib total peritonit yoki peritonitning og'ir intoksikatsiya bilan kechuvchi shakli hisoblanadi.

Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi peritonitni mahalliy davolash (bachadonni olib tashlash, qorin bo'shlig'ini, oshqozonni, ba'zi bemorlarda ichakni drenajlash, ileostomiya) bilan birga umumiy terapiyani ham o'tkazish lozim. Umumiy terapiyaning maqsadi patofiziologik buzilishlar kompensatsiyasi va infeksiya hamda intoksikatsiyaga qarshi kurashishdir. Umumiy terapiyani belgilovchi holatlarni ko'rib chiqqa turib, davolash muolajalarining bajarilish ketma-ketligiga e'tibor bermay bo'lmaydi. Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi peritonitda oshqozon-ichak traktida hech qanday destruksiyalar bo'lmaganida, operativ davo shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra o'tkaziladi. Biroq u destruktiv appenditsit, oshqozon va ichaklar yarasi bilan chaqirilgan jarrohlik peritonitidan farqli o'laroq, bir necha soat bilan chegaralanmaydi. Shunga ko'ra, umumiy terapiya operativ davodan oldin yoki u bilan birga olib borilishi lozim. Kompleks intensiv terapiya o'tkazishning asosi bo'lib, yo'naltirilgan ta'sirga ega bo'lgan qon o'rnini bosuvchi eritmalarni va qonning kolloid-osmotik holati ko'rsatkichlarining ionotor nazorati ostida balanslashtirilgan ion tarkibga ega bo'lgan eritmalarni keng qo'llagan holda boshqariluvchi gemodilyusiya metodi bilan amalga oshiruvchi infuzion-transfuzion terapiya hisoblanadi. Katta miqdordagi suyuqlikni (4-5l) organizmga kiritish tezlashtirilgan diurez (kiritilgan har 1 l suyuqlikdan keyin 0,02 g furosemid, spazmolitik vositalar bilan birga) fonida o'tkaziladi. Oqsil moddalardan: albumin, protein, plazma, aminokislotalar aralashmalari (infezol) qo'llaniladi. Hammasi bo'lib sutkada 3 l suyuqlik diuretiklar fonida va MVB tekshirish ostida olib boriladi. Infeksiyaga qarshi antibiotiklar qo'llaniladi. Qorin bo'shlig'iga mernasil, kanamisin Ig dan 2 mahal sutkada qo'llaniladi. AB terapiya fonida gormonal terapiya qo'llaniladi (prednizolon, deksametazon). Oshqozon va ichaidar motor-evakuator funnsiyasini yaxshilash maqsadida nazogastral zond, peridural blokada qo'llaniladi. Falajga: prozerin, 10% natriy xlorid 100,0 t\i tomchilab, serucal 2,0 m \o,kaliy xlorid 1% t\i,

ubretid 1,0 m\0, gipertonik huqna, Ognev huqnasi (30,0 gliserin, 3% peroksidi, 10% natriy xlorid) yoki sifon huqna). Vitaminoterapiya: V,S,E guruhlari. mmunomodulyatorlar: T-aktivin, immunomodulin, timalin. Desensibilizatsiya maqsadida: dimedrol, pipolfen, suprastin, kalsiy xlor. Yurak foliyatiga: riboksin, korglyukon, kokarboksilaza. Vaqtidagi operatsiya va samarasiz terapiya natijasida kelib chiqishi mumkin.

KORIONAMNIONIT

<p>Onada temperature-ning bo'lishi (tug'ruq vaqtida 37,8C) anosiy belgilaridan biri sanaladi;</p>	<p>-Gemodinamik ko'rsatgichlarni o'lchash va baho berish (AD, Puls, Temperatura)</p>	<p>-Ampitsillin 2 gr v\i har 6 soatda + gentamitsin 5mg\kg v\i ikkalasini birvaqtda + metronidazol 500mg v\i har 8 soatda</p>
<p>Onada taxikardiya bo'lishi (Tug'ruq vaqtida 1minutiga 120ta)</p>	<p>-Ajrалmaning rangi va xarakteri -Homilaning yurak urishi soni;</p>	<p>-Ko'p miqdorda suyuqlik ichish (Har soatiga 500ml) -Infuzion terapiya diurezva tana haroratini inobatga olgan holda;</p>
<p>Homila taxikardiyasi (160-180 minutiga);\</p>	<p>-Qon ivish tezligini -Qonning biokimyoviy tahlili</p>	<p>-Hayotiy muhim ko'rsatgichlarni qat'iy nazorat qilish (AD, puls diurez, homila yurak urishi);</p>
<p>Yiringli yoki loyqa homila oldi tuzi va qinda ajralma kelishi;</p>	<p>-Koagulogramma; -Bachadon va qorin bo'shlig'i a'zolari UZIsi</p>	<p>-Parallel ravishda tug'ruqni induksiyalash; -Xorionamnionit – tug'ruqni boshlashga absolyut ko'rsatma va operatsiya uchun qarshi ko'rsatma emas;</p>
<p>Og'riqli bachadon Onada leykositoz (15000-18000 mkl)</p>	<p>-Doplerometriya MPPK</p>	<p>-Xorionamnionit tug'ruqni induksiyalashga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi;</p>
		<p>-Terapiya normal haroratda 48 soat davom ettiriladi; -Aktiv tug'ruq bo'lmaganda kesarcha kesish metodi tanlanadi.</p>

Kompleks davolash

Kompleks davolashning umumiy prinsiplari:

• Peritonit sabablarini yo'qotish uchun o'z vaqtida qilinadigan operatsiyalar.

• Qorin bo'shlig'iga drenaj qo'yish.

• Ratsional antibakterial davolash.

• Dezintoksikatsion davolash.

• Aylanadigan suyuqlik hajmini normallashtirish.

• Parenteral ovqatlantirish.

• Mikrotsirkulyatsiyasini normallashtirish

• KIB ni korreksiyalash.

• Ichaklar peristaltikasini tiklash.

• O'pka, yurak, jigar, buyrak faoliyatining buzilishini oldini olish va davolash.

Klinik xususiyatlarini mo'ljallash diagnostikani osonlashtiradi va taktik jihatdan to'g'ri davolashga imkon yaratadi. Peritonitni davolash kompleksli bo'lishi kerak. Xirurgik davolash hamma kasallarda jadallashgan konservativ davolash bilan qo'shib olib boriladi.

Operatsiya paytida eksudat xarakteri (seroz, fibrinoz va yiringli) va qorin pardasi jarohatining tarqalganligiga (mahalliy, subtotal, total) qarab peritonitning shakli aniqlanadi. Peritonit shaklini aniqlash qorin bo'shlig'ida dializ o'tkazish savolini hal qilish uchun kerak. Ko'pincha qorin bo'shlig'iga yaxshi drenaj qo'yish bilan chegaralanadi. Yoyiq peritonitda qorin bo'shlig'ini ko'p yuvishning foydasi yo'q. Qorin bo'shlig'ini yuvish orqali patogen mikroorganizmlarini va nekrobiozga uchragan to'qimalarini yo'qotish mumkin emas, dializ paytida qorin pardasining baryer funktsiyasi buzilishi mumkin va total peritonit kelib chiqishi mumkin. Peritonitni mahalliy davolash bilan bir qatorda umumiy davolashni ham o'tkazish kerak. Umumiy davolashdan maqsad – patofiziologik buzilishlarni kompensatsiya qilish va infektsiya, intoksikatsiya bilan kurashishdir. Umumiy davolash operativ davolashdan oldin yoki birgalikda olib borilishi zarur. Kesar kesish operatsiyasi davomida qorin pardasiga infeksiya tushishidan kelib chiqadigan peritonitning klinik shaklida umumiy davolash hal qiluvchi usul bo'lishi mumkin, qaysikim infeksiyani lokalizatsiya va neytralizatsiyaga olib kelishi mumkin. Umumiy davolashning muhim komponentlari bo'lib, yo'qotilgan suyuqlikni to'ldirish, hamda oqsillar,

Elektrolidlarni to'ldirish, KIB va mikrosirkulyatsiya buzilishini koreksiyalash hisoblanadi. Peritonitda, falajlik ahvolda suyuqlikning yo'qolishining roli katta, qaysikim suyuqlik defitsiti sutkasida 4-6 litrga yetadi, shunga qaramay peritonit bor kasallarda infuzion davolash diurez tozligiga bog'liq holda o'tkaziladi. Diurezni diuretik vositalar yordamida tozlashtirish kerak. Metabolik atsidozda 4 % bikorbonat natriy eritmasi 150-200 ml. miqdorda yuboriladi. Metabolik atsidoz qoidaga binoan, gipokalemik alkaloz bilan almashinadi. Buni davolash ichaklar funksiyasini tiklashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Shuning uchun sutka davomida 6-12 g Kaliy ishlatish ko'rsatilgan. Kasal doim burun kateteri orqali kislorod oladi, nafas olish takrorlanishi va xarakteri nazorat qilinadi. Nafas yetishmovchiligi kuchayganda o'pkalarni sun'iy ventilyastiyasi kerak bo'lib qoladi. Antikoagulyantlar bilan davolash maqsadga muvofiq deb topilgan, shu jumladan heparin bilan uning mikrostirkulyastiyaga ko'rsatadigan yaxshi ta'siridan kelib chiqqan holda. Heparinning natriyli tuzi sutkasida 10000 ed. yuborilgan. Umumiy davolashda proteazaning ingibitorlari qo'llaniladi. Xulosa qilib aytganda, kesar kesishdan keyingi peritonitning hozirgi zamon davolash prinsiplariga differensial yondoshish kerak. Operatsiya paytida infeksiya tushishidan kelib chiqqan « erta » peritonitini davolashda – mikrosirkulyatsiyani yaxshi qiladigan infuzion, antibakterial va umumiy quvvatini oshiradigan davolashga alohida o'rin berilgan. Bunday davolash jarayonini lokalizatsiyasiga olib keladi.

Yiringli septik kasalliklar

So'nggi o'n yil orasida tug'ruqdan, operatsiyalardan va abortdan so'ng yiringli septik kasalliklarning asoratlari ko'payib ketmoqda va onalar u'limida o'zining salmoqli o'rinini tutib kelmoqda.

Chilla infeksiyasi – bu tipik jarohat infeksiyasini bildiradi, qaysikim ayollar jinsiy organlarining anatomik xususiyatlari fiziologik funksiyasi jarohatdan, tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi dastlabki davrda o'zining xarakterli xususiyatlariga ega. Chilla davri kasalliklarining yagona sababchisi – bu infeksiyon qo'zg'atuvchidir. Bu patologiya faqat tug'ruq stasionarlarida sanitariya – gigiena qoidalariga rioya qilmaslik, antiseptika va aseptikaga, ekstragenital infektsiya o'chog'ining rolini baholamaslik, organizmning himoya kuchining pasayishi hamda homiladorlik va tug'ruqni to'xtatishini ba'zi bir xususiyatlari tufayli yuzaga keladi. Har xil chilla kasalliklari ko'pincha u yoki bu faktorlar zamirida paydo bo'ladi. Ular

orasida uzoq muddatga cho'zilgan tug'ruq, suvsiz davrning cho'zilishi, ko'p marotaba qin orqali tekshirishlar, operativ usul bilan tug'dirish, qin, oraliq, bachadon bo'ynining jarohatlanishi hamda ba'zi bir diagnostik manipulyatsiyalar (amnioskopiya, homila tug'uvchi elektrokardiografiya) va boshqalar muhim rol o'ynaydi.

O'zbekistonda 1989-2002 yillar onalar o'limi tahlil qilinganda, yiringli – septik kasalliklardan bu holat 15,3% ni tashkil qilgan va qon ketishlar, EGK va preeklampsiyadan so'ng to'rtinchi o'rinni egallab kelmoqda

SEPSIS. SEPTIK SHOK.TASNIFI, INFEKSIYA TARQALISH YO'LLARI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI, OLDINI OLISH.

Sepsis – bu grekcha so'z bo'lib, chirish degan ma'noni bildiradi. Bunda organizmda va qon tomir o'zanlarida bakteriya va toksinlar borligi, ularning uzoq muddat davomida to'lqinsimon holatda umumiy qon tomirga yaradan yoki qon ketishi sekinlashgan mikrosirkulyatsiyaning buzilgan zonalaridan kelishidir.



Etiologiyasi:

Xavfli faktorlar :

- 1.Makroorganizm holati.
- 2.Mikroorganizm holati.
- 3.Atrof-muhit.
- 4.Terapevtik doza

12.1-rasm:

**Qo'zg'atuvchining
mikroskopik ko'rinishi**

Qo'zg'atuvchi:

Aerob infeksiya

Anaerob infeksiya

Stafilakokk, streptakokk

Gerpes virus, sitomegalovirus, miks infeksiyalar.

Klassifikatsiyasi

- sistemali yallig'lanishga javob sindromi – SSVO
- sepsis
- sepsis-sindrom

- septik shok
- refrakter septik shok

Kechish bo'yicha:

1. Yashin tezligida kechishi
2. O'tkir kechishi
3. O'tkir osti kechishi
4. Surunkali sepsis

SEPSIS VA SEPTIK SHOKNING DIAGNOSTIK KRITERIYALARI

Patologik jarayon	klinik – laborator belgilar.
SSVO (SYAJR)	2 yoki o'ndan ortiq belgilar bilan xarakterlanadi: <ul style="list-style-type: none"> •tana harorati > 38° S yoki < 36 ° S, •YUQS > 90 min. •NS > 20 min. •Qonda leykostitoz > 12 ming/ ml yoki < 4 ming/ml yoki yetilmagan forma 10 %
Sepsis- mikroorganizm tilnvaziyasiga tizimli yallig'lanish javobi.	SYAJR belgilarining 2 va undan ortig'i bo'lishi va infeksiya o'chog'ining borligi.
Sepsis sindrom – sepsis oorgan ilafunksiyasi va to'qima perfuziyasining buzilishi.	<ul style="list-style-type: none"> •Es-hushining o'zgarishi; •Tana haroratining doimiy ko'tarilishi. •Arterial gipotoniya •Taxikardiya – 120 – 130 ud. . min •taxipnoe – 30 •MVB oshishi • ECHT - 40 – 65 ml/g •leykostitoz. •siydikda oqsil va shaklli elementlarning paydo bo'lishi. •Trombinning pasayishi 45 – 50 %.
Septik shok – infuzion terapiya bilan taniklanmaydigan	<ul style="list-style-type: none"> •gipertermiya 39 – 41 ° S, qaltirash •psixik holatning o'zgarishi. •makro mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi

organ vto`qima gipoperfuziyasi varter. gipotoniya.	<ul style="list-style-type: none"> •Metabolik atsidoz. •Siydik miqdorining 30 ml/g. Dan pasayishi •Trombotsit – 150 – 109/l. , protromb. ind. < 70 % •Kreatinin > 0,176 mmol/l,siydikda natriy < 40 mmol/l •ALT, AST va ishqoriy fosfatazaning normadan 2 marta oshishi.
Refraktor septik shok	– adekvat infuzion terapiya bilan tiklanmaydigan arter. ggipotoniya.



12.2-rasm: Infuzion terapiya

Sepsis klinikasi yuqori harorat , qaytalanuvchi qaltirash, tez o`sb boradigan intoksikatsiya, hayolsizlik, tormozlanish intoksikatsiya bilan davom etadi. Ko`tarilgan temperatura bilan bir vaqtda taxikardiya, taxipnoe, sianoz rivojlanadi. Kasalni tekshirgan vaqtda gipotoniya, oligouriya, proteinuriya, markaziy venoz bosimini ko`tarilishi, EKG da yurak o`ng bo`lmachalaridagi o`zgarishlarni kuzatish mumkin.

Gemogramma yuqori ECHT va leykostitoz, oq qon formulasining chapga siljishi, o`sb borayotgan anemiya bilan xarakterlanadi. Kasallikning og`ir kechishini xarakterlovchi leykopeniyani kuzatish mumkin. Teri qatlamlarining oqarganligi, lablarning ko`karishi, tirnoq falangalarining sianoz belgilanadi. Sepsisning klinik ko`rinishi bir xil kechmaydi. 40 – 41

gradus tana harorati ko'tarilsa, u bilan bir qatorda sutka davomida tana haroratining sekin asta ko'tarilishi klinik formalari namoyon bo'ladi.

Sepsis - sindrom asosida zararlangan to'qimalarning mikroblilik toksinlar, mikroblilik tana mahsulotlari, zararlangan to'qimalarning intoksikatsiyasi yotadi. Qaltirashlar kuzatiladi, umumiy ahvoli og'ir, adinamiya paydo bo'ladi, holsizlik, kuzatilgan yoki tormozlangan ahvoli bo'ladi. Hamma kasallarda yurak yetishmovchiligi, yurak tonlarini o'zgarishi, A/B ning tushishi, rivojlanadi, gemogramma 40 - 65 mm/gacha ko'tarilgan leykositoz ($10,6 : 10/l$), anemiya kuzatiladi. Shunday qilib, sepsis - sindromning klinik manzarasi intoksikatsiyaning kech og'ir boshlanishi, ahvolining qayta yomonlashuvi, qisqa remissiyaga tushishi bilan xarakterlanadi. Sepsis - sindromda zararlangan a'zolarida ko'p tizimlarning funksional holati buziladi: suv elektrolit almashinuvi (gipovolemiya, giponatremiya, giperosmollik,) buziladi. Oligouriya va buyrak yetishmovchiligida yiringli pielonefrit natijasida giperazotemiya va giperkaliemiya kuzatiladi. Ikkilamchi yiringli o'choqning paydo bo'lishi yo'talning, intoksikatsiyaning kuchayishi bilan davom etadi. Ikkilamchi yiringli o'choqlari o'pkalarda, jigarda, buyrakda, miyada, miya qatlamlarida hosil bo'ladi. Birlamchi o'choqlarda belgilangan mikroorganizmlar miqdorining yig'ilishi sepsis rivojlanishidan dalolat beradi, mikroblarning qayta yiringli o'choqlarda yig'ilishi immunitetning pasayishidan dalolat beradi va mikroblarning qonga tushishi va metastaz hosil bo'lishiga sabab bo'ladi.

Davolash:- bachadonda yiringli o'choq infeksiyasi bo'lsa, darhol faol ravishda qolgan yo'ldosh qoldiqlarini yoki qon laxtalari bo'lsa, u holda ularni kyuretka bilan olib tashlash lozim. Agarda yuqorida aytilganlar bachadon bo'shlig'ida bo'lmasa, antiseptik eritma ikki tomonlama ortuvchi kateter yordamida bachadon bo'shlig'i yuviladi. Ba'zi hollarda bachadon ekstirpatsiyasi qilinadi. Unga ko'rsatma: kesar kesish operatsiyasidan so'nggi peritonitda infeksiyon toksik shoklarda effektsiz konservativ terapiya va buyrak - jigar yetishmovchiligidagi sepsisda. Nekrotik endometritda bachadonni olib tashlash ko'rsatiladi. Birlamchi o'choqning mastit, oraliq yiringi, inyeksiyadan so'nggi absessdagi ko'rinishlarida xirurgik aralashuv ko'rsatiladi va nekrozlangan to'qima, yirug olib tashlanadi. Og'ir retsediv intoksikatsiyali mastitda, effektiv intensiv terapiya yetishmovchiligida laktatsiya to'xtatiladi

Birlamchi sepsis o`chog`i kasallikning birinchi kunlaridan tashqari, davom etib saqlanadi. Infeksiya o`chog`iga kompleksli antibakterial terapiya, infuzion – transfuzion terapiya, umumiy quvvatlovchi, dissenbilizatsiyalovchi, immunokorreksiyalovchi, simptomatik, gormonal terapiyalar bilan ta`sir ko`rsatishi lozim. Asosiy e`tiborni antibakterial terapiyaga qaratish talab qilinadi. Mikroblarning antibiotiklarga sezgirligini laborator test orqali aniqlash mumkin. Sepsisda antibiotiklar bilan davolash 14 – 20 kun, ba`zi holatlarda ko`proq davom etadi.

Davolash prinsiplari:

- Operativ davo bachadon ekstirpatsiyasi ortiqlari bilan birga.
- Antibiotikoterapiya
- Infuzion – transfuzion terapiya.
- Erta boshlangan O`SV.
- Immunokorreksiyalovchi davo.

SEPTIK SHOK

Turli mualliflarning ma`lumotlariga qaraganda septik shok ona o`limining sababchisi hisoblanadi. Kesarcha kesish operatsiyasi ko`payganidan so`ng, operatsiyadan so`nggi infekstion asoratlar klinikada 22 % ni tashkil qiladi. Asosiy % endometritga tushadi – 54,8 % operatsion yaralarning infekstiyalanishi 22,8 %, adneksit – 18,7 %. Akusherlikda infekstion – toksik shok tug`ruqdan so`nggi septik kasalliklar asorati bo`lib qolmay, balki kriminal abort asorati bo`lib ham hisoblanadi. Septik shok klinik sindrom bo`lib hisoblanadi. Bunga turli xil kasalliklar asorati deb qarash mumkin. Tug`ruqdan so`nggi va bola olib tashlashdan so`nggi septik kasalliklarga nisbatan uning uchrashi 3 dan 15 % gacha tashkil qiladi. Septik proseslar belgilari chaqirilgan gramm(-) mikroorganizmlardan 16,8 % ni, gramm (+) 4,4 % ni tashqil qiladi.

ETIOPATOGENEZ

Septik protsesslarning qo`zgatuvchilari bo`lib, gramm manfiy mikroorganizmlar, endotoksinlar hisoblanib, ular asosida septik shok yuzaga keladi. Bu holda gramm musbat qatlamlarining komponentlari, mukopeptid bakteriyalari, stafilakokkli protein A aktiv boshlang`ichlari bo`lib hisoblanadi. Shok yuzaga kelishi uchun infeksiyadan tashqari, ikki faktor ham ahamiyatga ega:

•hemor organizmning umumiy rezistentligini pasayishi va massivli qon o'zgatuvchilarining yoki uning toksinlarini qon yo'lga kirishi. Infeksiya o'chog'i bo'lib bachadon hisoblanadi. Shokni rivojlanishiga bir necha faktorlar qatnashadi:

- bachadonda infeksiya kirish darvozasi bo'lib hisoblanadi;
- qon laxtalari va homila tuxumining qolishi, mikroorganizmlar uchun ozuqa muhiti bo'lib hisoblanadi;
- homilador bachadonni qon aylanishi ayol qoniga bakterial floraning tushishiga hamrohlik qilishi;
- gormonal gomeostazning o'zgarishi estrogenli va progesteronli;
- shokni rivojlanishini yengillashtiruvchi homiladorlar giperlipedimiyasi;
- ayolning homiladorlik bilan allergiyalanishi.

So'nggi yillardagi adabiyotlarning ma'lumotlariga asoslangan holda septik shokning patogenezini quyidagicha izohlash mumkin. Qon tomir o'zanlariga mikroorganizmlar toksinlarining kelishi jigar va o'pka, trombositlar, leykositlar retikulo endotelial sistemasining membrana hujayralarini buzadi. Bu patofiziologik o'zgarishlar UAYUQHning muhimiyatli pasayishiga olib keladi va gipovolemiya boshlanadi. Yurakka qon kelishi kamayadi. Taxikardiyaga qaramasdan minutlik hajmi yurakning o'sib borayotgan periferik gemodinamika buzilishlarini kompensatsiyala y olmaydi. Septik shok uchun terining nekrotik zararlangan qismi, mikrosirkulyatsiya buzilishi bilan bog'liq va toksin hujayra elementlarining yemirilishi bilan xarakterlanadi. Septik shokning patogenezida asosiy momentlarni ajratish mumkin: qon tomir o'zanlariga infeksiyaning tushishi vazoaktiv moddalarini chiqarib tashlash bilan javob beradi. Membrana o'tkazuvchanligini oshiradi, DVS sindrom rivojlanadi. Bularning barchasi periferik gemodinamikaning buzilishiga olib keladi, o'pkalardagi gaz almashinuvi buziladi va miokarda og'irlik ko'tariladi. Yarim a'zo yetilishmovchiligi rivojlanadi.

KLINIKA: - Simptomlar shok fazalaridagi, kechishning uzoqligiga, turli organlarning zararlanish darajasiga, kasalliklar, ularning asosida yuzaga kelgan shokka bog'liq. Shokning o'tkir o'sish boshlanadi, gipertermiya, tana harorati 39 – 40°, qaytalanuvchi qaltirash 1-2-3 sutka saqlanadi, so'ng 2-4 sutkada tushib ketadi. Subfebril yoki normal va subnormal bo'ladi. Septik shokning asosiy belgisi bo'lib A/B ning tushishi hisoblanadi. Shokning giperdinamik fazasida A/B sistolik ravishda 80-90 mm. sim. ust.

ga tushadi. Bu holat A/B 15-30 minutdan 1-2 soatgacha saqlanadi. Klinikasida jigar yetishmovchiligi, o'tkir nafas yetishmovchiligi, DVS sindrom progressiyalanishi natijasida qon ketish kuzatiladi. Septik shok kasal uchun o'lim xavfini tug'diradi, shuning uchun erta diagnostika vaqtida qo'yish kerak. Shokning bu ko'rinishida vaqt omili katta ahamiyatga ega. Quyidagi klinik ko'rsatmalarga qarab, diagnoz qo'yiladi:

- organizmda septik o'choqning borligi;
- qaltirash, tana haroratining pasayishi;
- A/B ning tushishi;
- Taxikardiya;
- Taxipnoe;
- Hissiyotning buzilishi;
- Qorinda og'riq, ko'krak qafasida, belda, bosh og'rigi;
- Diurezning anuriyagacha tushishi;
- Teri bo'limlarining nekrozi;
- Organizm umumiy ahvolidan og'irlashuvi.

Yuqori xavfli guruhga kiruvchi bemorlarni alohida kuzatish kerak. Bu bemorlarga homiladorlar, tug'uvchilar kiradi: ularda infeksiya kirish darvozalari tug'ruq vaqtida mavjud bo'ladi:

- tana haroratining tez ko'tarilishi;
- qaytalanuvchi qaltirash;
- MAS tomonidan patologik holatlarning yuzaga kelishi va qayt qilish.

Quyidagi ko'rsatgichlarga binoan ularda kuzatish olib borish lozim:

- A/B ni o'lchash va 15-30 minut davomida pulsni o'lchash;
- Tana haroratini har 3 soatda o'lchash.
- Diurezni aniqlash;
- Zararlangan joydan surtma olinadi. Gramm bo'yicha bo'yaladi.

Gramm (-) florasing bo'lishi septik shok rivojlanishining xavfi bo'lib hisoblanadi:

- siydik va qonniekish;
- qonning trombositli klinik analizi. Trombositopiyani septik shok belgilarining boshlang'ichi deb biladilar.
- Qon koagulogrammasi.

CHILLADAGI SEPTIK KASALLIKLARNING OLDINI OLISH (PROFILAKTIKA).

Chilladagi septik infeksiyaga qarshi kurashda profilaktika asosiy vahal qiluvchi rol o'ynaydi. Chilladagi septik infeksiyaning oldini olish ayollar maslahatxonalarini va ayniqsa, tug'ruqxonalarning ishini tashkil etishda halqiluvchi asosiy tamoyildir. Homilador ayol organizmini mustahkamlaydigan hamma choralar (ovqat, to'g'ri rejim, badanni tozalatish), barcha infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida aniqlash va bartaraf qilish, homilador ayolni infeksiya yuqqaqan bemorlardan uzoq tutish chilladagi septik kasalliklarning oldini olishga yordam beradi. Tug'ruqni boshqarganda aseptikaga qat'iy rioya qilish, chilla davrida ayolni to'g'ri parvarish qilish, tibbiyot xodimlarining shaxsiy gigiyenaga rioya qilishlari, tug'ib isitmalayotgan ayollarni sog'lom ayollardan ajratib qo'yish g'oyat katta ahamiyatga egadir. Homilador ayollarga stafilokokk anatoksinini emlab immunlash septik kasalliklarning oldini oladi. Tug'ruqda travmatizmga qarshi kurash, qon ketishiga yo'l qo'ymaslik va ayol organizmining chidamini kamaytiradigan boshqako'ngilsiz hodisalarning oldini olish muhim rol o'ynaydi. Homilador va tuqqaqan ayollar o'rtasida sanitariya maorifi ishini olib borish chilladagi kasalliklarning oldini olish uchun muhim shartdir.

Xavfli guruhga quyidagi patologiya bilan yotgan ayollar kiradi:

1. Surunkali infeksiya o'choqlari (tonzilit, otit, xolestistit, piyelonefrit va boshqalar) kiradi.
2. Murakkab akusherlik anamnezi.
3. Anamnezida ginekologik yallig'lanish kasalliklari bilan.
4. Bachadon ichi kontrasepsiyasi olib tashlangandan so'nggi homiladorlik.
5. 3-4 darajali qin tozaligi bilan.
6. EGP bor ayollar.
7. Kortikosteroid terapiya qabul qilganlar.

CHILLA YARASI

Oraliq, qin devori, bachadon bo'ynining yirtilgan va yorilgan joyidagi yiringli yallig'langan jarohatlar chilla yaralari (ulcus puerperale)ga kiradi. Jarohat yuzasi yiring pardasi bilan qoplangan, atrofdagi to'qimalar giperemiyalangan va shishgan bo'ladi. Kasallik odatda tug'ruqdan keyin 3-4-kuni yuzaga chiqadi. Harorat ko'tariladi, puls tezlashadi, ayol betob bo'lib, ba'zan boshi

picha og'riydi. Odatda tashqi jinsiy organlari achishayotganini aytadi. 4–kundan keyin harorati pasayadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi, jarohat pardalardan toza bo'ladi va sekin-asta ikkilamchi tortilish usuli bilan bitadi. Noqulay sharoitda mikroblar yaradan to'qimalar ichkarisiga kiradi va shu tariqa infeksiya tarqalib ketadi.

Davosi. Ayol yotqizib qo'yiladi, tagi avaylab tozalanadi; oraliq jarohatiga streptotsid yoki sulfidin emulsiyasi shimdirilgan dokasalfetka yopiladi. Autogemoterapiya qilinadi. Dastlabki kunlarda oraliqqa muzli xalta qo'yiladi. Sutkada 5–6 marta (har 4soatda) 0,5–1 g dan sulfanilamid preparatlar ichiriladi, streptomitsin bilan penitsillin buyuriladi.

METROENDOMETRIT

Chilladagi metroendometrit (metroendometritis) bachadonning ichki yuzasining: endometriyning bazal qavati, ko'chuvchi pardaparchalari va ularga taqalib turgan muskul tolalari qavatining yallig'lanishidir. Kasallikning klinik belgilari tug'ruqdan keyin 3–4-kuni yuzaga chiqadi. Tana harorati ko'tariladi, puls tezlashadi (haroratga mos keladi), ishtaha pasayadi, bemor tuzuk uxlay olmaydi. Kasallik boshlarida junjib ham qo'yadi. Bachadon palpatsiyada bezillab turadi. Subinvolutsiya (teskari taraqqiy etish jarayoni) sekinlashadi, loxiyalar loyqa, qonli-yiringli bo'lib qoladi. Loxiyalar ba'zan sassiq bo'ladi. Bachadonning orqaga qayrilishi yoki bachadon bo'yni kanaliga qon laxtasi, parda zarralari tiqilib qolishi sababli metroendometritda loxiyalar ba'zan bachadonda ushlanib qoladi (loxiometra). Loxiometrada ayolning tana harorati yana ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorinning pastida tez-tez og'riq tutadi. Metroendometrit o'rta hisob bilan 8–10 kun davom etib, aksari, tuzalib ketadi. Metroendometrit subfebril harorat bilan yengil o'tishi mumkin. Metroendometrit og'ir o'tganda septik infeksiyaning tarqalish o'chog'i bo'lib xizmat qiladi.

Davosi. Bemor yotqizib qo'yiladi, qorning pastiga muzli xalta qo'yiladi, autogemoterapiya qilinadi, venaga kalsiy xloridning 10% li eritmasi 10 ml dan 1–2 kun oralatib yuboriladi yoki 10% li eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi, sulfanilamid preparatlar sutkasiga 5–6 mahal (har 4 soatda) 0,5–1 g dan beriladi, penitsillin 3–4 soatda 1 mahal 100 000–500 000 birlik hisobida yuboriladi. Chilladagi metroendometrit, septik kasallik bo'lish bilan birga, so'zak oqibatida kelib chiqishi ham mumkin. Bachadon

bo'ynining shilliq pardasi so'zakdan yallig'langan ayollar tuqqandan keyin gonokokklar bachadon bo'shlig'iga kirib, metroendometritga sabab bo'ladi. Gonokokklar keyinchalik bachadon naylariga kirib, ularni, tuxumdonlarni va chanoqning qorin pardasini yallig'lantirishi mumkin. So'zak metroendometriti tug'ruqdan keyin

6-8kunda quyidagi simptomlar bilan yuzaga chiqadi: tana harorati ko'tariladi, bachadon involutsiyasi to'xtab qoladi, bachadon bezillab og'riydi, yiringli yoki shilimshiq-yiringli chiqindi keladi. Diagnostika aniqlash uchun bachadondan kelgan chiqindi mikroskopda tekshiriladi. Organizmga har 3-4 soatda 100000 - 500000 birlik hisobida penitsillin yuborish va sulfanilamid preparatlar ichirish so'zak metroendometritini davolashda yaxshi natija beradi. So'zak bo'lgan bemorlarni shunday parvarish qilish kerakki, bolaga va tuqqan boshqa xotinlarga infeksiya yuqish ehtimoli bartaraf qilinsin. Ayolning tagi eng oxirida yuviladi; tuqqan ayolning individual tuvak tutishiga, bola emizishdan oldin qo'lini tozalab yuvishiga ko'z-quloq bo'lib turiladi.

METRIT

Metroendometritga qarama-qarshi o'laroq, metrit (metritis)damiometriyning chuqur qavatlari zararlanadi. Mikroblar yallig'langanendometriydan qon va limfa yo'llari orqali miometriyga kiradi. Kasallik tug'ruqdan keyin 4-7-kuni yuzaga chiqadi va 3-4 haftadavom etadi. Kasallik boshlarida ayol qaltirab, harorati 39-40°gacha ko'tariladi, keyinchalik subfebril bo'lib qoladi. Bemorning umumiy ahvoli, uyqusi, ishtahasi yomonlashadi, bosh og'rig'i bezovta qiladi. Bachadon involutsiyasi to'xtab qoladi, bachadonning, ayniqsa ikki yon tomonining (tomirlar bo'ylab) bezillab turganligi palpatsiyada aniqlanadi. Loxiyalar qonli-yiringli yoki seroz-yiringli bo'ladi.

PARAMETRIT

Parametrit (parametritis) - bachadon atrofidagi kletchatkaning yallig'lanishi. Infeksiya, odatda, bachadon bo'yni va qinning yirtilgan joyidan parametral kletchatkaga kiradi. Parametrit ko'pincha bir tomonlama, ba'zan ikki tomonlama bo'ladi. Kasallik og'ir o'tganda yallig'lanish kichik chanoqning butun kletchatkasiga yoyiladi. Yallig'langan kletchatkada dastlab seroz eksudat hosil bo'ladi, so'ngra fibrin to'planib, eksudat zichlashadi. Keyinchalik eksudat so'rilib ketadi yoki yiringlaydi. Parametrit tug'ruqdan

keyin 10–12-kuni qaltirash va tana haroratining 39–40° gacha ko'tarilishid boshlanadi, puls tezlashadi, qorin pastida og'riq seziladi, yallig'lanish jarayoni qovuq va to'g'ri ichak tomonga yoyilganda bu organlar funktsiya buziladi (siydik tez-tez va og'riq bilan keladi, defekatsiya vaqtida og'riq seziladi, ich qotadi). Qin orqali tekshirishda bachadon yonida infiltrat borligi aniqlanadi. Infiltrat dastlab yumshoq, keyinchalik qattiq bo'lib, chanoqning yon devorigacha yetadi, bachadon infiltratning qarama-qarshi tomoniga suriladi. Parametrit turlicha o'tadi. Odatda, harorat sekin-asta pasayadi va infiltrat so'rilib ketadi. Ba'zan infiltrat yiringlab, ayol qaltiraydi, remittent tipidagi isitma chiqaradi, umumiy ahvoli yomonlashadi. Abscess ochilmasa, o'zicha yorilishi (qinga, Pupart boylami ustiga Yoki ostiga, qovuqqa ochilishi) mumkin.

SALPINGOOFORIT (ADNEKSIT)

Chillada bachadon ortiqlari (tuxumdonlar va bachadon naylari)ning yallig'lanishi (salpingoophoritis, adnexitis) septik infeksiyaga yoki so'zak infeksiyasiga bog'liq. Kasallik tug'ruqdan keyin 10–14-kuni boshlanadi. Quyidagi simptomlar paydo bo'ladi: bemorning tana harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, ishtahasi bo'g'iladi, qorning pasti qattiq og'riydi, siydik chiqarish funktsiyasi buziladi, defekatsiyada og'riq sezadi, ich qotadi. Kasallikning dastlabki kunlari qorin tarang bo'lib, palpatsiyada juda ham bezillab turadi; Shetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'lishi mumkin. Bachadon ortiqlarining kattalashib, bezillab turganligi ikki qo'llab tekshirishda aniqlanadi, ular qo'shni organlarga yopishib qolgani uchun harakatchanligi cheklangan bo'ladi. Kasallik turlicha o'tadi: bemor tez sog'ayib ketadi, yallig'lanish surunkali shaklga o'tadi, bachadon nayi yoki tuxumdonda abscess hosil bo'ladi.

TROMBOFLEBIT

Chilladagi tromboflebitlar (trombophlebitis puerperalis) – venalarning devorining yallig'lanib, tromb hosil bo'lishidir; tromb vena teshigiga tiqilib, qon o'tishini qiyinlashtiradi. Bachadon, chanoq va son venalarining tromboflebiti kuzatiladi. Bachadon venalarining tromboflebiti (metrotromboflebit) metroendometrit zaminida paydo bo'ladi. Umumiy simptomlari metritga o'xshaydi. Bachadon involutsiyasining to'xtab qolishi, uzoq vaqt qonli chiqindi kelishi xos. Noqulay sharoitda jarayon chanoq venalariga tarqaladi; qin orqali tekshirishda ular buralgan og'riqli tortmalar

ahklida qo'lga ilinadi. Jarayon yanada tarqalganda yonbosh venalarining, shuningra son venalarining ham trombozi paydo bo'ladi. Chilladagi og'ir kasallik – son venalarining tromboflebiti ro'y beradi. Son venalarining tromboflebiti (trombophlebitis venae femoralis) tug'ruqdan keyin 2–3-haftada yuzaga chiqadi. Kasallik boshlanganda ayol ko'pincha qaltirab, harorati ko'tariladi, pulsi tezlashadi, oyog'ida og'riq sezadi, ko'pincha boshi og'riydi, uyqusiz bo'lib qoladi va boshqa shikoyatlar qiladi. Son venasi tromboflebitining mahalliy belgilari shuki, chov sohasi tekislanib qoladi, vena bo'ylab (Pupart boylamidan pastroqda, sonning oldingi-ichki yuzasida) qizilashgan va bezillab turgan joy aniqlanadi, oyoq shishadi. Shish ko'pincha juda katta bo'lib ketadi, isitma 2–3 hafta, oyoq shishi 1–2 oy davom etadi. Bemor sog'ayayotgan davrda kasal oyog'ining jimillashayotganini sezadi. Chilladagi tromboflebitlar septisemiya va septikopiyemiyani davolash uchun qabul qilingan umumiy qoidalarga muvofiq davolanadi, lekin ba'zi xususiyatlari hisobga olinadi.

1. Bemorni mutlaqo tinch qo'yish kerak, bu trombnning uyushuviga yordam berib, emboliyaning oldini oladi (tromb zarrasining uzilib ketib, hayot uchun muhim organ tomiriga tiqilib qolishi emboliyadeb ataladi). Son venalarining tromboflebitida kasaloyoq ko'tarib yotiladi (ostiga yostiq yoki shina qo'yiladi).

2. Kasal oyoqning venasiga dori yuborilmaydi va bu oyoqdainyeksiya qilinmaydi.

3. Yallig'lanishni kamaytirish va qonning ivib qolish xossasini susaytirish uchun kasal oyoqqa vena bo'ylab 5–7 tadan zuluk solinadi (zuluk solishdan oldin oyoq terisi yuviladi, artiladi va qand eritmasi surtiladi). Zuluklar 10–12 ml dan qon so'rib, tushib ketadi.

5. Jarayon bosila boshlagach butun oyoqqa Vishnevskiy mazi surilgan boylam qo'yib bog'lanadi, boylam 7–8 kunda almashtirib turiladi.

6. Umumiy septik kasalliklarda qanday dori-darmon qilinsa, tromboflebitda ham shunday dori-darmon qilinadi. Antibiotiklardan streptomitsin, Klindason, Taygeron, Levomin, yoki Amicatsin buyurish ma'qul.

7. Bemorning tana harorati 3 haftagacha normal turib, EChT soatiga 30 mm gacha va undan ham pastga tushgandagina faol harakatlar ruxsat etiladi. **Flebodiya** 600 2 maxal beriladi,

So'nggi vaqtda tromboflebitlar konservativ usullar bilangina emas, jarrohlik yo'li bilan ham davolanmoqda.

AVJ OLUVCHI TROMBOFLEBIT

Tobora avj oluvchi tromboflebitning xarakterli belgisi shuki, venalar devorining yallig'lanishi va tromb hosil bo'lishi jarayonichegaralanib qolmasdan, vena bo'ylab tarqaladi. Tromb ko'pincha yumshab, yiringlaydi. infeksiyalangan tromb zarralari qon aylanishining umumiy doirasiga qo'shilib, butun organizmga tarqaladi, organ va to'qimalarga cho'kib, ularda septik infeksiyaning yangi o'choqlarini hosil qiladi. Venadagi abscesslar ba'zan sumkalanib (chegaralanib), infeksiya butun organizmga tarqalmaydi.

Davosi. Umumiy septik infeksiya qanday usullar bilan davolansa, diffuz o'tkir peritonit va avj olib boruvchi tromboflebit o'shanday usullar bilan davolanadi.

CHILLADAGI MASTIT

Chillada ba'zan sut bezi yallig'lanadi, mastitdeb shuni aytiladi. Yiring tug'diruvchi mikroblar, asosan, stafilokokklar, ba'zan streptokokklar va boshqa mikroorganizmlar sut bezini yallig'lantiradi. Yiring tug'diruvchi mikroblar ko'krak uchining terisiga ifloslangan qo'ldan, infeksiya tekkan kiyim-kechakdan, havo va tomchi infeksiyasi yo'li bilan tushadi. Sut bezining terisidagi mikroblar ko'krak uchining yorilgan joylaridan kiradi. Bola emizishda ko'krak uchi terisining epiteliysi ko'zga ko'rinmaydigan darajada shikastlanadi, mikroblar sut beziga shu mikroskopik shikastlar orqali ham kiradi. Ba'zan

mikroblar sut beziga boshqa infeksiya o'choqlaridan limfogen yoki gematogen yo'l bilan kiradi. Chilladagi mastit, odatda haroratning to'satdan 39° gacha ko'tarilishi va undan oshishi, ba'zan qaltirashdan boshlanadi. Sut bezi og'riydi, ayol umuman betob bo'lib, boshi og'riydi, uyqusi buziladi, ishtahasi bo'g'iladi. Sut bezi kattalashib, ichkarisida bezillab turadigan zich qismi paypaslab topiladi (bu qismning aniq chegaralari bo'lmaydi), ba'zan yallig'langan joy ustidagi teri qizaradi. Qo'ltiqdagi limfa tugunlari ko'pincha kattalashib, sezuvchan bo'lib qoladi. Yallig'lanish sababli sut bezining yo'llari

berkilib, sut dimlanib qoladi. Yallig'lanish jarayoni shu bosqichda to'xtashi mumkin, keyinchalik bemor sog'ayib ketadi. Noqulay sharoitda (organizm chidami pasayganda, infeksiya virulent bo'lganda, bemor noto'g'ri davolanganda) yallig'lanish jarayoni avj oladi va infiltrat yiringlaydi (yiringli mastit). Infiltrat yiringlanganda bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, ko'pincha qaltiraydi, harorati remittik tusga kiradi. Sut bezidagi og'riq kuchayadi, zich infiltratning bir qismi bilqillab qoladi, uning ustidagi teri giperemiyalanib, picha ko'karadi. Yiringli mastit ko'pincha og'ir o'tib, uzoq davom etadi. Ko'krak uchining yorilishiga yo'l qo'ymaslik (profilaktika) va unga davo qilish, homiladorlik vaqtida sut bezlarini parvarish qilish va bolani to'g'ri emizish ko'krak uchlarini yorilishidan saqlaydi. Sut bezlarini har kuni iliq suv bilan yuvib, yirik tukli sochiqqa artib turishning ahamiyati bor; ko'krak uchlari po'st boylaganda (og'iz suti chiqib, shunday po'st hosil bo'ladi) ko'krak uchlarini 1 % li borat kislotasi eritmasi bilan yuvish tavsiya etiladi. Bola emayotganda ko'krak uchi atrofidagi qoramtir to'garakni ham og'ziga olishi kerak. Emizikli onaning sut bezlarini qat'iy toza tutishi juda ham muhim. Ko'krak uchi yorilganda nakladka orqali emizish tavsiya etiladi. Bolani emizib bo'lgandan keyin ko'krak uchi penitsillin eritmasi bilan artiladi (1 ml fiziologik eritmada 10000 birlik penitsillin eritiladi). Ko'krak uchining yorilgan joylariga oq streptotsid kukuni sepiladi. Metilen ko'kning spirtidagi eritmasidan qo'yish ham mumkin.

Mastitlarning davosi. Kasallik boshlanganda sut beziga muzli xalta qo'yish mumkin. Avval sut bezini ko'tarib qo'yib boylanadi. Davo qilishni Vishnevskiy mazi yoki kamfora moyi bilan isituvchi kompress qo'yishdan boshlasa bo'ladi. Ayni vaqtda muskul orasiga antibiotiklar (sutkada 500 000–800 000 birlik) yuboriladi. Sulfanilamid preparatlar yaxshi foyda beradi. Shunday davo qilingan ayol aksari tuzalib ketadi. Infiltrat kichrayib, yo'qolmasa autogemoterapiya qilinadi. Sut bezini bo'shatib turish davoning muhim shartidir. Shu sababli infiltrat yiringlamaganda bola emizish yoki mutso'rg'ichdan foydalanish davom ettirilaveradi yoki qo'l yordamida sut sog'iladi. Yiringli mastit jarrohlik yo'li bilan davolanadi (abscess ochiladi), abscess kichkina bo'lsa, yiringni shprisda tortib olib, o'rniga penitsillin kiritish bilan kifoyalansa bo'ladi.

AMALIY KO`NIKMA

Tug`ruqdan keying endometritda bimanual ko`rik

Maqsad: talabalarga bemorni ob`yektiv va sub`yektiv ma`lumotlarga asosan diagnoz qo`yish, kasallik og`irlik darajasini baholash va davolashi taktikasini tanlashni o`rgatish.

Ta`minlanish: ginekologik kreslo, steril qo`lqop,

1. Ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini chanoq-son va tizza bo`g`imlarida bukib yotadi.

2. Shikoyatlari: Isitma va badbo`y hidli qonli –yiring aralash lohiyaga

3. Kasallik anamnezi: tug`ruqni 3-4 sutkasidan keyin yuzaga kelgan.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo`q, zararli odatlari yo`q. Oxirgi hayz 12. 05. 2017 yilda bo`lgan.

5. Umumiy ko`ruv: bemorning ahvoli o`rtacha og`ir, teri qoplamlari oqish, T 38-3 ko`ruvda: yumshoq, paypaslanganda og`riqli.

6. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob`yektiv ma`lumotlarga asoslanib qo`yiladi.

Qonning umumiy analizi: gemoglobin, eritrosit miqdorining kamayishi. ECHT 30-55 mm/s, leykositlar $14 \cdot 10^4/l$ dan oshgani, qonda neytrofil tayoqchalarni chapga siljigani

Ko`zgularda ko`ruv: qindan badbo`y hidli qon-yiring aralash ajralmalar.

Qin orqali ko`ruv: bachadon kattalashgan va palpatsiyada og`riqli

7. Klinik diagnozni qo`yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo`yiladi.

•Asoratlar: sepsis va infeksiyon-toksik shok

8. Differensial diagnostika: parametrit, salpingoofarit, bachadon miomasi,

9. Konservativ davo:

1. Antibakterial terapiya

2. Yallig`lanishga qarshi

3. Immunositimullovchi

4. Dezintoksikasion va desensibillovchi terapiya

10. Operativ davolash:

Umumiy yoki mahalliy anesteziya qilib bachadon bo`shlig`ini qirish

Intensiv terapiya effekti bo`lmagan taqdirda gisterektomiya

Kasallik qaytalanishini oldini olish
Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash
Reabilitatsion terapiya

•Profilaktika: Tug'ruqni 3-davrini faol olib borish. Yo`ldosh ajralgandan
ning uni to`liq tekshirish.

Davolash

- Operativ davo bachadon ekstirpatsiyasi ortiqlari bilan birga.
- Antibiotikoterapiya to`g`ri va tartibli olib boradi.
- Infuzion – transfuzion terapiya to`g`ri tashkil etadi.
- Immunokorreksiya davoni oqilona olib boradi.

XIII BOB

OIV/OITS. ONADAN BOLAGA TRANSMISSIYANING OLDINI

OLISH

ONADAN BOLAGA OIV TRANSMISSIYASI

OITS (orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi) limfotrop viruslar qo'zg'atadigan va organizmda immunitet yetishmay qolishi oqibatida har xil kasalliklar paydo bo'lishi, xatarli o'smalar rivojlanishi bilan ta'riflanadigan xavfli yuqumli kasallikdir. Bu qo'rqinchli kasallikda odam organizmi o'zining himoya vositalaridan mahrum bo'ladi va u har xil kasalliklarga chalinaverib, nihoyat o'lib ketadi. Oxirgi yillar davomida OITS butun Yer yuzida hammaning diqqatini jalb qilmoqda. OITS yil sayin tarqalib, ko'payib bormoqda. Uni „XX asr vabosi“ deb ham atashmoqda. U hech narsa bilan hisoblashmay, keng quloch yozib, tarqalib bormoqda.

Rasmiy ma'lumotlarga ko'ra (1992- yil iyun oyi), Yer yuzida OITS 10-12 million kishiga yuqqanligi qayt qilingan. Ulardan 500 mingi bolalar.

1998- yilda OITS dan 2,7 million bola halok bo'ldi.

2000- yilda Rossiyada OITS bilan kasallanganlar soni 100 mingga yetdi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra, XXI asrning boshlarida Yer yuzida OITS yuqqan odamlarning soni 40 milliondan ko'paydi.

Tarixiy ma'lumotlar. 1981- yili AQSHda 5 ta yosh yigit pnevmoniya bilan kasallangani va tegishli antibiotiklar bilan davolashga qaramasdan hech tuzalmagani shifokorlar diqqatini jalb qiladi. Tekshirishlar natijasida bemorlarning hammasi gomoseksualist ekani, ulardan pnevmoniyani Pneumocystis carini qo'zg'atganligi va ularning hammasida immunitet so'nganligi, ya'ni yetishmaydigan bo'lib qolganligi aniqlandi. Ko'p o'tmay shunga o'xshash bemorlardan yana 26 tasi ma'lum

bo'lgan. Ularning bir qismida pnevmoniyadan tashqari Kaposhi markomasi ham aniqlanadi. O'sha vaqtgacha Kaposhi sarkomasi keksaroq kishilarda uchrashi ma'lum edi. Pneumocystis carini saprofit sifatida sog'lom odamlar alveolarida yashashi ham ma'lum edi.

1981- yil AQSH olimlari M. Gottlib, G. Mazur va F. Sigallar gomoseksualistlarda uchraydigan bu kasallik shu vaqtgacha noma'lum bo'lgan va immunitet tanqisligi oqibatida paydo bo'ladigan kasallik ekani haqida matbuotda axborot berdilar.

1983- yili los anjeleslik olim Robert Gallo va Parijdagi Paster institutining professori Montone OITSni qo'zg'atadigan virusni topdilar.

Kelib chiqish tarixi. AQSH olimi R. Galloning fikricha, Markaziy Afrika o'rmonlarida yashovchi yashil maymunlarda xuddi OITS nikiga o'xshash virus topilgan. Bu virus o'z vaqtida odamlarga o'tgan va so'ngra afrikalik odamlar orqali AQSH ga keltirilgan va tarqab ketgan.

Montone va boshqa ko'p olimlarning fikricha, OITS ning virusi AQSH da sun'iy yo'l bilan olingan. Bu nazariya bo'yicha Pentagon laboratoriyasida maxsus topshiriqqa binoan sun'iy yo'l bilan odam immunitetini so'ndiradigan virus topilgan. Bu virus xususiyatini tekshirish uchun u o'z ixtiyori bilan rozilik bergan odamlarga yuboriladi. Ularda hadeganda kasallik paydo bo'lavermaydi. Bu kishilarga ruxsat berib yuboriladi. Ular orqali OITS virusi tarqab ketadi.

Jug'rofiy tarqalishi. OITS AQSH va Afrikada juda keng tarqalgan. Rasmiy ma'lumotlarga ko'ra Yer yuzidagi hamma bemorlarning to'rtidan uch qismi AQSHga to'g'ri keladi. OITS AQSHdan keyin Yevropa mamlakatlariga (Angliya, Fransiya, FRG, Italiya va boshqalarga) tarqaldi. Undan keyin Osiyo va Avstraliya qit'alariga o'tdi.

Bir necha yil ilgari G'arbiy Germaniyada gemofiliya bilan og'rigan 6 ming bemorning 3 minggiga OITS yuqqan. Katta shov-shuvdan keyin ma'lum bo'lishicha, ularga OITS qon orqali yuqqani va qon AQSHdan keltirilgani ma'lum bo'ldi. AQSHdagi donorlarning bir qismi narkomanlar ekanligi aniqlandi. Hamma bemorlarning to'rtidan uch qismi gomoseksualistlardir. Oxirgi yillarda Yer yuzidagi OITS bilan og'rigan kishilar soni har 8—9 oyda ikki barobar ko'paymoqda.

Etiologiyasi. OITSni T limfotrop virus qo'zg'atadi. Bu virus odam qonidagi T limfotsitlarga, aniqrog'i T xelperlarga juda o'ch bo'ladi. OITS virusi ana shu T xelperlarni yemiradi. Bu virus tashqi muhitda tezda halok

bo'ladi. Virus bemorlarning qonida, spermasida, so'lagida, ko'z yoshida topilgan. Har xil dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida tezda halok bo'ladi, 56 daraja issiq ta'sirida 30 minutda uning aktivligi kamayadi.

Epidemiologiyasi. OITSning eng xavfli manbayi gomoseksualistlar va narko-manlardir. Gomoseksualistlar infeksiyani jinsiy yo'l bilan, narkomanlar esa parentaral yo'l bilan (qon orqali) tarqatadilar.

Gemofiliya bilan og'rikan bemorlar ham infeksiya manbayidir. Ma'lumki, ular qon quyish bilan davolanadilar. Bir necha marta qon quyish natijasida bittasiga bo'lmasa, ikkinchisiga OITS yuqishi mumkin.

Eng muhim yuqish yo'li jinsiy kontaktdir. Gomoseksualistlar aktiv va passiv bo'ladilar, eng xatarlisi shundan iboratki, bitta gomoseksualistning juda ko'p mijozlari bo'ladi. Bir misol: Elista shahrida yuz bergan falokat hammaga ma'lum. Ana shu shaharda istiqomat qiluvchi bir gomoseksualist Afrikada komandirovkada bo'lib, OITS yuqtirib qaytib keladi. U OITS ni o'z xotiniga yuqtiradi. Xotinidan bolasiga yuqadi. U ayol hali kasal bo'lmasdan oldin shahar bolalar kasalxonasida davolanayotgan bir kasal bolaga qon beradi. Kasalxonadagi hamshiraning aybi bilan OITS 33 ta bolaga yuqqanligi qayd qilingan. Qon bergan ayol keyin kasallanib o'ladi. Bolasi ham, eri ham halok bo'ladi.

OITS ona qornidagi bolaga platsenta orqali ham yuqishi mumkin.

OIV ning onadan bolaga o'tish yo'llari

- Homiladorlik vaqtida 20% (Trasplatsentar)
- Tug'ruq vaqtida 60%
- Sut bilan oziqlantirishda 20%

Patogenezi. OITSning virusi odam organizmiga kirib T-limfotsitlar xelperlarga zararli ta'sir qiladi, natijada T-xelperlarning faoliyati susayadi va keyin ular halok bo'ladi. Ma'lumki, T-limfotsitlar xelperlar odam organizmi immun sistemasida hal qiluvchi rol o'ynaydi. OITS virusi aynan anashu T-limfotsit xelperlarga hujum qiladi va ularni qirib, organizmda immunitet tanqisligi holatiga sabab bo'ladi. Natijada ilgari zarar qilolmayotgan har xil saprofit mikroorganizmda hujumga o'tadilar va turli tuman kasalliklar rivojlanishiga sabab bo'ladilar.

OITS virusi T-limfotsit ichiga kiringach, u hujayra bilan bir butun bo'lib ketadi. Organizmda T-limfotsitlar soni kamayib ketadi, qolganlarining

holiyati susayadi. OITS bilan og'rikan odam organizmida yuz beradigan immunitet tangligining mohiyati ana shundan iborat.

Klinikasi. Inkubatsion davr 4–6 oydan 5–10 yilgacha cho'ziladi. OITSning klinikasi har turli opportunistik infeksiya va invazyalar hamda xatarli o'sma kasalliklarining simptom-komplekslari bilan xarakterlanadi. Ya'ni OITSning o'ziga xos alohida simptomlari yo'q. Organizmda qanday mikroorganizmlar hujumga o'tgan bo'lsalar, o'shalar qo'zg'atadigan kasalliklar simptomlari paydo bo'laveradi.

OITSning yaqqol ko'zga tashlanadigan simptomlari paydo bo'lgunga qadar prodroma alomatlari ko'rinadi: prodroma isitma, diareya, limfadenopatiya, darmon qurish, anemiya, depressiya, teri va shilliq pardalarda har turli yiringli kasalliklar rivojlanishi va bemorning ozib ketishi bilan ta'riflanadi.

OITS umuman asta-sekin boshlanadi. Shu sababdan inkubatsion davr bilan prodroma alomatlari boshlangan kunni aniqlash qiyin.

Shartli ravishda OITS ning quyidagi klinik formalari ajratiladi:

1. O'pka formasi. Ko'pincha bemorda pnevmotsista pnevmoniyasi rivojlanadi. Pnevmtsista pnevmoniyasi bemorlarning 60–80% da aniqlanadi. 15–20% bemorlarda pnevmoniyadan tashqari Kaposhi sarkomasi bo'ladi.

2. Ichak formasi. Asosiy simptomi ich ketish (diareya) dir. 1–2 oydan boshlab bemorning shir-shir ichi ketadi, ozib ketadi. Odatda, ishlatiladigan antibiotiklar yordam qilmaydi. OITS ichak formasining asosiy simptomi diareyaga ko'pincha ezafagit, ko-litlar qo'shiladi. Ezafagitda disfagiyadan boshqa qizilo'ngach kengayadi, shilliq pardasida yaralar rivojlanadi. OITSning ichak formasi bilan og'rikanlarning 10 % ida Kaposhi sarkomasi ham uchraydi.

3. Serebral formasi. OITSning bu formasida meningit, bosh miya absessi, entsefalitlarga xos klinik alomatlar paydo bo'ladi.

4. Disseminatsiyalashgan formasi. OITS ning disseminatsiyalashgan formasida bir vaqtda har turli organ va sistemalarda patologik o'zgarishlar yuz beradi. Bu o'zga-rishlarni toksoplazmalar, viruslar va turli tuman shartli patogen bakteriyalar qo'zg'atadi.

5. Differensiallashmagan formasi. Bu formada umumiy simptomlar bo'lgani holda birorta organ yoki sistemasining zararlanganiga oid belgilar bo'lmaydi. Bunda ozgina harorat chiqadi, bemorning tinkasi

qurib, ish qobiliyati kamayadi, limfa bezlari kattalashadi. Bemor oriqlaydi, bo'shashadi, depressiya holati yuz beradi. Teri va shilliq pardalarida har xil yallig'lanishga xos o'zgarishlar rivojlanadi.

Diagnostikasi. OITS diagnozi klinik simptomlari va laboratoriya tekshirishlari natijasiga asoslangan bo'ladi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyasiga ko'ra quyidagi dalillar topilgan holda OITS haqida o'ylamoq zarur:

- 1) 60 dan yosh odamlarda Kaposhi sarkomasi aniqlansa;
- 2) 1—2 oydan uzoqqa cho'ziladigan, xronik ichketar kasalligida enteropatogen mikroblar topilmagan va ko'p miqdorda kriptosporidium topilgan hollarda;
- 3) uzoq cho'ziladigan noma'lum isitma kuzatilganda;
- 4) markaziy nerv sistemasining limfomasi rivojlanganda;
- 5) odatdagi kimyoterapiya usuli bilan davolashda tuzalmaydigan va pnevmotsista qo'zg'atgan pnevmoniya aniqlanganda;
- 6) bemor sababsiz ozib, 10% dan ortiq og'irligini yo'qotganda;
- 7) noma'lum etiologiyali limfopeniya bo'lganda;
- 8) har xil bakteriyalar, zamburug'lar, viruslar, bir hujayrali sodda jonivorlar qo'zg'atadigan va tez-tez qaytarilib turadigan ekzogen va endogen reinfeksiyalar kuzatilganda.

Laboratoriya diagnostikasi. Laboratoriya usuli OITS virusini yoki unga qarshi paydo bo'lgan antitanalarni aniqlashga asoslangan. OITS virusiga qarshi paydo bo'lgan antitanalarni aniqlash usuli hozir juda keng qo'llanilmoqda. Eng keng qo'llanilayotgan usul immunoferment analizdir (IFA). Undan tashqari radioimmunologik analiz va radioimmunopretsipitatsiya usuli ham qo'llanilmoqda. Mamlakatimizda immunoferment analiz usuli uchun maxsus diagnostikum (test sistema) ko'p miqdorda chiqarilmoqda. OITS bilan og'rigan bemorlarning 90—95 % da antitanalar topiladi. Bir necha bor tekshirish zarur. 3 ta tekshiruvning 2 tasi manfiy natija bo'lsa, natija manfiy deb hisoblanadi.

Davosi. Davolash prinsipi quyidagicha:

1. OITS virusiga ta'sir qilish.
2. Organizmning immun holatini yaxshilash, ya'ni immunostimulatsiya usuli.
3. Paydo bo'lgan har turli oppartunistik kasalliklarga qaratilgan davo usullari.

Baxtga qarshi hozir OITS virusiga kuchli ta'sir qiladigan dori vositasi yo'q. AQSH da OITS ni davolashda azidotimidin keng qo'llaniladi. Pnevmonsista pnevmoniyada pentamidin, piramentiamin, sulfametoksazol, bisseptol qo'llaniladi.

Virusga qarshi preparatlarni immunostimulatorlar bilan birga tayinlanganda nisbatan yaxshi natija olinmoqda.

OITS bilan og'rigan bemorlarda paydo bo'lgan har turli opportunistik infek-siyalarning xiliga va qay darajada rivojlanganligiga qarab tegishli davo choralari amalga oshiriladi. lekin bu choralar baribir bemorni OITS dan xalos qilmaydi.

Profilaktikasi. OITS ga qarshi amalga oshirilayotgan chora tadbirlar umumiy profilaktik tadbirlardan iboratdir. Avvalo, aholi orasida keng ko'lamda tushuntirish ishlarini olib borish kerak. Har bir fuqaro OITS haqida ma'lum bir minimum tushunchaga ega bo'lishi lozim. Televideniya, radio, gazeta va jurnallarda OITS to'g'risida, asosan, oqibatlar haqida to'liq ma'lumot berilishi shart va zarur. Shu munosabat bilan aholini seksual sohada tarbiyalash juda muhim ahamiyatga ega. Gomoseksualistlar, narkomanlar, fohishalar, tartibsiz, pala-partish hayot kechi-radigan odamlar bilan alohida tushuntirish ishlari olib borish va ayniqsa, ularning xalq oldida, jamiyat oldida, eng avvola o'z vijdoni oldidagi burchni tushuntirish kerak.

Amerikada R. Gallo, Solk, Fransiyada Montane, Rossiyada akademik R. V. Petrov vaksina ishlab chiqarish ustida izlanishlar olib bormoqdalar.

Kashf etilgan vaksinalar tekshirilmoqda. Yaqin kelajakda yaxshi immunogen vaksina topilishiga umid qilinmoqda.

Tibbiyot xodimlari zararlanishining oldini olish choralariga amal qilish, har bir bo'limda OITS ga qarshi chora tadbirlar ishlab chiqilishi zarur. Qon olishda bir marotaba ishlatiladigan xirurgik qo'lqop va niqobdan foydalanish lozim.

XIV BOB

HOMILANING NOTO'G'RI JOYLASHISHIDA

HOMILADORLIKNING KECHISHI VA TUG'RUQNING

O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.

FETOPLASENTAR YETISHMOVCHILIK

HOMILANI NOTO'G'RI HOLATI, SABABLARI, TASHXISLASH, SHIFOKOR TAKTIKASI.

Homilaning noto'g'ri yotishi deb shunday klinik holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri yoki o'tkir burchak hosil qilgan bo'ladi. Bunday holatlarga homilaning ko'ndalang va qiyshiq joylashishlari kiradi va ular barcha tug'ruqlarning 0,5–0,7% ni tashkil qiladi. Homilaning ko'ndalang yotishi deb (situs transversus) shunday holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri burchak hosil qiladi, homilaning qiyshiq joylashishi (situs obliquus) esa homila o'qi bachadon o'qi bilan o'tkir burchak ostida kesishadi. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda pozitsiyasi boshiga qarab aniqlanadi: boshi chapga qaragan bo'lsa – birinchi pozitsiya, o'ngga qaragan bo'lsa – ikkinchi pozitsiya deb hisoblanadi. Turi homilaning orqasiga qarab aniqlanadi: ko'ndalang (qiyshiq) yotishning oldingi turida – homilaning orqasi bachadonning oldingi, orqa turida – orqa devoriga qarab turadi.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishining sabablari har xil:

1. Bachadon bo'shlig'ida homilaning harakatchanligini osonlashtiradigan hamma sharoitlar homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishiga sabab bo'ladi. Qog'onoq suvining ko'pligi, qorin devorining bo'shashganligi, egiz homiladorlik (ayniqsa, qog'onoq suvining ko'pligi bilan birga) shunday sharoitlarga kiradi.

2. Chanoq tor bo'lganda, platsenta oldinda yotganda, bachadonning

pastki segmentida o'smalar paydo bo'lganda va homila boshining bachadon pastki segmentiga tushishiga va chanoq og'ziga taqalishiga halaqit beruvchi barcha sharoitlar bo'lganda, homila ko'ndalang (qiyshiq) yotishi mumkin.

3. Bachadonning noto'g'ri shakli, masalan, egarsimon bachadonda ham homilaning ko'ndalang yotishi kuzatilishi mumkin.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishini aniqlash, odatda, uncha qiyin bo'lmaydi. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo'li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko'pincha homilador ayolning qornini ko'rish bilanoq uni aniqlasa bo'ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirgandauning uzunasiga cho'zilmay ko'ndalang joylashgan bo'lishi juda muhimdir. Bachadon tubi uning shu muddatdagi bo'ylama yotishdagi holatidan ancha pastda bo'ladi. Homilaning boshi va dumbasi ona qorni yon devorlarini paypaslab ko'rib, aniqlanadi (Leopold-Lazarevich usuli). Homilaning yurak urishi kindik ro'parasida, homil boshi qaysi tomonda yotgan bo'lsa, o'sha tomon yaqinidan eshitiladi. Qin orqali tekshirish homilaning ko'ndalang yotganini ko'rsatuvchi aniq ma'lumot bermaydi. Shu sababli homilaning noto'g'ri joylashganini aniqlash qiyin bo'lganda ultratovush usulini qo'llashga to'g'ri keladi. Faqat tug'ruq vaqtida homila pufagi yorilgach qin orqali tekshirish homilaning ko'ndalang (qiyshiq) joylashganini tasdiqlaydi, shuningdek bachadon bo'yni orqali homila yelkasi, qovurg'alari, o'mrovi yoki kuragini va umurtqalarining qirrali o'siqlarini paypaslab topsabo'ladi.

HOMILANING NOTO'G'RI JOYLASHISHIDA

HOMILADORLIKNING KECHISHI VA TUG'RUQNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Homiladorlik biror bir asorat qoldirmasdan kechsa-da, ba'zan chala tug'ish, vaqtdan oldin suv ketishi mumkin. Qog'onoq suvining vaqtdan oldin ketishi asosiy asoratlardan biri hisoblanadi. Homila ko'ndalang yotganda oldinda yotuvchi qism yo'q, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmagan bo'ladi, dard tutganda qog'onoq suvlarining hammasi pastga intiladi, natijada homila pufagi oldinroq yoriladi. Vaqtdan oldin suv ketishi natijasida homila qo'li yoki kindikqovuzlog'i suv bilan chiqib qolishi, homila gidoksiyasi, xorioamnionit, hatto bachadon yorilish kabi asoratlar kuzatilishi mumkin.

Vaqtdan o'tib ketgan ko'ndalang vaziyat deb shunday holatga aytiladiki,

bunda suv ketgandan keyin bachadon qisqarib, devorlari homilani o'rab qilib qo'yadi, homila qimirlamaydigan bo'lib, tiqilib qoladi. Ko'ndalang yotgan homila dard tutgan bachadonning o'ta cho'zilgan pastki segmentiga tushadi, bu segment devorlari yupqa tortadi. Homilaning umurtqa pog'onasi, ayniqsa bo'yin qismidan bukiladi, yelkasi chanoqqa suqilib qoladi, chiqib qolgan qo'llar shishib ko'karib ketadi. Homilaning ko'ndalang joylashishining o'tkazilish yuborilishi tug'ruqning xavfli asorati bo'lib, ko'pincha vaqtida to'g'ri diagnos qo'ya olmaslik oqibatida kelib chiqadi.

HOMILADORLIK VA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Agar homilaning ko'ndalang joylashganligi homiladorlikning 28–34 haftalarida aniqlansa, uni bo'ylama holatga keltirishga imkoniyat bor. Buning uchun homilaning pastda yotgan yirik qismi ayolning qaysi yonida bo'lsa, o'sha yon bilan yotish tavsiya etiladi. Homilaning joylashishida I. I. Grishchenko va A. Y. Shuleshovoylarning vaziyatni to'g'rilash maqsadida tavsiya etgan gimnastikasi ham ayollar maslahatxonasida muntazam olib boriladi. Agar homila noto'g'ri joylashishi homiladorlikning 35–36 haftalarida ham saqlanib qolsa, bunda ayol tuqquncha tug'ruqxonagayotqiziladi.

Tug'ruqxonada homilani ko'ndalang (qiyshiq) vaziyatdan bo'ylama vaziyatga burishga tashqi usullar bilan urinib ko'rish mumkin.

Tug'ruqni boshqarishda quyidagi holatlarga e'tibor berish kerak:

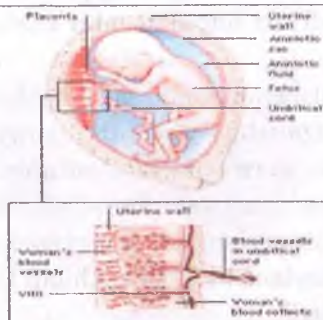
1. Homila noto'g'ri joylashishida tug'ruq o'z holicha tugamaydi, (homila burilishi va aylanishi) juda kam kuzatiladi.

2. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishga ruxsat berish (homilani aylantirib oyog'idan tortib olish) juda murakkab bo'lib, bunda aksariyat homilaning o'lik tug'ilishi kuzatiladi. Shularni hisobga olib homilani ko'ndalang joylashishida tug'ruq ko'pincha kesar-kesish operatsiyasi orqali amalga oshiriladi. Bu operatsiya quyidagi hollarda qo'llaniladi: 1) o'ttiz yoshdan oshgan birinchi marta tug'uvchi ayollarda; 2) ko'ndalang joylashishning boshqa akusherlik patologiyalari bilan birga uchrashi (torchanoq, yo'ldoshning oldinda yotishi, jinsiy a'zolaridagi o'smalar).

FETOPLASENTAR YETISHMOVCHILIK

Bu platsentaning funksional to'laqlonligini ta'minlaydigan morfofunktsional buzilishlar va kompensator-moslashish mexanizmlarining

uzilishi bilan kechadigan holat Platsentaning transport, trofik, endokrin va metabolik funksiyasi buzilishi bilan namoyon bo'ladi (**14.1-rasm**)



Tasnifi

1 Gemodinamik platsentar etishmovchilik – bachadon-platsenta va homilaplatsentar qon aylanishining buzilishi

2 Platsentar-membrana – platsenta membranasi ning metabolitlar transporti faoliyati susayishi

3 Hujayra-parenximatoz – platsenta va trofoblastning hujayra faolligi buzilishi

Quyidagilar farqlanadi: Birlamchi platsentar etishmovchilik (BPE) – Genetik, endokrin va infeksiyon omillar ta'sirida implantatsiya, ertaembriogenez (16 haftagacha) va platsentatsiya davrida rivojlanadi Bu omillar gametalarga, zigotalarga, blastotsistga, platsentaga vaayollar jinsiy a'zolariga ta'sir qiladi Natijada platsentaning tuzilishi, joylashishi va bachadon devoriga yopishishi buziladi. Birlamchi platsentar etishmovchilik homilada nuqsonlar rivojlanishiga, homilaning rivojlanmay qolishigaolib kelishi mumkin

Ikkilamchi platsentar etishmovchilik (IPE) – onaorganizmivaekzogen omillar ta'sirida homiladorlikning 16 haftasidan so'ng rivojlanadi

BPE va IPE o'tkir va surunkali bo'ladi:

O'tkir – NJYBk, oldinda joylashgan platsenta ko'chishida kuzatiladi

Surunkali – eGk yoki genital kasalliklar natijasidaerta rivojlanadi, uzoq kechadi; kompensator-moslashish jarayonlar buzilishi bilan sirkulyator va yullig'lanish-degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi

Etiologiyasi va patogenezi

Barcha turdagi ekstragenital kasalliklar vaakusherlik patologiyalari surunkali fetoplatsentar etishmovchilikkaolib keladi.Rivojlanish darajasi va barcha miqyosdagi o'zgarishlar nisbatidan kelib chiqib, fetoplatsentar etishmovchilikning quyidagi fazalari farqlanadi (V E Radzinskiy):

1 kompensirlangan – turg'un giperfunksiya fazasida platsenta ishini ta'minlovchi barcha turdagi adaptatsion-gemostatik reaksiyalar

stimulyatsiyasi bilan ifodalanib, cho'zilgan homiladorlik, qisqa davom etgan engil darajadagi homiladorlik bilan indutsirlangan gipertenziya, lipidl almashinuvi buzilishi, surunkali pielonefritda fetoplatsentar etishmovchilik bilan kuzatiladi ;

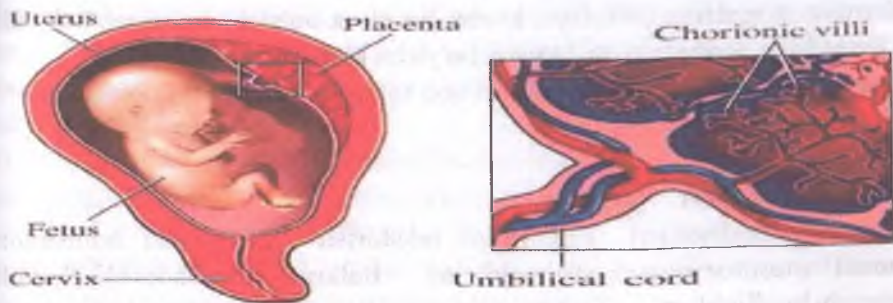
2 subkompensirlangan – normaga nisbatan adaptatsion reaksiyalarning susayishi, ribosoma to'plamining o'zgarishi, glikolitik jarayonlarning faollashishi, lipidlar miqdorining ortishi, gormonal faoliyatining susayishi bilan ifodalanadi Bu o'zgarishlar muddatidan o'tgan homiladorlikda, uzoq vaqt kechgan homiladorlik bilan indutsirlangan gipertenziyada, I-II bosqichdagi gipertoniya kasalligida, qon aylanishi buzilishi bilan kechadigan yurakning revmatik nuqsonlarida kuzatiladi

3 dekompensirlangan (1-2 sutka davomida) – disregulyator jarayonlar ustunligi bilan, ierarxik boshqaruvning uzilishi, gomeostazning molekulyar, hujayra va to'qima zanjirida ko'pginateskari bog'lanishlar yuzaga kelishi , ammo ularning realizatsiya qilinmasligi va natijada kompensatsiyaning buzilishi bilan ifodalanadi Bu faza tug'ruq faoliyatining sustligida, homiladorlik bilan indutsirlangan gipertenziyada tez rivojlanadi

FPEgaolib keluvchi va uni og'irlashtiruvchi omillar quyidagilar: onaning yoshi (18dan kichik va 32 dan katta yosh), chekish, alkohol ichish, turli dorilar qabul qilish, og'irlashgan akusherlik anamnezi, ya'ni ayollarni homiladorlik va tug'ruq davrida perinatal patologiya kelib chiqishi va rivojlanishi yuqori xavf guruhiga kiritishga sabab bo'ladigan omillar

I M Ordians (1989) izlanishlaridan ma'lum bo'lishicha, ko'p tug'uvchi ayollardaekstragenital vaakusherlik patologiyalari bo'lishi yoki bo'lmasligidan qat'iy nazar hamma holatlarda FPE rivojlanadi FPE aniqlanganda homiladorlik va tug'ruqning oqibati platsentaning adaptatsion-gomeostatik reaksiyalari holatiga bog'liq bo'ladi kompensator-moslashish reaksiyalari kuchsiz rivojlangan nisbiy platsentaetishmovchiligi homilaning ona qornida rivojlanishdan orqada qolishi bilan kuzatiladi Fetoplatsentar kompleksda mikrotsirkulyasiya va metabolizm buzilishigaolib keladigan gipoksik holatlar FPE rivojlanishigaolib keladi, bu esa o'z navbatidaona-platsenta-homila tizimida patologik ta'sirlarning xalqasi vujudga keladi kompensator-moslashish reaksiyalar ko'p jihatdan FPE olib keluvchi asosiy patologik jarayonga bog'liq Tabiiyki, ekstragenital kasalliklar bilan kechadigan homiladorlikdagi platsentar etishmovchilikda platsentadagi adaptatsion-gomeostatik reaksiyalar sof akusherlik

patologiyalarda yoki bu patologik jarayonlar birga kelgandagiga nisbatan farq qiladi (V.E.Radzinskiy, 1987 14.2-rasm)



Surunkali FPE platsentaning kompensator imkoniyatlariga qarab quyidagilarga bo'linadi:

a) mutlaq platsentar etishmovchilik – kompensator jarayonlar kuzatilmaydi

b) nisbiy platsentar etishmovchilik – platsentar etishmovchilik homila tushish xavfi bilan parallel kechadi

Surunkali fetoplatsentar etishmovchilik rivojlanishiga 3 darajadagi xavf:

YUqori: homiladorlik bilan indutsirlangan gipertenziya, yurak-qon tomir kasalliklari, revmatik yurak nuqsonlari, qandli diabet, buyrak kasalliklari, rezus-konflikt, muddatidan o'tgan homiladorlik

O'rta: genital infantilizm I – II daraja, duplex uteri,

Past: ko'psuvlilik, katta yoshli va qari birinchi tug'uvchilar

Platsentadagi o'zgarishlar:

- 1) Qon tomir bo'g'inidagi o'zgarishlar
- 2) Infarktlar, platsenta ko'chishi, shishi
- 3) Terminal vorsinkalarda buzilishlar
- 4) Ona va homilada DVS

Tashxislash

Homiladorlik va tug'ruq dinamikasida fetoplatsentar kompleks holatini tekshirishning zamonaviy usullarining ishlab chiqilishi homila patologiyalarini – homilaning rivojlanishdan orqada qolishi (gipotorofiya) va/yoki uning surunkali gipoksiyasi kabilarni o'z vaqtida tashxislash va davolash imkonini berdi

YUqoridagi holatlarni prenatal tashxislash:

-exografiya («biofizik profil» Manning bo'yicha yoki Vintzileva modifikatsiyasi, fetometriya, platsentani tekshirish, asosan Grannum bo'yichaetilish darajasini aniqlash)

-kardiotokografiya (Fisher, krebs, Saveleva bo'yicha baholash ball tizimi, yoki Demidovu, Redman & Doves bo'yicha kompyuter baholash)

-«ona-platsenta-homila» tizimi qon tomirlarida dopler fluometriya

-sitologiya

-amnioskopiya,

-gormonal usullar

Platsenta faoliyatini gormonal tekshirish 20» ortiq homiladorlar gormonal monitoringa muhtojdirlar Bularga homiladorlik davridagi gipertenziv buzilishlar

bo'lgan, og'irlashgan ginekologik va akusherlik anamnezi bilan (muddatidan oldingi tug'ruq, o'z-o'zidan homila tushishi, hayz faoliyatining buzilishi, bepushtlik), homiladorlikda kam tana vaznigaega bo'lgan yoki kam vazn yig'gan ayollar, kuchli toksikoz o'tkazgan ayollar, surunkali homila tushishi xavfi bo'lgan ayollar, platsenta ko'chishi yoki joylashish nuqsonlari bo'lgan ayollar, bachadon o'smalari, rivojlanish nuqsonlari va boshqaxavfi omillari bo'lgan ayollar kiradi

Hozirgi kunda platsentaning funksional xususiyatini aniqlash uchun radioimmunologik usul bilan qondaestriol (E3) miqdori aniqlanadi Fetal endokrin sekretiya bilan bog'liq steroid gormonlar biosintezining tashxisiy muhimligi faqat homiladorlikning kechki muddatlarigaxos

Homiladorlikning erta muddatlarida homila rivojlanishini platsentaning oqsil gormonlari – xorion gonadotropini (XG) va platsentar laktogen (PL) orqali aniqlash mumkin, chunki bu gormonlar homila tuxumi trofoblasti va sinsitiotrofoblasti tomonidan ishlab chiqiladi

Platsenta holatini tug'ruqdan keyingi tashxislashasosan morfotometrik va morfologik usullar yordamida bajariladi Biologik suyuqliklarda fetoplatsentar kompleks gormonlarini tekshirib, vrach homiladorlik asoratlari yoki ekstragenital patologiyalarda homila holati o'zgarishlarini aniqlashi mumkin Bundaodatdaendokrin ko'rsatkichlarning o'zigaxosligi kuzatilmaydi Gormonlarning qondagi yoki siydikdagi miqdorining o'zgarishi homilador qasalligiga mos kelmaydi Bemor holatining og'irligi ajraladigan gormonlar bilan korrelyasiya qilinadi, chunki og'ir patologiyalar (preeklampsiya, II bosqich gipertoniya kasalligi, yurak-qon tomir

baʼalliklari) homila gipoksiyasini chaqiradi Gormonal tekshirish ma'lumotlari asosan homiladorlikning 30 haftasidan so'ng muhim ahamiyatgaega bo'ladi Ma'lum bo'lishicha, estriol peshobda qanchalik kam ajralsa, homilaorganizmidagi gipoksik o'zgarishlar shunchalik chuqur, yurak faoliyati shunchalik o'zgargan bo'ladi Muhimki, estriol vaodam xorion gormoni ekskretsiyasi miqdori homila gipoksiyasining klinik belgilari paydo bo'lishidan oldin kamayadi

Homila holatining turli buzilishlaridaamnioskopiya qilish qog'anoq suvi miqdorining, shaffofligi va rangining o'zgarishini aniqlash imkonini beradi «Mekonial» suvlar haqidagi fikrlarning turlicha bo'lishiga qaramasdan homiladorlik davrida yashil suvlar bo'lishi – homila gipoksiyasining belgisidir (T D Travyanko va muallifdoshlar, 1989)

Amniotsentez, yo'li bilan olib tekshirilgan qog'anoq suvlari homila gipoksiyasi haqida rN (7,02dan kam), RSO₂ (7,33 kPadan yuqori), RO₂ (10,66 kPadan past), kaliy konsentratsiyasi (5,5 mmol/l dan yuqori), mochevina (7,5 mmol/l dan yuqori), xloridlar (110 mmol/l dan yuqori), glyukozalar (og'ir gipoksiyada 1,2 dan 0,8 mmol/l gacha kamayishi) (G P Maksimov, 1989) kabi ko'rsatkichlar muhim ahamiyatgaega Qog'anoq suvlarida beta-glyukoronidazaning 2,5 marta va undan ortib ketishi homila gipoksiyasining aniq belgisi bo'lib hisoblanadi M Hagamani va muallifdoshlari (1979) homila gipoksiyasi va gipotrofiyasida qog'anoq suvlaridaestrogen vaxorion mamotropini miqdori sezilarli darajada kamayashini aniqlashgan

So'nggi yillarda ultratovush tekshirish va platsenta biometriyasi homilaning patologik holatlarini aniqlashda muhim usullardan bo'lib qoldi Homiladorlikning so'nggi oylarida platsentaning yupqalashishi (2 smgacha) yoki qalinlashishi (5 smdan ortiq) platsentar etishmovchilik rivojlanishidan dalolat beradi (L S Persianinov, V N Demidov, 1982) Exografiya ham shuningdek, platsentadagi bir qator patologik holatlarni aniklash imkonini beradi 5ta parametрни kompleks baholashni o'z ichigaoladigan homilaning biofizik profilini aniqlash keng tarqalgan:

- homilaning nafas olish harakati kamayishi
- homilaning harakat faolligi kamayishi
- homila tonusi
- kardiokografiyada nostressli test (NST)
- qog'anoq suvlarining kamayishi

Vintzileos modifiukatsiyasida (1987) 6-parametr kqo'shilgan Grannum bo'yicha platsentaning etilish darajasi ko'pginaoilmlarning fikricha, homilaning «biofizik profili»ni baholash uning hayot faoliyati haqida ob'ektiv ma'lumot olish imkonini beradi (Arduini D Et al, 1985; Benacerraf B, Frigoletto F, 1986; De Vore L et al, 1987) Ma'lum bo'lishicha, homilaning «biofizik profili»ni aniqlashdagi ijobiy natijalar 90% prognostik qiymatga ega.

F Manning va muallifdoshlari (1981) bu ko'rsatkichni baholash uchun maxsus ball tizimini ishlab chiqishgan (Apgar shkalasiga o'xshash) Richter ma'lumotlariga ko'ra (1984), 10 ballda homiladorlikning noxush oqibat bilan tugash soni -6% ni tashkil etadi, 8 ballda-13%, 6 ballda-30%, 4 ballda-75%, 2 ballda-100% A M Vintzileos va muallifdoshlari fikricha, (1987), homilaning «biofizik profili» ma'lumotlarini tahlil qilib, homiladorlikni noto'g'ri olib borishga quyidagilar sabab bo'ladi:

- har bir aniq holatda klinik belgilarni hisobga olmasdan faqat ballarni hisoblab homiladorlikni olib borish taktikasini ishlab chiqish;

- homilaning «biofizik profili»ni o'rganishga sabab bo'lgan ma'lumotlarni va o'tkazilish muddatlarini hisobga olmasdan homiladorlikni olib borish taktikasini tshlab chiqish

- nostressli testni qo'llamasdan faqat UTT natijalariga asoslanib, homiladorlikni olib borish taktikasini tshlab chiqish

- tekshiruvchining malakasi etishmasligi

Manning va muallifdoshlari (1981) homilaning «biofizik profili»ni aniqlashdagi ballar yig'indisidan kelib chiqib, quyidagi akusherlik taktikasini tavsiya etishadi 8-10 ballga baholash homilaning holati normal ekanligini bildiradi Perinatal patologiyagaxavf bo'lgan yuqori xavf guruhidagi ayollarda 1-2 haftadan keyin qayta tekshiriladi 4-6 ballga baholanganda akusherlik taktikasi homilaning etilganlik darajasiga va tug'ruq yo'llarining tayyorligiga bog'liq bo'ladi

Homila to'liq etilmaganda va tug'ruq yo'llari tayyor bo'lmaganda tekshirish 24 soatdan keyin takrorlanadi Takror tekshirishdan noxush natija olinganda kortikosteroidlar bilan davolanib, 48 soatdan keyin tug'dirib olinadi Homila etilganlik belgilari bo'lganda muddatidan olin tug'diriladi

0-2 ball bilan baholash o'ta noxush belgi bo'lib, tezda ehtiyotlik bilan tug'dirib olish lozim Homila etilmagan bo'lsa, kortikosteroidlar bilan davolab, 48 soatdan so'ng tug'dirish lozim

kardiotokografiya (KTG) homilaning yurak faoliyatini va bachadonniq qarishini baholashga imkon beradi SHu bilan birga ko'pgina izlanishlar shuni isbotlaydiki, KTG natijalarni noto'g'ri tahlil qilish gipoksik holatlarning giperdiagnostikasigaolib keladi, bu esa o'z navbatidaasossiz kesar kesishlar sonining ortishiga sabab bo'ladi Bunday holatlarning oldini olish uchun keyingi yillardaamaliyoda kardiotokogrammalarni baholashdaavtomatlashtirilgan kompyuter tizimi tatbiq qilingan

Ultratovushli dopplerometriya usuli yordamidaona-platsenta-homila tizimidagi turli qon tomirlarda qon aylanishini aniqlab, bachadon platsenta qon aylanishini baholashga va yuqori perinatal xavf guruhidagi homiladorlar uchun muhim tashxisiy va prognostik ahamiyatgaega O'tkazilgan kuppina izlanishlar ona-platsenta-homila tizimidagi qon aylanishini kompleks baholash FPE tashxislash vaoptimal akusherlik taktikasini tanlashni yaxshilash imkonini beradi Bachadon va kindik arteriyalarida qon aylanish tezligi egriligini baholashgaasoslanib bachadon-platsenta va homila-platsenta qon aylanishi buzilishlari tasnifi ishlab chiqilgan (Strijakov A N i soavt 1989) Bu tasnifgaasoslanib, qon aylanishi buzilishining 3 darajasi farqlanadi:

1 daraja:

A Homila-platsenta qon aylanishi saqlangan holda bachadon-platsenta qon aylanishining buzilishi

B Bachadon-platsenta qon aylanishi saqlangan holda homila-platsenta qon aylanishining buzilishi

2 daraja: Qaltis o'zgarishlarsiz bir vaqtda ham homila-platsenta qon aylanishi ham bachadon-platsenta qon aylanishining buzilishi (oyoq-qo'l-dlastolik qon aylanishi saqlangan)

3 daraja: Bachadon -platsenta qon aylanishi saqlangan yoki buzilgan holda homila -platsenta qon aylanishining qaltis buzilishi (qon aylanishi kuzatilmaligi yoki revers diastolik qon aylanishi)

Ona-platsenta-homila tizimidagi qon aylanishi buzilishlari darajasi bilan homilaning rivojlanishdan orqada qolishi, homilaning ichki gipoksiyasi, kesar kesish yo'li bilan tug'dirish, chaqaloqlarning og'ir ahvoli va perinatal yo'qotishlarning yuqori koeffitsent korrelyasiya bilan to'g'ri proporsional ekanligi aniqlangan Dinamik kuzatuvda IA, II, va III darajadagi qon aylanishi buzilishlari ko'rsatkichlari yaxshilanmagan Faqata IB darajadagi,

odatda homila tushish xavfi bo'lganda bachadon-platsenta-homila qon aylanishi yaxshilanishi kuzatilgan

Hozirgi kunda dopplerografiya akusherlik amaliyotida skrining usuli sifatida o'zini oqlamadi. Lekin ikkinchi tomondan bachadon-platsenta va homila qon aylanishini doppler usulida tekshirish yuqori perinatal xavf guruhidagi homiladorlarda muhim prognostik ahamiyatga ega. Ayniqsa bu ko'rsatkichlar FPEda muhim ahamiyatga ega. Bu bir tomondan FPE perinatal kasallanish va o'limning asosiy sababi ekanligi bo'lsa, ikkinchi tomondan FPE patogenazida bachadon-platsenta-homila qon aylanish tizimidagi buzilishlar yotadi. Dopplerometriyada aniqlanadigan gemodinamik buzilishlar ko'pgina FPEda ham kuzatiladi, ammo FPEning barcha shakllarida ham yuqorida keltirilgan tizimda qon aylanishning sezilarli buzilishi kuzatilmaydi ko'pgina holatlarda. Ushbu patologiyada dopplerometriyaning soxta-salbiy natijalari shu bilan bog'liq bo'lishi mumkin. SHuning uchun akusherlik amaliyotida quyidagi uchta bir-birini to'ldiruvchi usullar natijalarining muhimligini ta'kidlab o'tish lozim: exografiya, KTG va dopplerometriya (Medvedev M V klinicheskoe rukovodstvo po UZD, II tom 1996)

Homilaning oldinda kelgan bosh terisi qon tomiridan olingan qonida (Zaling sinamasi) kislotani-ishqor holatini aniqlash homiladagi patologik holatlarni aniqlashda muhim ahamiyatga ega. Tug'ruqning I-davrida pH ning 7,2gacha kamayishi subkompensirlangan atsidoz deb baholanadi, 7,2 dan past - dekompensirlangan atsidoz bo'lib, homila gipoksiyasidan darak beradi. Dekompensirlangan atsidozning homila yurak urishi o'zgarishlari bilan birga kelishi homila gipoksiyasining aniq belgisi bo'lib, zudlik bilan tug'dirib olishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi (L B Markin, 1989)

Davolash

FPEni davolash asosiy kasallikni davolash hamda fetoplatsenta kompleksidagi bachadon-platsenta qon aylanishini yaxshilash tadbirlarini o'z ichiga oladi. FPEning kompensirlangan shakllari maxsus davoni talab qilmaydi. Odatdagi antigipoksik tadbirlarni o'tkazish va hujayra jarayonlarini plastik va energetik material (FLEBODIYA -600 1 maxal askorbin kislotasi, Totema, Ferlatum-fol, Prenatal- multivit) bilan ta'minlash etarli bo'ladi.

Subkompensirlangan turida intensiv davo o'tkazish lozim, ya'ni siklik adenozinmonofosfat sintezini stimullaydigan vositalar:

metilksantinlar(Tivortin, eufillin, trental, papaverin, no-shpa), oqsil biosintezi stimulyatorlari (tokoferolaatsetat, essensiale); biomembrana himoya vositalari (yarim to'yingan yog' kislotalari, essensiale, linetol ; hachadonplatsenta qon aylanishini tanlab yaxshilash fonida (L arginine, L karnitin,)

Bir vaqtda ko'p miqdorda dori vositalari yuborib bo'lmaydi Bir vaqtda bir nechtaadaptatsion reaksiyalar bo'g'iniga ta'sir qiladigan vositalarni tayinlab, platsenta bioenergetikasini, asosan mitoxondriylar nafas olish faolligini buzadigan vositalarni kamroq berish lozim

V E Radzinskiy (1982) surunkali FPEni davolash sxemasini taklif etgan:

- FLEBODIYA 1 t 1 mahal 1 oy
- Trental – 5 ml yoki eufillin 10 ml 2,4 eritma v/ichiga tomchilatib 5 kun
- essensiale – 5 ml v/ichiga tomchilatib har kuni yoki linetol 20 ml 3 marta kuniga
- Tokoferolaatsetat (vitamin e) – 1 ml v 30 % eritma m/oga 1marta kuniga
- Tivortin 100 ml v/ichiga tomchilatib va/yoki 1 osh qoshiqdan 3 marta kuniga
- Totema yoki Ferlatum-fol 1 oy
- Aktovegin 80 mg v/ichiga

Davolash 10-12 kun davomida fetoplatsentar kompleks holati nazoratid olib boriladi. Surunkali dekompensirlangan FPE kompleks davolash imkoni bo'lganda ham yashashga layoqatli homilada kesar kesishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi SHuni ta'kidlash lozimki, bunday kesar kesish amaliyotini chaqaloqni parvarishlash imkoni bo'lgan kasalxonalarda (kerakli jihozlar, neonatolog va reanimatologning kecha-kunduz navbatchiligi) o'tkazish shart Aks holda jarrohlik bilan tug'dirilgan chaqaloqlar o'limi va kasallanishi tabiiy yo'llar orqali tug'ilganlardan ko'p farq qilmaydi va jarrohlik xavfi o'zini oqlay olmaydi.

I BOB

GINEKOLOGIYA

GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI. NORMAL HAYZ SIKLI VA UNING BOSHQARILISHI. HAYZ SIKLI BUZILISHLARI.

Ginekologiya (grek so'zidan geneo - ayol, logos - fan) tibbiyotning maxsus qismi bo'lib, ayol jinsiy a'zolarining faoliyati, kasalligi, ularning anatomo-fiziologik xususiyatlarini barcha davrlarda o'rganadi. Jinsiy a'zolar fiziologiyasiga to'liq tasavvurga ega bo'lmasdan turib, unga xos bo'lgan kasalliklarning kelib chiqish patogenezi, profilaktika va davolashlarga bog'liqligini yaqqol tasavvur qilib bilmaymiz. Shuning uchun ginekologik kasalliklarni tekshirish usullari anamnez va ob'yektiv tekshirishlardan boshlanadi. Ushbu tekshirish a'zolar tizimidan boshlanib, ular kasallikni aniq tashxis qo'yishda yordam beradi. Tekshirish tizimsi ketma-ketlik bilan ko'riladi, chunki jinsiy a'zolar barcha a'zo va tizimlar bilan bog'liq va ularning kasallanishi ham boshqa a'zo va tizimlarga bir butun ta'sir qiladi, shuning uchun tekshirish usullarining asosiy usullari ob'yektiv tekshirish usullardan (nafas, yurak, nerv tizim va keyinchalik laborator, rentgenologik va qo'shimcha) tekshirish usullarini tashkil qiladi.

AYOL JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Ayol jinsiy a'zolari tashqi va ichki jinsiy a'zolariga ajratiladi (1-,2-rasm). Tashqi jinsiy a'zolar asosan jinsiy his a'zolari hisoblanadi; ichki jinsiy a'zolar homilani yetiltirish va bola tug'ish funksiyasini o'taydi.

Tashqi jinsiy a'zolar(genitalia externa)

Tashqi jinsiy a'zolariga qov, katta jinsiy lablar, kichik jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, uning katta bezlari – Bartolin bezlari kiradi. Tashqi va ichki jinsiy a'zolar o'rtasidagi chegara qizlik pardasidir.

Qov (*mons veneris*) simfizning oldingi va yuqori tomonida yotgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchaktepacha (qov do'mbog'i)dan iborat.

Qovning yuqori chegarasi terining ko'ndalang egatchasidan iborat bo'lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o'ng va chap tomonida qov burmalari bor; qov orqa tomonda katta jinsiy lablarga qo'shilib ketib jun bilan qoplangan.

Qovda jun o'sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari پوستلוג'ining faoliyatiga bog'liq. Ba'zi ayollarda jun erkaklardagiga o'xshash joylashadi yoki siyrak rivojlanadi, bu esa jinsiy a'zolarining gormonal faoliyatining buzilishidan dalolat beradi.

Katta jinsiy lablar (*labia pudendae majora*)- uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidir. Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan tomirlar, nervlar va fibroz tolalari o'tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga o'tadi, orqa tomonda esa tekkin -asta torayib pastga tushadi va o'rta chiziqda bir-biriga qo'shilib, orqadagi bitishma (*commissura labii posterioris*) ni hosil qiladi.

Jinsiy lablar bag'rida qin dahlizining katta bezlari – Bartolin bezlari (*glandulae Bartholinii*) joylashgan.

Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar- naysimon bezlaridir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo'li orqali tashqariga chiqadi, bu yo'lning uzunligi 1,5-2 sm ni tashkil etadi. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa bo'limlari bag'rida yotadi. Ularning chiqarish yo'llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan hosil bo'lgan egatga ochiladi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (*anus*) o'rtasidagi soha oraliq (*perineum*) deb ataladi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pudendae minora*) – uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo'lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo'ylab yotadi.

Klitor (*clitoris*) – kichqina konussimon tuzilma (erkaklar penisiga analog a'zo) bo'lib, qo'shilib ketgan ikkita (g'orsimon) tanadan iborat. G'orsimon tanalarda tutash bo'shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo'shliqlarda aylanib yuradi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda ko'p. Klitor funksiyasi jihatdan jinsiy his a'zoidir. Jinsiy qo'zgalish

paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekin roq oqib kelishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (ereksiya).

Qin dahlizi(*vestibulum vaginae*) – oldingi tomonidan klitor orqa tomonidan katta jinsiy lablarining orqadagi bitishmasi, ikki yon tomonidan kichik jinsiy lablarining ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin dahlizining yuqoridagi qin tomonidagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan iborat. Qin dahliziga uretra (siydik chiqarish kanali) ning tashqi teshigi, Barotolin bezlarining chiqarish yo'llari ochiladi.

Siydik chiqarish kanali(*urethra*) –siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2-3 sm orqada bo'lib, yumaloq ba'zan yoriq, yulduz yoki yarim oy shaklidir. Uretraning bo'yi ayollarda 3-4 sm, eni o'zgaruvchan, kanali oson cho'ziladi (diametri 1 sm gacha boradi va undan ham oshadi).

Uretraning tashqi teshigidan yon tomonda nayga o'xshash tarmoqlanuvchituzilmalar – parauretral yo'llar (Sqin bezlari) bor, bu yo'llarning bo'yi 1-2sm. Ularning tashqi teshiklari yaqinidan ochiladi. Parauretar yo'llarning sekreti uretraning tashqi teshigini namlab turadi.

Qizlik pardasi(*hymen*) – qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, iffatli qizlarda qin og'zini to'sib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizida mushak elementlari, elastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarimoy,naysimon shaklda bo'ladi (3-rasm).

Ichki jinsiy a'zolar(*genitalia interna*)

Ichki jinsiy a'zolariga qin, bachadon, uning naylari (tuxum yo'llari) va tuxumdonlar kiradi.

Qin(*vagina, colpos*)- kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon mushakli elastika'zodir.Qinning bo'yi va eni ancha o'zgaradi. Qinning oldingi devori o'rta hisobda7-8 sm, orqa devoriesa 1,5-2 sm uzunroq. Qin cho'ziluvchanligiga yarasha enio'zgaradi, u o'rta hisobda 2-3 sm bo'ladi, shu bilan birga qinning pastkibo'limi torroq, yuqori bo'limi kengroq. Qin bo'shlig'iga yuqoridan bachadonbo'ynining qindigi qismi (*portio vaginalis*) turtib chiqib turadi. Qindevorlari bachadon bo'ynining qindagi qismi atrofidan gumbazsimonchuqurchalar hosil qiladi, ularqin gumbazlari debataladi. Qingumbazlari to'rtta: oldingi (bachadon bo'ynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon bo'ynidan orqa tomonda), o'ng va chap gumbazlar. Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chuqurroq, jinsiy aloqada shahv

(*eyakulyat*) orqadagigumbazda to'planadi, urug'li suyuqlik (*sperma*) shu gumbazdan bachadon bo'ynining tashqi teshigiga, so'ngra bachadon bo'shlig'iga kiradi.

Mikroflora xarakteriga qarabqin tozaligi to'rt darajaga bo'linadi.

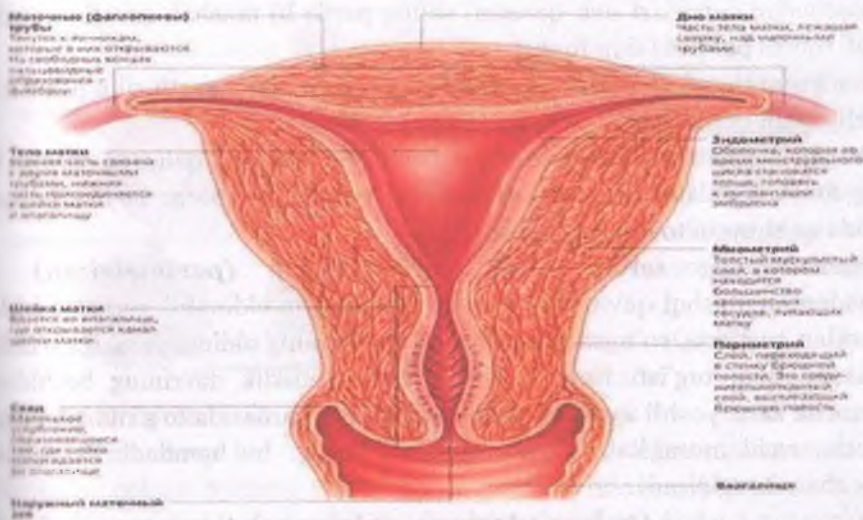
Tozalikning birinchi darajasi. Qin sekretida faqat qin batsillalari va epiteliy hujayralari bor. Reaksiyasi kislotali.

Tozalikning ikkinchi darajasi. Qin batsillalari kamroq yakkam – dukkam leykositlar va *comma variable* tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob mayoqchalar), ko'pgina epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal hisoblanadi.

Tozalikning uchinchi darajasi. Qin batsillalari kam, bakteriyalarning boshqa turlari (ayniqsa kokklar) ko'proq, bir talay leykositlar topiladi. Reaksiyasi sal-pal ishqoriy.

Tozalikning to'rtinchi darajasi. Qin batsillalari yo'q, patogen mikroorganizmlar (kokklar, *comma variable*, tirixomonadalar va hokazo) bilan leykositlar juda ko'p. Reaksiyasi ishqoriy.

Tozalikning uchinchi va to'rtinchi darajalari, odatda patologik jarayonlarga yo'ldoshbo'ladi.



1.1-rasm Bachadon tuzilishi

Bachadon(*uterus*) -silliq mushakli kovak a'zo bo'lib, shaklan oldindan orqaga qarab sal-pal yassilangan nokka o'xshaydi. Bachadonning quyidagi bo'limlari bor: 1) tanasi (*corpus*), 2) bo'g'zi (*isthmus*) va 3) bo'yni (*cervix collum*). Bachadonning zalvorliroq yuqori qismini tanasideb atashadi. Bachadon bo'g'zi tanasi bilan bo'ynini orasidagi qariyib 1sm uzunlikdagi qismidir.

Bo'g'iz ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'ynining kanaliga o'tadi.

Bachadon bo'yni bachadonning qinga suqilgan kambar pastki uchidir. Bachadon bo'ynining quyidagi qismlari bor: a) qindagi qismi (*portio vaginalis*) qin bo'shlig'iga turtib chiqib turadi va b) qin ustidagi qismi (*portio supravaginalis*), qin devorlarining bachadon bo'yniga yopishadigan joyida yuqori roqda bo'ladi. Bachadon bo'yni silindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon sal pal torayib boradi (silindrik – konussimon forma).

Butun bachadonning bo'yi 8 sm, uzuniliging $\frac{2}{3}$ qismi tanasiga va $\frac{1}{3}$ qismi bo'yniga to'g'ri keladi. Bachadonning tubi sohasidagi eni 4-5,5 sm, devorlarining qalinligi 1-2 sm. Bo'yida bo'lmagan sog'lom ayol bachadonning vazni 50 g dan 100gacha boradi.

Bachadon devorlari uch qavat: a) shilliq parda b) mushak qavati v) seroz qavati (qorin pardasi) dan iborat.

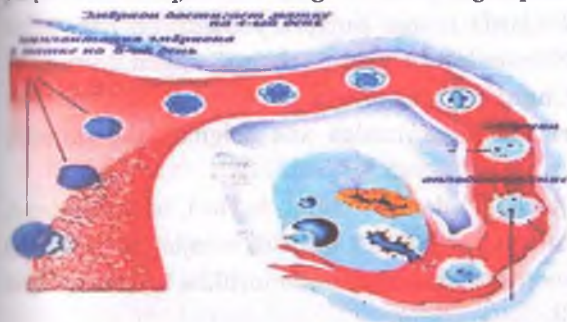
Bachadonning shilliq pardasi (***endometrium***) bir qavatli silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan.

Mushak qavati (***miometrium***) - bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq mushak tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo'lib, tolalar orasida qo'shuvchi to'qima qatlamlari bor.

Bachadonning seroz (qorin parda) qavati (***perimetrium***) - bachadonning tashqi qavatidir. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovuqqa, so'ngra bachadon va naylarining oldingi yuzasiga o'tadi. Bachadon bola tug'ish funksiyasini o'taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha katta yoshli ayol bachadonning shilliq pardasida to'g'ritartib bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y berib, bu homiladorlik uchun qulay sharoit tug'diradi.

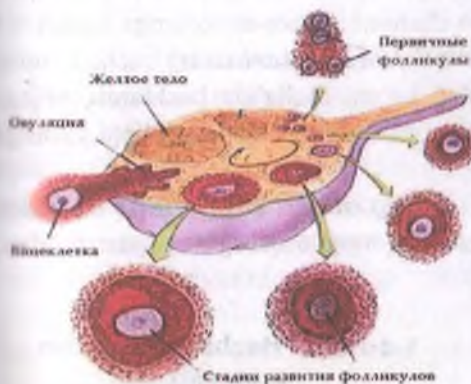
Bachadon naylari (***tubae uterinae, salpinges***) ni tuxum yo'llari deb ham atashadi. Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar bo'ylamaning yuqori chekkasi bo'ylab chanoqning yon devorlariga boradida (***ampulla tubae***) voronka bilan

lugaydi. Bachadon naylarini bo'yi 10-12 sm, eni har xil - bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon kengroq.



**1.2-rasm.
Tuxumdonda
tuxum hujayra
yetilishi va
bachadonga
tushishii**

Bachadon nayi quyidagi bo'linmalariga ajratiladi: 1) intersitsial qismi (*pars intersitialis*) –bachadon devorining bachadon o'tadigan qismi; 2) bo'g'iz yoki istmus qismi (*pars istmica*)– bachadon nayining o'rtadagi bo'limi; 3) ampulyar qismi (*pars ampullaris*) –bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan qismi. Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shilliq parda, mushak qavat va seroz qavat (qorin pardasi) dan iborat.



**1.3-rasm. Tuxumdonda
tuxum hujayra yetilishi**

Tuxumdonlar (*ovaria*)– ayolning bir juft jinsiy bezidir. Tuxumdon bodom shaklida bo'lib, bo'yi 3,5-4 sm, eni 2-2,5 sm qalinligi 1-1,5 sm, vazni 6-8 g bo'ladi. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi,

klehrayadi, ularda biriktiruvchi to'qima taraqqiy etadi.

Tuxumdonning bir chekkasi serbar boylamning orqadagi varag'iga suqilgan; qolgan hamma yuzasi qorin pardasi bilan qoplanmagan bo'lib, kichik chanoqning qorin bo'shlig'iga bemalol chiqib turadi.

Tuxumdonni:

- 1) bachadoning serbar boylami
- 2) tuxumdoning o'z boylami

3) voronka-chanoq boylami osilgan holatda ushlab turadi.

Tuxumdonlar eng muhim funksiyalarini o'taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxum hujayra yetiladi, bu ritm bilan takrorlanadigan jarayondir. Tuxumdonidan ishlab chiqariladigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy a'zolariga ta'sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarining taraqqiy topishiga imkon beradi.

Balag'atga yetish davrida jinsiy a'zolar (bachadon naylari, bachadon, qin, tashqi jinsiy a'zolar) tuxumdon gormonlarining ta'sirida rivojlanadi. Qiz bolalik balag'atga yetgach bu gormonlar organizmni homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

Jinsiy a'zolarining boylamlar apparati

Ichki jinsiy a'zolarining osib turuvchi apparatiga quyidagi boylamlar kiradi.

1) Yumaloq boylamlar (**lig.rotundum**) silliq mushaklardan va qo'shuvchi to'qimidan tuzilgan bo'lib, 10-12 sm uzunlikdagi kanopga o'xshaydi.

2) Serbar boylamlar (**lig. latum**)- qorin pardasining qo'shaloq varaqlari bo'lib, bachadonning yon bo'limlaridan chanoqning yon devorlariga boradi.

3) Dumg'aza-bachadon boylamlari (**lig.sacruterinum**) bachadonning orqa yuzasidan bachadon tanasi bilan bo'yni oralig'ida boshlanib, orqaga ketadi va to'g'ri ichakni ikki tomondan o'rab, dumg'azaning oldingi yuzasiga yopishadi.

4) Tuxumdonlarning o'z boylamlari (**lig.ovarii proprium**) bachadon tubidan (bachadon naylari chiqadigan joyning orqarog'i va pastrog'idan) boshlanib, tuxumdonlarga boradi.



1.4-rasm. Bachadon boylam apparati

Kichik chanoq klechatkasi

Bachadon atrofidagi (**parametral**) kletchatka (**parametrium**) bachadonning bo'limlaridan chanoqning yon devorlarigacha serbar boylamlarining varaqlari o'rtasidagi kamgakni

to'ldiradi.

Qovuq atrofidagi (**paravezikal**) kletchatkaqovuq atrofidagi bo'sh joylarni to'ldiradi; qovuqning oldingi va orqa tomonida ko'proq bo'ladi.

Qinatrofidagi (**paravaginal**) kletchatkaqinni o'rab turadi, asosan qinning yon devorlaridan chanoq devorlarigacha davom etuvchi kamgakda joylashadi.

To'g'ri ichak atrofidagi (**pararektal**) kletchatka to'g'ri ichak atrofida joylashadi.

Chanoq kletchakasining yuqorida ko'rsatilgan hamma bo'limlari bir-biridan yakkalangan emas, balki qo'shuvchi to'qima tarkibidagi ko'pgina elementlar yordamida biri-biri bilan bog'langan.

Jinsiy a'zolarining qon tomirlar tizimi

Tashqi jinsiy a'zolar uyatlik arteriyasidan qon oladi.

Uyatlik arteriyasi (*a.pudenda*) ichki yonbosh arteriyasidan boshlanib, pastga tushadi-da, chanoq, bo'shlig'idan chiqib, tashqi jinsiy a'zolarga, oralikka qinga va to'g'ri ichakka tarmoqlar beradi.

Bachadon arteriyasi (*a.uterina*) bir juft tomir bo'lib, qorin pastki arteriyasidan boshlanadi, serbar boylamlar asosida yotgan parametral kletchatka orqali bachadonga boradi, yo'l-yo'lakay siydik yo'li (ureter) bilan kesishadi, bachadonining yon yuzasiga ichki teshik ro'parasida yaqinlashadi.

Tuxumdon arteriyasi (*a.ovarica*) bir juft tomir bo'lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chiqqan joyning birmuncha pastrog'idan) boshlanadi, siydik yo'li (ureter) bilan, birgalikda pastga tushadi, voronka chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo'limiga o'tadi-da, tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoqlar beradi; tuxumdon arteriyasining oxirgi tarmog'i bachadon arteriyasining oxirgi bo'limi bilan anastomozlanadi. Jinsiy a'zolarining arteriyalariga bir nomli venalar yo'ldosh bo'ladi, shu bilan birga har bir arteriya yonida ikki vena yotadi. Ichki jinsiy a'zolarining venalari chigallardan hosil qiladi.

JINSIY A'ZOLARNING NERV TIZIMI

Simpatik nerv tizimsining jinsiy a'zolari innervatsiyalaydigan tolalari aorta chigali bilan quyoshsimon chigaldan boshlanib, pastga yo'naladi va V bel umurtqasining ro'parasida qorin pastning yuqori chigalini hosil qiladi. Bu chigallardan nerv tolalari bachadon bilan qin o'rtasidagi chigal yoki chanoq chigali (*plexus utero-vaginalis*, *s. pelvicus*) degan qalin chigalga

boradi. Bachadon bilan qin o'rtasidagi chigaldan simpatik va parasimpatik tolalar chiqib, qin, bachadonni, bachadon naylarining ichki bo'limlarini qovuqni innervatsiyalaydi. Bachadon tanasi asosan parasimpatik tolalar bilan innervatsiyalanadi.

Sut bezlari

Sut bezlari (*mammæ*) shingilga o'xshashtuzilgan. Sut bezining parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (*ductus lactiferus*) ningatrofida joylashadi va shu yo'lning kanaliga tutashadi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi.

Sut bezi tegishli arteriya (*a.mammaria*) dan va qo'ltiq arteriyasining shoxchalaridan qon oladi. Limfa tomirlari qo'ltiq limfa tugunlarini boradi. Sut bezlarining funksiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tug'ruqdan keyin sut bezlarining funksiyasi kuchayadi.

GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULARI

Ginekologik bemorlarni tekshirish ma'lum reja asosida so'ralib surishtirishdan boshlanadi.

1. Pasport ma'lumotlari. Ayniqsa, yoshga e'tibor beriladi, chunki bolalik, qarilik, homiladorlik, laktatsion davrda amenoreya fiziologik, balog'atga yetish davrda esa patologik hisoblanadi, jinsiy yetuk davrda qon ketishi abort, mioma, yallig'lanish va boshqalar bilan, qarilikda qon ketishi esa yomon sifatli o'smalar bilan bog'liq.

2. Shikoyatlari:

I. Menstrual funksiya bo'yicha:

a) necha yoshligida 1-hayz sikli sodir bo'lgan va uning xarakteri (og'riq, qon yo'qotish darajasi, davomiyligi);

b) hayz sikli necha kunlik intervaldan keyin sodir bo'ladi; v) hayz sikli tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, davomiyligi, qon yo'qotish, og'riq va boshqalar.);

g) jinsiy hayot boshlangach, tug'ruq va abortdan so'ng hayz sikli tipi o'zgardimi;

d) hozirgi kasalligida hayzsikli xarakteri o'zgardimi; e) oxirgi hayz sikli belgilanadi.

II. Jinsiy funksiya:

1. jinsiy hayotning boshlanishishi;

2. jinsiy hissiyotlar;

3. jinsiy aktning buzilishi: og'riqli bo'lishi; bachadon ortiqlari va chanoq pardasining yallig'lanish, endometrioz, orqa parametrit, vulvovaginit, vaginizm (*m.bulbospongiosus* ning spazmi) da va boshqalar kuzatiladi;

4. Konsentrativ vositalardan to'g'ri va me'yorida foydalanish.

III. Tug'ish funksiyasi:

1. jinsiy hayot boshlangandan so'ng 1 – homiladorlik qachon sodir bo'lgan;

2. homiladorlik chastotasi, uningkechishi va oqibati;

3. tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning kechishi;

4. o'tkazilgan abortlar soni, xarakteri (tabiiy, sun'iy);

IV. Sekretor funksiyasi – qindan chiqadigan ajralma (fluor) ning manbai (korporal, bachadon bo'yni, qin, vestibulyar); miqdori vasifati tekshiriladi.

V. Eng asosiy og'riq simptomi – tashqi jinsiy a'zolar kasalligida og'riq zararlangan sohada joylashadi. Ichki jinsiy kasalliklaridan esa aniq lokalizatsiyaga emas, diffuz xaraterda bo'lib, qorin pastda, bel, dumg'aza, to'g'ri ichak, qin, son va boshqa sohalarga irraditatsiyalanadi. Ginekologik kasalliklarda teri sezuvchanligi yuqori zonalar – Zaxarin-Ged zonolari bo'lib, ular X ko'krakdan IV dumg'aza segmentigacha tarqaladi.

VI. Qo'shni a'zolar (ayniqsa, siydik ajratish, ichak funksiyasining buzilishi) funksiyasini tekshirish.

VII. Yashash va ishlash sharoiti.

Ginekologik bemorlarni umumiy tekshirish usullari

Ko'zga ko'rinadigan teri va shilliq pardalarning rangparligi qon yo'qotilishi bilan bog'liq kasalliklar (fibromioma, hayz siklining buzilishi va boshqalar) dan darak beradi. Yomon sifatli o'smalarning uzoq muddatli kechgan turlarigaxarakterli skeletning raxitik deformatsiyasi tug'ruqdan keyingi jarohatlar (oqma, bachadon bo'yni va oraliqning yorilishi)ga olib kelishi mumkin. Ginekologik kasalliklarning rivojlanishida tashqi muhit noqulay faktorlarining mohiyati muayyan konstitutsional omillar bo'lganda yuqqol namoyon bo'ladi. Konstitutsiyani baholashda organizmning morfologik va funksional xususiyatlari e'tiborga olinadi.

Infantil tip uchun quyidagi belgilar xarakterli: o'rta yoki kam hollarda baland bo'yli, chanog'i hamma o'lchamlari bo'yicha toraygan, ko'krak bezlari,

tashqi va ichki a'zolari yaxshi rivojlanmagan, hayz sikli funksiyalari buzilgan bo'ladi.

Interseksual tip ikkilamchi jinsiy belgilarning to'la differentsiyallashganligi tufayli bu tipli ayollarning bo'yi baland, skelet massiv, yelkasi va chanog'i keng, chanog'i shakl jihatdan erkaklarniki o'xshash, boldirlari bir-biriga tegmaydi. Tashqi jinsiy a'zolarida soch qoplamasi kuchli rivojlangan, soch tuklarining o'sish xarakteri erkaklargaxos.

Astenik tip uchun o'lchamlarning uzunasiga kattalashishi, mushaklar tonusining pasayishi xos. Astenik tipdagi ayollardabachadon o'lib harakatchan vaorqaga bukilgan (*flexio*) holatda bo'ladi. Ularda tug'ruqdan keyingi davrda (chanoq tubidagi mushaklar va boylam apparatining zaifligi tufayli) bachadon va qinning tushishi yuzaga keladi.

Qorinni ko'zdan kechirish - qorin hajmining kattalashishi va shaklining o'zgarishi yirik o'smalar (mioma, kistoma va boshqalar) eksudatli peritonit, bachadon ortiqlarining yallig'lanishi bilan birga bachadon naylarining xaltachali «o'smalari» (gidrosalpinks, piosalpinks) kelganda, tuxumdon absesslarida kuzatiladi. Assit va tuxumdon o'smalaridaham qorin kattalashadi. Kistomalardaqorin gumbazsimon, agar jinsiy a'zolar kasalliklari assit bilan kechsa, bemor gorizontal holatdayotganda qorin tekislangan bo'ladi; bachadon vaqining chiqib qolishi yoki pastga tushgandaqorin osilib turadi; qorin oq chizig'i bo'ylab pigmentatsiyalar homiladorlikdan keyingi chandiqlar diagnostik ahamiyatli.

Qorin palpatsiyasi siydik pufagi va to'g'ri ichak bo'shatilgandan keyin bemor gorizontal holatda yotqizilib oyog'i son-chanoq va tizza bo'g'imida bukilib (bu qorin mushaklarining bo'shashtiradi) qorin paypaslanadi. Palpatsiyadaqorin devoring holati, mushaklar tonusi, mushak himoyasi, qorin to'g'ri mushaklarining diastazi; og'riqli sohalar; jinsiy a'zolaridan chiqadigan yoki kichik chanoq bo'shlig'i chegarasidagi tashqaridagi o'sma va infiltratlarning o'lchami, shakli, konsistensiyasi chegaralari, og'riq bor-yo'qligi, harakatchanligi; «ballotirlanish» fenomeni aniqlanishi mumkin. Bachadon ortiqlari va chanoq pardasining o'tkir yallig'lanishidaqorinning pastki bo'limida mushaklarning ixtiyorsht taranglashishi (mushak himoyasi) aniqlanib, ektopik homiladorlikda esa yuza palpatsiyada kuzatilmaslgi mumkin.

Qorin perkussiyasi jinsiy a'zolarining kasalliklarida hosil bo'lgan kattat infiltrat va eksudat, o'smalarning chegarasi va konturlari, ektopik

homiladorlikda qon quyilganda, kistomalar devori yorilganda ajraladigan mayuqlik borligini ko'rsatadi.

Qorin auskultatsiyasi ichaklar peristaltikasi va uning xarakteri homiladorlikning 5 oyidan keyingi muddatda homilaning harakatlari va yurak tonlarini aniqlash mumkin. Auskultatsiyada jinsiy a'zolar o'smalari (mioma, kistoma) vahomiladorlik farqlanadi.

Ginekologik bemorlarni maxsus tekshirish usullari

1. Asosiy (shart bo'lgan)
2. Qo'shimcha (shart bo'lmagan) –diagnostik ma'lumotlarni olish maqsadida

Asosiy maxsus tekshirish usullari:

- 1) tashqi jinsiy a'zolarini ko'zdan kechirish;
- 2) oynalar yordamida tekshirish;
- 3) qin orqali (ichki) tekshirish;
- 4) bimanual vagino-abdominal tekshirish.

Qo'shimcha maxsus tekshirish usullari:

- 1) rektal va rekto-vaginal tekshirish;
- 2) bachadonni zondlash;
- 3) pulevoy qisqichlar yordamida tekshirish;
- 4) sitologik tekshirish usullari;
- 5) bachadon shilliq pardasini qirish;
- 6) biopsiya;
- 7) sinov punksiyasi;
- 8) pertubatsiya va gidrotubatsiya;
- 9) rentgenokonstrast tekshirish usullari;
- 10) siydik pufagi kateterizatsiyasi;
- 11) endoskopik tekshirish usullari;
- 12) kesarcha kesish

Shuningdek, ginekologik amaliyotda gistologik, bakteriologik, serologik, bioximik tekshirish hamda ko'rsatmaga asosan tibbiy-genetik tekshiriladi.

Tashqi jinsiy a'zolarini ko'zdan kechirish. Quyidagilar e'tiborga olinadi:

1. Soch qoplaminig o'sish darajasi va xarakteri (ayollarga xos gorizontaal yo'nalishda), erkaklarga xos (vertikal yo'nalishda),
2. Katta va kichik jinsiy lablarning rivojlanishi;
3. Oraliq holati (baland, past)

4. Patologik jarayonlar: yallig'lanish, o'sma, eroziya, kandiloma, oqni oraliq yorilgandan keyingi chandiqlar va boshqalar.

5. Jinsiy yoriqning holati;

6. Ayol kuchanganda bachadon va qin devorlarining tushishi

7. Orqa chiqaruv teshigi (varikoz tugunchalar, yoriq, kandiloma, to'g'ri ichakdan shilliq, yiring yoki qon ajralishi)

Bosqichlar:

1) tashqijinsiy a'zolari ko'zdan kechirish;

2) oynalar yordamida tekshirish;

3) qin orqali va bimanual tekshirish.

Shu tartibda tekshirilishi lozim, chunki qo'shimcha travmatizatsiya tufayli eroziyaharakteri o'zgaradi. Kichik jinsiy lablar uzoqlashtirilib, vulva va qinga kirish yo'li ko'riladi. Bunda uning rangi (rangparligi, sianoz), sekret harakteri, patologik jarayonlar borligi (yallig'lanish, kista, eroziya va boshqalar), siydik chiqarish kanali tashqi teshigi va bartolin bezi chiqaruv yo'llarining holati (giperemiya, ajralsmalar chiqishi), qizlik pardasi shakli yoki uning qoldiqlariga ahamiyat beriladi.

Oynalar yordamida tekshirish. Ko'rsatmalar: bachadon bo'yni va qinning kasalliklari: eroziya, polip, leykoplakiya, bachadon bo'yni raki, kolpit, servisit, tuberkulyoz yara, travmalar va boshqalar.

Qizlarda tekshirish o'tkazilmaydi.

Qin oynalari turlari:

a) silindrik

b) darchali-Kusko

v) qoshiqsimon (plastinkasimon).

Silindrik oynalar kam ishlatiladi, bachadon bo'yni kasalliklarini davolashdai shlatiladigan dori moddalaridan qin devorini izolyatsiya qilish maqsadida qo'llaniladi. Darchali (o'zini ushlab turuvchi) oynalar ambulator amaliyotda va assistent bo'lmaganda foydalanilib, berk holatda qin gumbaziga kiritilib, darchalari ochilganda bachadon bo'yni ochiladi. Oynani qindan asta-sekin chiqarilganda qin devorlari ko'rinadi.

Bachadon bo'yni va qin devorlarini ko'rish uchun eng qulay qoshiqsimon oynalardir. Oyna yordamida oraliqni orqaga itarib, qinning orqa devori bo'ylab kiritiladi, so'ngra unga parallel ravishda yassi ko'targich kiritilib, qinning oldingi devori yuqoriga ko'tariladi. Bachadon bo'ynini yaxshiroq ko'rish uchun yassi plastinkasimon oynalar ham kiritilishi mumkin.



1.5-rasm. Qin ko'zgulari

Bunda aniqlanadi:

- 1) bachadon bo'yni va qin shilliq pardasi rangi;
- 2) sekret характери;
- 3) barmoq orqali tekshirishda ko'rinishi va ajralmalar
- 4) bachadon bo'yni shakli va o'lchami.
- 5) patologik jarayonlar (yallig'lanish, travmalar, eroziya, o'sma, oqma va boshqalar)

Qin orqali (ichki) tekshirish. Qin orqali tekshirish o'ng qo'l ko'rsatkich va o'rta barmoqlar yordamida, lekin qin torligi (gipoplaziya, yoshga bog'liq atrofiya, tug'magan ayollarda) faqat 1 barmoq bilan tekshiriladi. Barmoqni kiritishdan oldin vulvani dezinfeksiyalovchi eritmalar ho'llangan tampon yoki steril paxta bilan artiladi. Chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoq bilan jinsiy lablar bir-biridan uzoqlashtiriladi. Ko'rsatkich va o'rta barmoq qinga kiritilib, bosh barmoq simfizga, IV-V barmoqlar kaftga bukilib asosiy falangalar tashqi tomoni oraliqqa taqalib turadi.

1. Oraliq sohasidagi mushaklar holati (kuchsizlanishi, atrofiya yoki gipotrofiya)
2. Vestibulyar bezlarning joylashuvi (kista, yallig'lanish va boshqalar.)
3. Qin oldingi devori orqali uretra paypaslanadi (yallig'lanish, og'riq, zichlashishi)
4. Qinning hajmi, burmalari, cho'zilishi, patologik jarayonlar (infiltrat, chandiq, stenoz, o'sma, rivojlanish nuqsonlari). Qin gumbazining chuqurligi, qattiqchanligi, og'riqligi (bachadon ortiqlari, chanoq pardasi va klechatkaning yallig'lanishida qin gumbazi og'riqli, rigidlashgan, bo'rtib chiqqan; gipoplaziya va qarilik atrofiyasida qin gumbazi tekislangan)

Bimanual (vagino-abdominal) tekshirish. Bunda o'ng qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmoqlari qin gumbaziga kiritilib, bachadon bo'yni orqaga siljiriladi. Chap qo'l kafti qorin devori orqali bachadon tanini paypaslanganda aniqlanadi.

1. Bachadon holati: egilgan: (versio), bukilgan (flexio), gorizontaal o'q bo'ylab siljigan (positio), vertikal o'q bo'ylab siljigan (elevatio, descensus, prolapsus).

2. Bachadon o'lchamlari: normal, kichraygan (gipoplaziya, atrofiya) kattalashgan (homiladorlik, mioma va boshqalar)

3. Bachadon shakli: normal (noksimon, tekislangan), dumaloq (homiladorlik) noto'g'ri (o'sma, rivojlanish, anomaliyalari).

4. Konsistensiyasi: odatdagi, yumshoq (homiladorlik, fluktuatsiyalovchi gematometr, piometr), qattiq (mioma).

5. Harakatchanligi: normal, chegaralangan yoki yo'qolgan (o'sma, chandiq), o'ta harakatchan (bachadon tushishi).

6. Og'riqligi (yallig'lanish, mioma tugunlaridagi ikkilamchi o'zgarishlar).

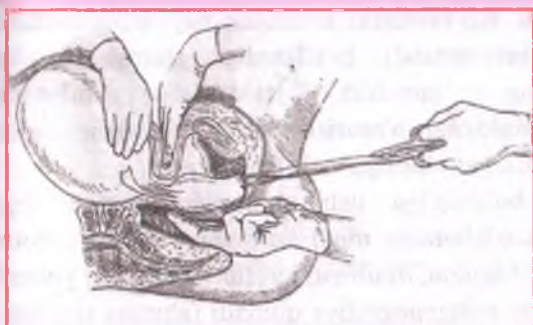


1.6-rasm
Bimanual tekshirish

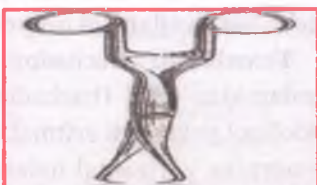
Keyin tashqi va ichki barmoqlar bachadon burchagidan chanoq yoriq devorlariga o'tkazilib, bachadon nayi (N= paypaslanmaydi), tuxumdon bachadon boylamlari (N=paypaslanmaydi), chanoq, pardasi va kletchatkadagi patologik o'zgarishlar aniqlanadi.

Bachadon shilliq pardasini qirish. Ko'rsatmalar: diagnostik (xavfli o'sma, endometriy sili, polipoz, hayz siklining buzilish sabablari), davolash (jarrohlik gemostaz) maqsadida.

Kerakli asboblari: qoshiqsimon qin oynalari; pulevoy qisqich; bachadon zondi; kengaytirgichlar; qoshiqchalar (kyuretkalar) qirish uchun.



1.7-rasm
Pulevoy qisqichlar



Texnikasi: Qinoynalari kiritilgach, bachadon bo'yni oldingi labida pulevoy qisqich qo'yilib, qinning orqa-yon gumbaziga 0,25% li 80-100 ml novokain bilan anesteziya qilinadi. Zondlash orqali bachadon holati va bo'shlig'ining uzunligi aniqlanib, bachadon bo'yin kanali kengaytiriladi. Kengaytirgichlar bilan antefleksiya, refleksiyaning inobatga olib, so'ngra kyuretكاني bachadon bo'shlig'iga kiritib bachadon tubidan, orqa, yon old devorlaridan ichki bo'g'izgacha qirib olinadi. Qirmani likopchaga solib, ko'zdan kechirib, etiketkasiga bemor F.I.O bor, 5% li formalin yoki 96% li spirt eritmasiga qirmani solib laboratoriyaga gistologik tekshirish uchun yuboriladi.

Pertubatsiya (bachadon naylariga havo yuborish).

Ko'rsatmalar: diagnostik maqsadda bachadon nayining o'tkazuvchanligini tekshirish, ayniqsa, bepustlikda.

Texnikasi: maxsus apparatura yordamida bachadon bo'shligiga 150 mm. sim ust.dagi bosimda havo yuborib, monometrda kuzatiladi. Bachadon nayi o'tkazuvchanligining simptomlari:

- 1) qov ustida auskultatsiyada shovqin eshtilishi;
- 2) manometrdagi strelka pasayadi;
- 3) frenikus-simptom paydo bo'lishi mumkin.

Gidrotubatsiyava pertubatsiya

Ko'rsatmalar: Diagnostik va davolash maqsadida

Bachadon nayiga steril eritmalar (novokainli fiziologik eritma, antibakterial preparatlar va b.) yuboriladi. Pertubatsiyada havo apparat yordamida 150-180 mm sim. ust.da yuboriladi. Agar naylar o'tkazuvchanligi buzilgan bo'lsa, monometrdagi strelka ko'tariladi.

Rentgenokonstrast tekshirish usullari

Gisterosalpingografiya. Ko'rsatma: bachadon nayi o'tkazuvchanligi qaysi qismida (ampulyar, interstitsial) bekilganligi shunga asosan bepushtlikni davolashning jarrohlik taktikasi tanlanadi. Kontrastrentgenografiya patologik o'zgarishlarni (submikoz mioma, bachadon rivojlanishi nuqsonlari va sinexiya va b.) ko'rsatadi.

Texnikasi: bachadon bo'shlig'iga uchli o'tkazgich orqali shprits yordamida 2-5 ml (bachadon o'lchamiga mos) kontrast modda (yodotrast, yodolipol yoki suvli eritmalar (diodon, diodrast, kardiotrast va b.)) yuborilib, bemorning gorizontal holatida rentgenografiya qilinadi (shubha tug'lsa, soatdan keyin qayta rentgenografiya bajariladi).



1.8-rasm.
Gisterosalpingo-
grafiya

Agar naylar o'tkazuvchan bo'lsa, kontrast modda qorin bo'shligi (kichik chanoq)da aniqlanadi. Submukoz miomatoz tugunchalari yoki polip sohasida «to'lishish defekti» aniqlanadi.

Eslatma: hayz siklidan 8-10 kun o'tgach, yoki hayz siklining 2-fazasida metrosalpingografiya qilinadi.

Qarshi ko'rsatmalar: o'tkir va o'tkir osti yallig'lanish kasalliklari, gonoreyali endometrit, eroziya, bachadon ichi va tashqari homiladorlik, bachadon shilliq pardasini qirgandan keyin bajarilmaydi.

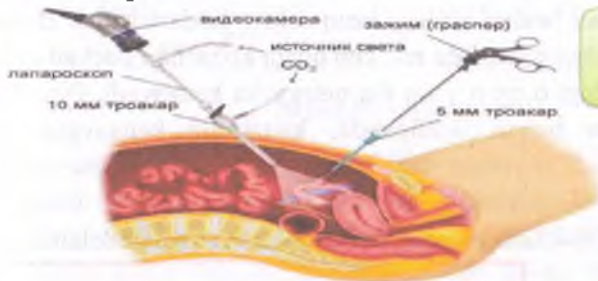
Endoskopik tekshirish usullari

Kolposkopiya – shtativga fiksatsiyalangan va yorituvchi moslamali binokulyar yoki monokulyar lupa bo'lib, tekshiriladigan sohani 10-30 marti kattalashtiradi.

Ko'rsatmalar: bachadon bo'yni va qindagi o'sma, eroziya, leykoplakiya, kondilomatoz hosilalar va boshqalar, shuningdek, bolalardagi bachadon bo'yni va qindagi yallig'lanishli o'zgarishlar. Qiz bolalarda bachadon bo'yni va qinni qizlik pardasidagi teshik orqali ingichka kateter ko'rinishida vaginoskop kiritiladi.

Kuldoskopiya - ayol chalqancha yotqizilib, oyog'i son-chanoq va tizza bo'g'imida bukilib, tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan

artilib, bachadon bo'yni oynalar bilan ochilib, qisqichlar quyilgach, qinning orqa gumbazi 0,25 % novokain eritmasi bilan anesteziya qilinadi. Keyin beinorni tizza-tirsak holatiga o'tkazilib, oynalar yordamida qinning orqa gumbazi ochiladi va bir oz kesilib, troakar orqali laparoskop o'rnatilib, bachadonning orqa yuzasi, tuxumdon va naylar hamda ulardagi patologik o'zgarishlar aniqlanadi.



1.9-rasm
Kuldoskopiya

Funksional diagnostik testlar

Qindan olingan saqlanmani buyum oynasiga olib, efir spirtli aralashma bilan fiksatsiya qilinib, gemotoksilin (15 min), 1 % eozinning suvli eritmasi bilan 2-3 minut bo'yaladi va quritiladi. Mikroskop ostida ko'rganda aniqlanadi:

1. Shoxlanuvchi hujayralar katta o'lchamli, protoplazmasi kuchsiz bo'yalib, piknotik yadrosi bo'ladi. Bu tipdagi hujayralar tuxumdon siklining follikulyar fazasiga xarakterli.

2. Oraliqhujayralar o'rta o'lchamli, yadrosi shoxlanuvchi hujayralarga nisbatan katta. Hayz siklining barcha fazalarida, ayniqsa, lyutein fazada kuzatiladi.

3. Bazal yoki atrofik hujayralar kichik o'lchamli yadrosi oraliqhujayraga nisbatan katta bo'lib, menopauza davrida va tuxumdonlarning yaqqol gipofunksiyasida kuzatiladi.

Sitologik reaksiyalarning quyidagi tiplari bo'ladi:

I reaksiya - surtmada bazal (atrofik) hujayralar va leykositlar bo'lib, ekstrogen gormonlarining keskin yetishmovchiligi bilan harakterlanadi.

II reaksiya - bazal oraliqhujayralar va leykositlar bo'lib, estrogenlarning ma'lum darajadayetishmasligi bilan harakterlanadi.

III reaksiya - oraliqhujayralar ustunlik qilib, 1-2 bazal va parabazal hujayralar bo'lib, bir oz ekstrogen yetishmasligi bilan ifodalanadi.

IV reaksiya - shoxlanuvchi va oraliqhujayralar bor, bazal hujayralar va leykositlar yo'q- bu tuxumdon ekstrojen funksiyasi yaxshiligidan dalolat beradi. Bunda shoxlanuvchi va oraliqhujayralar orasidagi nisbat KPI (kariopiknotik indeks) deyilib, hayz siklining normal fazalarida turli (%)larda bo'ladi. Shuningdek, hayz sikli buzilishini ham ko'rsatadi.

«**Qorachiq fenomeni**» tuxumdon siklining follikulyar fazasida bachadon bo'yin kanali bezlari shilliq, tiniq sekret bezlari ishlab chiqaradi. Uning miqdori ovulyatsiya fazasida eng cho'qqiga ko'tarilib, bachadon bo'yin kanalining tashqi teshigi 0,25-0,3 sm diametrgacha kengayadi. Qin oynalari yordamida bachadon bo'yni ochilganda, kanalning kengaygan teshigi «qorachiq» ni eslatadi. Lyutein fazada «qorachiq» fenomeni yo'qoladi. Homiladorlikning 1 - yarmida bu fenomen bo'lmaydi. (sariq tana progressiyasi tufayli), follikula persistensiyasida esa yaqqol ifodalaniadi.

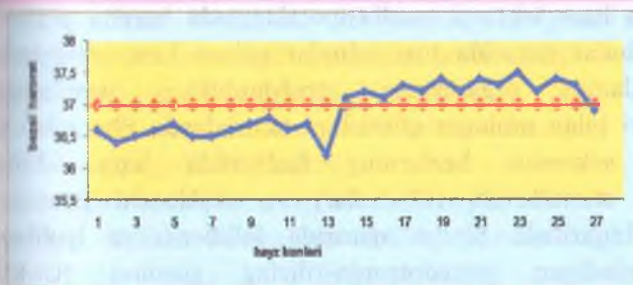
1.10-rasm.
Sitologik material olish



Kristallizatsiya (arborizatsiya) simptomi – bachadon

bo'ynining shilliq sekretini buyum oynasiga 2-3 tomchi olinib, havoda 10-15 minut quritilgach, fiziologik eritmadan tomizilib, mikroskop ostida ko'riladi. Qurish paytida NaCl + mutsin o'zaro ta'siri yuzaga keladi. Kristallizatsiya fenomeni follikulyar fazaning 5-7 kundan boshlanib, ovulyatsiyada eng cho'qqiga yetadi. Shu vaqtda surtma paporotnik bargini eslatadi. Lyutein fazada esa barg elementlari radial yoki xochsimon joylashadi. Bu reaksiya menstrual va germinativ funksiyani aniqlash va davolashda ishlatiladi.

Bazal (rektal) temperaturani o'lchash individual termometr yordamida uyqudan keyin yoki tinch holatda amalga oshiriladi. Normal hayz sikli follikulyar fazada $t=37^{\circ}\text{C}$ dan past ovulyatsiyadan oldin bir oz pasayib, lyutein fazada 0,4-0,6 $^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi, hayz siklidan 1-2 kun oldin t yana pasayadi. Bu 2 fazali harorat tuxumdon siklida follikulyar va lyutein fazaning ketma-ketligini ko'rsatadi. Anovulyator siklda harorat egriligi monoton harakterda bo'ladi.



1.11-rasm.
Bazal harorat

BOSHQARILISHI

Bu ayol organizmida murakkab biologik o'zgarishlar bilan bochuvchi, gormonlar ta'sirida davriy ravishda takrorlanib turadigan, jamiyonlardan birihisoblanadi. Ayollar balog'at, ya'ni yetuklik davri davomida hayz ko'radi. Hayz vaqtida 50-100 ml qon yo'qotiladi, bu qon ishqoriy reaksiyalik bo'lib, shilimshiq modda qo'shilgan, quyqasiz, o'ziga xos hidli bo'lib deyarli ivimaydi. 60% ayollarda hayz ko'rish sikli 28 kunni (normoponik hayz sikli), 10-12% ayollarda 30-35 kunni (postponik hayz sikli) va 28% ayollarda 21 kunni (anteponik hayz sikli) tashkil etadi.

Normada ayol balog'at yoshiga yetguncha, homiladorlik va laktatsiya davrida hamda klimakterik davrda hayz ko'rmaydi.

Hayz sikli fiziologik jarayon bo'lib, oxirgi hayzning birinchi kunidan to keyingi hayzning boshlanish kunigacha bo'ladi. Hayz siklining boshqarilishi murakkab jarayon bo'lib, 5 bosqichda amalga oshadi: 1) bosh miya po'stlog'i; 2) gipotalamus; 3) gipofiz; 4) jinsiy bezlar; 5) periferik a'zolar (bachadon, bachadon naychalari, qin).

Birinchi oliy bosqichga bosh miya po'stlog'i va ekstragipotalamik serebral tuzilmalar (limbik tizim, gippokamp, bodomsimon tana) kiradi.

Bosh miya po'stlog'i hayz siklini boshqarish va tartibga solish vazifasini bajaradi. Bosh miya orqali tashqaridagi ta'sirotlar nerv tizimining pastdagi hayz siklida ishtirok etuvchi bo'limlariga uzatiladi.

Tajriba va klinik kuzatuvlarshuni ko'rsatdiki, asabiy holatlarda jinsiy a'zo tizimlarida bir qator o'zgarishlar bo'lib, hayz siklini qolati va tartibi izdan chiqadi.

Ikkinchi bosqich – **gipotalamus**, oraliq miyaning bo'limi bo'lib, bir qator ulkuzuvchi nerv tolalari (aksonlar) tufayli bosh miyaning turli bo'limlari bilan bog'langan bo'ladi. Shunga ko'ra, u markaziy nerv tizimining hayz

siklini boshqarishida ham ishtirok etadi. Gipotalamusda barcha periferik gormonlar uchun, shular qatorida tuxumdonlar uchun ham retseptorlar bor. Demak, gipotalamus organizmga atrof-muhitdan uzatiladigan impulslarning bir-biri bilan muloqat qilinishini ta'minlaydi. Shu bilan bir qatorda u ichki sekresiya bezlarning faoliyatida ham ishtirok etadi. Gipotalamusda stimullovchi (liberinlar) va bloklovchi (statinlar) gormonlar ishlab chiqariladi. Shular qatorida folliberin va lyuliberin gipofizga ta'sir qiladigan gonadotropin-rilizing gormon (GnRG), lyuteinlovchi rilizing gormon (LGRG) ishlab chiqariladi.

Gipofiz gipotalamus bilan murakkab anatomik faoliyati jihatidan bir-biri bilan murakkab ravishda bogliqdir va uchinchi bosqichni tashkil qiladi.

Gipofiz oldingi bo'lagining faoliyati gipotalamusdan ajraladigan neyrogormonal sekresiya ta'sirida nazorat qilinadi. Gipofizning oldingi bo'lagi adenogipofiz, orqa bo'lagi esa neyrogipofiz deb yuritiladi. Adenogipofizda 6 xil gormon ishlab chiqariladi: follikulning yetilishini ta'minlovchi (FSG), sariq tananing taraqqiyotini ta'minlaydigan (LG), homilador va tuqqan ayolda sut bezlari rivojlanishini ta'minlaydigan (Prl), somatotrop (STG), tireotrop (TTG) va adrenokortikotrop (AKTG) gormonlar.

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

Tuxumdon jinsiy bez bo'lib ikkita asosiy vazifani bajaradi.

1) follikullarning siklik ravishda taraqqiyoti, ovulyatsiyasi, yetilgan tuxum hujayrasining ajralishi.

2) tuxumdon ikki xil jinsiy gormon – estrogen va progesteron ishlab chiqaradi. Bundan tashqari qisman erkaklar gormoni – androgenlar ham ishlab chiqaradi.

Tuxumdonda dastlab follikul yetila boradi, bu jarayonga FSG va LG gormonlari hamda oksitotsininng reflektor ta'siri va follikul devoriga proteolitik fermentlarning ta'sirida follikul qorin bo'shlig'iga yoriladi, ya'ni ovulyatsiya ro'y beradi.

Demak, birlamchi follikul 3ta: regeneratsiya, yetilish va ovulyatsiya bosqichlarini bosib o'tadi. Follikulning eng yetilgan, yorilishga tayyorlangan holatini Graaf pufakchalari deb ataladi va shundan keyin ovulyatsiya ro'y beradi. Ovulyatsiyadan keyin yorilgan follikul o'rnida yangi tana, ya'ni sariq tana vujudga keladi. Sariq tananing shakllanishi va taraqqiyot jarayonida donador hujayralar ko'payadi va tuxumdonning mezenxima stromasi qon

tomirlari bilan birgalikda rivojlanadi, natijada sariq tana vujudga keladi. Sariq tana quyidagibosqichlarni bosib o'tadi:

- 1-bosqich– proliferasiya
- 2-bosqich– qon-tomirlar bilan ta'minlash bosqichi
- 3-bosqich– gullash bosqichi
- 4-bosqich– sariq tananing so'nish bosqichi.

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

Bachadon shilliq pardasi (endometriy) 2 qavatdan: bazal va funksional qavatlardan iborat. Hayz bachadon shilliq pardasining deskvamatsiya bosqichi bilan boshlanadi va 3-4 kun davom etadi. Bu fazada bez yo'llaridagi epiteliy asta-sekin halok bo'ladi, shilliq qavat qisman eriydi (autoliz), qisman parchalanib va yana qisman fagositoz natijasida shilliq qavatning ustki spongioz qavati ko'chib tushadi. Bazal qismi yaqinidagi bir qismi muqallanib qoladi. Bazal qavat yuzasidagi ko'chgan spongioz qavat o'rnida qolgan yara yuzasidan qon ketadi. Deskvamatsiya bilan birga regeneratsiya boshlanadi, bu hayz siklining boshlanishi hisoblanadi.

Hayz qoni tamom bo'lganidan keyin bachadonning yupqa bazal qavatidan shilliq qavat tez fursatda o'sa boradi, bunda 4-5 kunda uning qalinligi 4 martagacha oshadi. Shilliq qavatning faqat o'zi qalinlashib qolmay, balki bug'rida joylashgan bezlar ham uzunlashib kattalashadi va burama shaklini oladi, ammo bezli epiteliy yetarli darajada kattalashib, uzun tortishiga qaramasdan sekret ajratmaydi, shunga ko'ra bez bo'shliqlarida hali suyuqlik bo'lmaydi. Bachadon shilliq pardasidagi bu xildagi o'zgarishlar proliferasiya bosqichi deyiladi. 13-15 kunlarda bu fazaning yetilgan davri bo'ladi. Shundan keyin epiteliy hujayralarida sekresiya ajralishning dastlabki belgilari kuzatiladi.

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

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

Bachadondagi hayz sikli tuxumdonning funksional holatiga bog'liq. Agar biror sababga ko'ra tuxumdon olib tashlansa yoki rentgen nuri bilan tuxumdon funksiyasiga ta'sir qilingan bo'lsa, ayol hayz ko'rmaydi. Hayz siklining 1 yarmida ovulyatsiyadan oldin, proliferasiya fazasida tuxumdonning rivojlanayotgan follikuldan ajralgan estrogen gormoni asosiy vazifani bajaradi. Bu gormon follikulning ichki qavatidan ajraladi.

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

Ko'p mualliflarning fikricha, ovulyatsiyadan keyin sariq tanadan ajralgan progesterondan tashqari oz miqdorda estrogen gormonlar ham bachadon shilliq qavatining bo'rtib qalinlashishiga sabab bo'ladi.

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

Agar ayol homilador bo'lmasa, hayz ko'radi, bunda bachadonning qisqarishi kuchayadi, chunki ayol organizmida progesteron kamayib ketadi. Bachadonning qisqarishi natijasida bachadondan hayz qonining ajralishi chiqishini ta'minlaydi. Hayvonlarda qilingan tajribalar shuni ko'rsatadiki, agar gipofiz bezini olib tashlansa, follikul taraqiyoti to'xtab sariq tana vujudga kelmaydi. Bunday, gipofiz bezining tuxumdonga xizmati katta ekanligi ma'lum bo'ladi. Shunday qilib, spesifik bo'lmagan gonadotrop gormoni tuxumdonning spesifik jinsiy gormonlari – estrogen va progesteronni tuxumdonda ajralishini ta'minlar ekan.

Ba'zi ayollarda hayz sikli ovulyatsiyasiz kechadi. Buni anovulyator sikli deyiladi. Ovulyatsiyani aniqlashda turli ginekologik tekshirishlardan tashqari, bachadon shilliq qavati qirib olinganda unda sekresiya chiqarish fazasi bo'lmay, faqat proliferasiya fazasi ko'rinsa, bu holat ovulyatsiyasiz bo'lmaganiga dalil bo'la oladi. Bunday holatda ayollar homilador bo'la

olmaydilar. Bundan tashqari, bir qator ginekologik tekshirishlar to'g'ri ichak harorati (bazal haroratni o'lchash, bachadon bo'ynidan ajralgan shilliqning cho'ziluvchanligi, kristallga aylanishi va boshqalar) yordamida ham tuxumdon faoliyati aniqlanadi.

HAYZ SIKLI BUZILISHLARI

Hayz sikli buzilishining sabablari juda ko'p bo'lib, bularga organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruhiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy azolardagi o'smalar va hokazo misol bo'ladi. Etiologik omillar ichida ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasaliklarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Virusli hepatitda faqat tuxumdonda morfologik jihatdan o'zgarishlar ro'y berib qolmay, balki gipotalamusda ham xuddi shunga o'xshash o'zgarishlar yuz berishi kuzatilgan. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus –gipofiz –tuxumdon tizimining turli qismlariga ta'sir ko'rsatishi oqibatida disfunktsional qon ketishi ro'y berishi mumkin.

Hayz sikli buzilishining tasnifi

Hayz sikli buzilishining quyidagi turlari mavjud:

Amenoreya –6 oy mobaynida hayzsiklining bo'lmasligi

1. Davriy o'zgarishlar.

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

- a) gipermenoreya – hayz qonining ko'p miqdorda ketishi
- b) polimenoreya – hayzning 7 kun va undan ortiq davom etishi
- v) giperpolimenoreya – uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon ketishi (menorragiya)

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

- a) gipomenoreya – hayzda ajraladigan qon miqdori kam bo'lishi
- b) oligomenoreya – hayz muddati qisqa davom qilib, 2 kundan kam bo'lishi
- v) gipopolimenoreya – qisqa muddat va kam miqdorda qon ketishi.

Hayz tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishlar

I.Turi

- a) opsomenoreya – hayzning juda kam bo'lishi (6-8 haftada 1 marta)
- b) sponiomenoreya – hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9-4 marta)

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

II. Anovulyator disfunktsional qon ketish (anovulyator siklini proliferatsiya fazasi estrogen ko'pligi sababli uzoq vaqt davom etadi, estrogen kamayishi bachadondan qon ketishiga olib keladi).

III. Algodismenoreya - hayzning og'riqli bo'lishi

a) algomenoreya - hayz vaqtida jinsiy a'zolarida og'riq paydo bo'lishi

b) dismenoreya - hayz davrida organizmdagi turli o'zgarishlar bo'lishi (bosh og'rig'i, ishtaha buzilishi, ko'ngil aynishi va b).

v) algodismenoreya - umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

IV. Bachadondan asiklik qon ketishi (metrorragiya – hayzga bog'liq bo'lmagan qon ketishi).

AMENOREYA. GIPOMENSTRUAL SINDROM. YOSH AYOLLAR VA QIZ BOLALARDA FUNKSIONAL VA JINSIY RIVOJLANISHINI ORQADA QOLISHI

6 oy davomida hayz bo'lmasligi mustaqil kasallik bo'lmasdan, bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanadi. Amenoreyaning quyidagi turlari bor:

1. **Soxta amenoreya** – tuxumdon va boshqa a'zolarida o'zgarishlar bo'lib, bu xil amenoreya ko'pincha mahalliy sabablarga bog'liq: qizlik pardasi butunligi, qin atrofiyasi, bachadon bo'yni kanali atreziyasi sababli yuz berishi mumkin. Bunda qonqinga, bachadon bo'ynigavanaylarga to'planib qoladi.

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

3. **Fiziologik amenoreya** – bu holda ayol organizmidagi ayrim fiziologik holatlar (bolalik davri, homiladorlik va laktatsiya davri, menopauza davri) sababli hayz bo'lmaydi:

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

-Birlamchi – hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi

-Ikkilamchi – hayzning avvaliga kelib, so'ngra ayrim sabablarga ko'ra to'xtab qolishi. Bizga ma'lumki, hayz siklining boshqarilishida 5 halqa ishtirok etadi: po'stloq-gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon. Mana shu

patologiyalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi va uning quyidagi shakllari bo'ladi:

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

Amenoreya sabablari:

-gormonal buzilishlar – tuxumdon, gipofiz va boshqa a'zollarning zaharlanishi tufayli yuzaga keladi;

-MNT kasalliklari (shizofreniya, miya o'smalari, meningoensefalit, ruhiy travma);

-o'tkir va surunkali infeksion kasalliklar;

-surunkali intoksikatsiya (alkogolizm, giyohvandlik);

-alimantar omillar (ochlik, kamqonlik, semizlik);

-ekstragenital kasalliklar: yurak-tomir kasalliklari, jigar kasalliklarivab.;

-bachadon kasalliklari, endometrit.

Aytilgan sabablarning deyarli barchasi amenoreyaga olib keladi va asosiy kasallikning yakuniy natijasi ko'rinishida bo'ladi. MNTning organik shikastlanishida birlamchi amenoreya kamdan-kam hollarda yuz beradi. Asosiy sabablari: miya o'smalari, surunkali meningo-ensefalit, araxnoidit, surunkali seroz meningit, epidemik ensefalit.

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

Gipotalamik amenoreyaga miyaning do'nglik osti sohasidagi patologik o'zgarishlar (ruhiy travma, ochlik, neyroinfeksiya va boshqalar) sabab bo'ladi.

Gipotalamik amenoreya ko'pincha funksional tabiatli bo'ladi.

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

amenoreya

Klinikasi. Gipotalamik amenoreya paydo bo'lishidan avval quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

-vegetotomir va moddalar almashinuvi buzilishlari, tomir krizlari, AD asimmetriyasi;

-hushdan ketish holatlari;

-yurak aritmiyasi;

-keyinchalik esa yog' va suv-tuz almashinuvi buzilishlari tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

Diagnostikasi. Quyidagilar aniqlanadi:

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar.

2. Qin surtmasida estrogenning to'yinishi kamaygan.

3. FSG ning kesqin pasayishi yoki umuman yo'qligi tufayli estrogen gormonlar ajralishi kamayadi.

4. Diagnostik maqsadda, o'smani inkor etish uchun bosh miya turk egasi sohasi

rentgenografiya qilinadi,

5. Jinsiy gormonlarning ekskretsiya sathi aniqlanadi.

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

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

- Shixan sindromi – tug'ruqdan keyingi gipopituitarizm;
- Simmonds kasalligi - gipofizar kaxeksiya.

2. Gipofiz o'smasi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Itsenko-Kushing kasalligi;
- Akromegaliya.

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

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

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

Tuxumdon amenoreyasiasosan genetik o'zgarishlar bilan bog'liq va tuxumdon faoliyatining o'zgarishi tufayli yuzaga keladi.

Gonadalar faoliyati buzilishining turlari:

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

Gonadalar disgeneziyasi (Turner-Shereshevskiy sindromi) – tuxumdon to'qimasining birlamchi tug'ma rivojlanmasligi. Xromosomalar to'liq emas 45 ko bo'ladi, jinsiy xromatin 10% kamaygan, jinsiy a'zolar rivojlanmagan, ayolning bo'yi past, suyaklar osteoporozi va boshqalar kuzatiladi.

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

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

Tuxumdon amenoreyasi yana qo'yidagi sabablardan paydo bo'ladi:

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

Bachadon amenoreyasi:

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

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

Davolash asosan etiologik, ya'ni shu kasallikni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Dam olishni ta'minlash, yo'lga qo'yish, ratsional ovqatlanish, vaqtida dam olish, uxlash, jismoniy mashqlar qilish, iqlimni o'zgartirish ayniqsa maqsadga muvofiqdir. Bunda tashqari, ionogalvanizatsiya, sedativ preparatlar, trankvilizatorlar darmondorilar: A, E, C, B guruhidagi vitaminlar tayinlanadi. Jinsiy a'zolarining yetishmovchiligi kuzatilsa, gormonal preparatlar. Shimoliy sindromi, Simmonds kasalligida o'rin bosuvchi vositalar: jinsiy steroidlar, tireoidin, glyukokortikoid, AKTG buyuriladi. Tuxumdon amenoreyasida siklik gormonal terapiyadan foydalaniladi. Sil tufayli yuzaga kelgan amenoreya bo'lsa, spetsifik davolash usullari qo'llaniladi. Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasida (tug'ma adrenogenital sindrom) po'stloq qismidagi fermentlar yetishmasligi tufayli kortizol sintezi buziladi.

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

Klinik misollar

1. Qiz bola tez-tez kasallanib o'sdi: tez-tez shamollagan, angina, gripp, pnevmoniya bo'lgan. Ota - onasi uni 5 yoshdan sport maktabiga berganlar, u sport gimnastikasi bilan shug'ullangan. 7 yoshdan umumiy ta'lim musiqa maktabiga, 6 yoshidan ingliz tiliga o'qishga berishdi. Qizchaning xech bekor vaqti yo'q edi. 13 yoshda birinchi marta hayz boshlangan, juda mo'l va uzaygan muddat 10 kundan ortiq qon ketayapti. Ota-onasi ginekologga murojaat qilishdi.

Tashxis: Yuvenil qon ketish. Zarur davo choralari o'tkazildi. Ota-onasiga qizining 8-11 yoshda prepubertat -hayz sikli yuzaga kelgan davrda zo'riqishni kamaytirish kerakligi tushuntirildi. Bu MNTning gipofiz va tuxumdonlar bilan bog'lanishinig buzilishi natijasidir.

2. Er - xotin o'zlarining 2 yillik oilaviy hayotlarida bola bo'lmaganligidan murojaat qilishdi. Tekshirilganda harorat bo'yicha hayz siklining monofazaliligi, ovulyatsiya bo'lmasligi aniqlandi. Davolash o'tkazildi, 2 fazali hayz sikli yuzaga keldi. 1 yildan keyin xomiladorlik yuzaga keldi, qiz bola tug'ildi.

Monofazali anovulyator hayz siklininig sababi ayolning jinsiy yetilganligidir, bunga surunkali tonzillit moyillik qilgan.

Davolash: ginekolog gormonal davo o'tkazdi va LOR shifokor tomonidan amililektomiya qilindi.

Amaliy ko'nikmalar

Talaba kasallikning sabablarini aniqlash, klinik tekshiruv usullarini qo'llashda laborator va asboblardan foydalana bilish (FDT, qin surtmasi etnologiyasi, UTT, GSG), kriptomenoreyada jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar va jarrohlik texnikasini qo'llay bilish, FDT ga asoslangan holda gormonlar bilan davolash, profilaktik-davolash va reabilitasiya kuzatuvlarini qo'llashni egallashi kerak.

Funksional diagnostika testlar ayol organizmida tuxumdonlar faoliyatini dinamikada kuzatish va baholash uchun qo'llanilib, ularga quyidagilar kiradi:

1. Kariopiknotik indeksni aniqlash
2. «Qorachiq» simptomini aniqlash
3. Shilliq ning cho'ziluvchanligini aniqlash
4. «Qirqbo'g'im» simptomi
5. Bazal haroratini aniqlash.

Bazal haroratni o'lchash

Maqsad: tuxumdonlar faoliyatini aniqlash.

Ko'rsatma: bepushtlik, hayz siklining buzilishi, kontrasepsiya.

Ta'minlanishi: harorat o'lchagich (termometr), vazelin.

Qadamlar:

1. Mazkur testni o'tkazish to'g'risida ayolga tushuntiriladi.
2. Ikkita termometr va yozuv daftarchasi bo'lishi kerak.
3. Ayol yozuv daftarchasiga kalendar kuni, hayz kuni, to'g'ri ichakdagi harorat, tana harorati va eslatmani yozadi.
4. Ayolga tushuntiriladi, harorat erta tongda uyqudan uyg'ongach bitta termometrqa vazelin surtib, to'g'ri ichakka 2-3 sm chuqurlikda, ikkinchisini qo'ltiq ostiga qo'yib o'lchaydi.
5. Haroratni 7-10 daqiqa davomida o'lchaydi, har bir termometr ko'rsatkichi alohida qatorga yoziladi.
6. Odatda bazal harorat ikki fazali, ya'ni hayz siklini birinchi yarmida 37C gacha, ikkinchi yarmida esa 37C dan baland. Orasidagi farq 0,4C dan kam bo'lmasligi lozim.

«Qorachiq» simptomini aniqlash

Maqsad: organizmni estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

Ko'rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishlari.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Tekshiruv hayz siklini 10- 13- 14- va 17- kunlarida o'tkaziladi.
3. Ko'rish uchun qin ko'zgulari qo'llaniladi.
4. Bachadon bo'ynini ko'rish uchun, qinga ko'zgulular kiritiladi.
5. Bachadon bo'ynini hayz siklini o'rtasida ko'rilganda, organizmda estrogenlar bilan to'yingan bo'lsa, tashqi bo'g'izning biroz ochilib o'rtasida «qorachiq» ko'riladi.
6. Qorachiq simptomi dinamikada ko'rilib belgilanadi (+, ++, +++, +++++).

Bachadon bo'yni shillig'i cho'ziluvchanliginiva «qirqbo'g'im» simptomini aniqlash

Maqsad: organizmni estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

Ko'rsatma: bepushtlik, hayz sikli buzilishlari.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari, pinset.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
2. Muolaja qin ko'zgulari va pinset yordamida o'tkaziladi.
3. Shilliqni cho'ziluvchanligini aniqlash uchun, pinset yordamida shilliq olinib u cho'zib ko'riladi.
4. Hayz siklini kunlariga ko'ra, shilliqni cho'ziluvchanligi 2-3 smdan 8-10 smgacha bo'ladi, bu organizmda estrogenlar miqdori yetarli ekanligidan dalolat beradi.
5. Shilliqni cho'zilmasligi estrogenlar yetishmasligidan dalolat beradi.
6. Shilliqni ko'p cho'zilishi hayz o'rtasida kuzatiladi.
7. Shilliqni oynachaga surtib ko'rilsa xuddi qirqbo'g'imo'simligiga o'xshash rasm yuzaga keladi, bu «qirqbo'g'im» (paporotnik) simptomidir.

II BOB

BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHLAR

BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHLAR

Bachadondan anomal qon ketishi (BAQK) - bachadon bo'shlig'idan qon ketishi, odatdagi hayzdan muntazamligi, miqdori, chastotasi yoki davomiyligi bilan farqlanadi. Bachadondan anomal qon ketishi agarda oxirgi 6 oy ichida ko'p yuzaga kelgan bo'lsa surunkali bo'lib hisoblanadi. Ayol soatiga 100 ml va undan ko'p qon ketsa yoki gipovolemiya belgilari mavjud bo'lsa, o'tkir BAQK hisoblanadi. O'tkir bachadondan anomal qon ketishi o'z-o'zidan yoki mavjud surunkali BAQK ning fonida paydo bo'lishi mumkin.

Oddiy hayz ko'rish muntazam 7 kun davom etadi, ammo 7 kundan ko'p davom etadigan muntazam ravishda paydo bo'ladigan BAQKlarga polimenoreya deb ataladi; qon yo'qotilishi ortishi gipermenoreya deb ataladi. Polmenoreya va gipermenoriya tushunchalari bitta termin bilan birlashtirilgan bo'lib, menorragiya deyiladi.

BAQK tasnifi

Bachadondan anomal qon ketishi (BAQK)

PALM (Organik sabab)

(P) Polip

(A) Adenomioz

(L) Leyomiomioma

(M) Malignizatsiya va giperplaziya

COEIN (Funksional sabab)

(C) Koagulopatiya

(O) Ovulyator disfunktsiya

(E) Endometrial faktor

(I) Yatrogen faktor

(N) Sababi noaniq

Bachadondan o'tkir anomal qon ketishi

Umuman olganda, bachadondan o'tkir anomal qon ketishi bo'lgan bemorda davolash taktikasi 3 bosqichdan iborat:

- bemorning ahvoli og'irligini baholash;
- BAQK ning etiologiyasini aniqlash;

➤ optimal davolanishni tanlash.

Bachadondan anomal qon ketishi bo'lgan bemorni tekshirganda birinchi navbatda, gipovolemiya va gemodinamik beqarorlik belgilarining mavjudligiga e'tibor berish kerak. Agar ular mavjud bo'lsa, bir yoki ikki yirik kalibrli ignalar bilan tomir orqali tezkor kirish kerak va infuzion terapiya, qon quyish va koagulyatsion omillar uchun tayyorgarlik boshlanadi.

Ginekologik tekshiruv qon ketishini genital tizimning boshqa qismlaridan chiqarib tashlash, qon ketishining hajmini va intensivligini, qon ketishining tizimli sabablari (masalan, leyomioma) mavjudligini aniqlash imkonini beradi.

Bachadondan o'tkir anomal qon ketishining rivojlanishi PALM-COEINTasnifida aks ettirilgan barcha sabablarga bog'liq bo'lishi mumkin, ammo o'tkir BAQK odatda uch holatda uchraydi:

- koagulopatiya bilan o'smirlik davrida (ko'pincha Villebrand kasalligi fonida)

-kattalarda

-submukoz fibromatoz tugun bo'lsa

-antikoagulyantlarni qo'llashda.

Bachadondan o'tkir anomal qon ketishini davolash uchun konservativ va jarrohlik usullari qo'llaniladi. Konservativ davo usullari quyidagilardan iborat: estrogenning yuqori dozalari (og'iz orqali yoki tomir orqali qon ketishining og'irligiga qarab), so'ngra oral kontratseptivlar kursi; antifibrinolitik preparatlar (traneksamik kislota). Bachadondan o'tkir anomal qon ketishini davolashda jarrohlik usullari (bachadon arteriyasi embolizatsiyasi, gisterektomiya) qo'llaniladi. Jarrohlik davolanishga ehtiyoj bemorning barqarorligi, qon ketishining og'irligi, kontratseptivlar yoki konservativ davo samarasini yo'qligi va muayyan holatlarda anomal bachadondan qon ketishining etiologiyasi asosida aniqlanadi.

Bachadondan surunkali anomal qon ketishi

Bachadondan surunkali anomal qon ketishi quyidagi toifalarga bo'linadi:

- regulyar bo'lmagan (metrorragiya, menometrorragiya, oligomenoreya, uzoq vaqt qon ketish, intermenstrual qon va boshqalarni o'z ichiga olgan);

-menorragiya (davriy hayz paytida qon 80 ml dan ortiq yo'qolishi yoki kundan ortiq davom etishi);

-kontratseptsiya fonida bachadondan anomal qon ketishi.

Surunkali BAQK konservativ va jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

BACHADONDAN DISFUNKSIONAL QON KETISHLAR (YUVENIL DAVRDA QONKETISHLAR). ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI

Gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlarning funksional buzilishlar natijasida bachadondan qon ketishi **disfunksional bachadondan qon ketish** deyiladi.

BDQK yuzaga keltiradigan bir qancha omillar mavjud:

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

BDQK asosan ayollarning 3 davrida, balog'atga yetganda, 20-25% hollarda reproduktiv davrda va organizmning «so'nish» davri, ya'ni klimakterik davrida 50-60% hollarda uchraydi.

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

- ovulyatsiya buzilishiga;
- sariq tana rivojlanishi II fazasining va progesteron ishlab chiqarishning boshlanmasligi;
- ayol organizmiga faqat estrogenlarning uzoq ta'sir etishi.

Shu o'zgarishlarga ko'ra BDQK ni quyidagicha tasniflash mumkin:

BDQK tasnifi:

1. Anovulyator qon ketishi:

- a) follikullar atreziyasi tipida.
- b) follikullar persistensiyasi tipida.

2. Ovulyator qon ketishi:

- a) Follikuyar fazasining qisqarishi.
- b) Lyutein fazasining uzayishi.
- v) Lyutein fazasining qisqarishi.

Ayollarni yoshga qarab tasniflash:

1. Yuvenil qon ketishi.

2. Reproduktiv yoshidagi ayollarda qon ketishi.

3. Klimakterik davrda qon ketishi.

Folikul yetilishining buzilishi 2 tipda kuzatiladi.

Folikulning uzoq persistensiyasi yetilgan 1-2 katta folikul bir qancha vaqtgacha yorilmasdan turadi va estrogenning aktiv fraksiyalarini chiqarib boshlaydi. Organizmda estrogen gormonlar darajasining yuqoriligi aniqlanadi. Bu gormonlar ta'sirida bachadonda nafaqat proliferasiya jarayoni, balki giperplaziya, polipoz, kistoz holatlari ham kuzatiladi. Boshqa a'zo va tizimlarda ham o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat ko'pincha tug'ruq yoshidagi ayollarda ko'proq kuzatiladi.

Folikulning atreziya holatida folikul yetilishi oxiriga yetmay, balki kichik yoki katta folikul darajasida to'xtaydi va orqaga rivojlanish holati kuzatiladi.

Giperplaziya uchragan endometriyda qon tomirlarining o'sib ketishi va kengayishi kuzatiladi. Estrogenlarning doimiy ta'sirida qon tomirlari yuqalashib, mo'rt bo'lib qoladi, ularning tonusi o'zgarib, qisilish yoki kengayish holatlari kuzatiladi. Bu endometriyda qon aylanishning buzilishiga, qontalash holatlari va bu yerda nekrozlarni yuzaga keltiradi. Nekrozlar uzillik qon ketishiga sabab bo'ladi. Qon ketish holatlari ko'pincha hayz siklining buzilishi, hayzning to'xtab qolishidan yuzaga keladi. Qon ketish darajasiga qarab (uzoq yoki qisqa) atreziya yoki persistensiya holatini aniqlash mumkin.

Persistensiya holatida qon ketishi ko'proq, lekin qisqa vaqt ichida kuzatiladi, folikul atreziyasida esa kamroq qon ketib, uzoq vaqtgacha cho'zilishi kuzatiladi. Har ikkala holatda ham qon ketishi ayolni kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin.

Balog'atga yetish davridagi qizlarda tuxumdonlar funksiyasining buzilishi bilan bog'liq bachadondan qon ketish **juvenil qon ketish** deyiladi. YUQK 10%ni tashkil qiladi.

Etiologiya va patogenezi. YUQK rivojlanayotgan organizmga turli xil salbiy ta'sirlarning bo'lishi bilan bog'liq. Bu yomon yashash sharoiti, noto'g'ri ovqatlanish, o'tkir va surunkali infeksiyalar va intoksikatsiyalar, jismoniy va ruhiy zo'riqish, charchash, qo'rqish, bir paytning o'zida psixik o'zgarishlar, doimiy psixik jarohatlar, yurak, o'pka va boshqa a'zolarning patologik holatlar bo'lishi mumkin. Turli kasalliklar va zararli ta'sirlar organizmning adaptatsion imkoniyatlarini pasaytirishi, jinsiy a'zolarning faoliyati buzilishiga, shuningdek gormonal balans va endometriy holatini o'zgarishiga olib keladi.

YUQK ga anovulyator tipdagi qon ketish harakterlidir, ya'ni follikulalar anovulyatsiya bosqichiga yetmaydi. Follikulalar shakllanadi, lekin yetilmay regressiyaga uchraydi. Atreziyalangan follikullar eriydi va ularda uzoq vaqt follikulyar suyuqlik (kistoz atreziya) saqlanadi. Asta-sekin tuxumdonlarda ko'p atreziyalangan follikulalar to'planadi. Follikulalardagi to'plangan gormonlar endometriydagi proliferatsiya jarayonini stimulyatsiya qiladi, shuning uchun giperplaziya sodir bo'ladi, lekin endometriy sekretor transformatsiyasi sodir bo'lmaydi.

Klinikasi. YUQK ning klinik belgisi davomiy, ko'p, asiklik qon ketish bilan harakterlanadi. Qon ketish hayzning 1,5-4 oy tuxtalishidan keyin sodir bo'ladi. Shikoyatlari holsizlikka, ishtahaning yo'qolishi, charchash, bosh og'rig'i, taxikardiyaga.

BDQK ni tashxislash. Bachadondan disfunktsional qon ketgan ayollarda umumiy ko'rinish o'zgarmaydi, ko'pincha ayolda hayz 2-3 oy to'xtab, keyin biroz qon surkala boshlaydi, keyin kuchayib ketadi. Qon ketishi hayz muddatidan o'tgach boshlanadi.

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

Funksional diagnostika testlari.

1. Follikullar persistensiyasiga xos o'zgarishlar:

-bir fazali bazal harorat

-«qorachiq» simptomi +++ yoki ++++

-yuqori darajali KPI - 50 - 70 %

-qin surtmasi tipi III - IV bo'ladi

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

-bir fazali bazal harorat

-uzoq vaqtgacha kuzatiluvchi «qorachiq» simptomi + yoki ++

-KPI - 15 - 25%.

Tashxis qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

1) aniq yig'ilgan anamnez (bepushtlik, homila tashlash hollari).

2) umumiy va qin orqali bimanual tekshirish.

3) gisteroskopiya

4) exoskopiya

5) endometriyni tekshirish (endometriy biopsiyasi, diagnostik qirindash metodi, endometriy aspirasiyasi).

6) qon analizi.

a) qonda XG ni aniqlash

b) trombositlar miqdorini aniqlash.

v) leykositlar formulasini aniqlash.

7) gormonlar miqdorini tekshirish usullari

8) funksional diagnostika testlari.

Yakuniy tashxis endometriyni gistologik tekshirish natijalari olingandan keyin (bezsimon - kistoz giperplaziya) qo'yiladi.

BDKKni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin:

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

-bachadon miomasi

-tuxumdonlar o'smalari

-polipozlar

-rak kasalliklari (bachadon tanasi va bo'yni raki)

-plasentar polip

-adenokarsinoma

-homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtashi, abortlar

-bachadondan tashqari homiladorlik

-adenomioz va boshqalar.

Davolash. YUQK bilan bemorlarni davolash 2 bosqichga bo'linadi:

1-bosqich gemostaz;

2-bosqich qon ketish profilaktikasi.

Birinchi bosqich - gemostaz usuli bemor umumiy ahvoli va qon ketish harakterini inobatga olgan holda tanlanadi. Yaqqol bo'lmagan kamqon bemorlarda (gemoglobin 100 g/l dan kam bo'lmaganda, gematokrit 30%dan ko'p) simptomatik gemostatik terapiya o'tkaziladi. Uterotoniklar (oksitotsin), gemostatik preparatlar (ditsinon, trimin eki tresamin, askorutin) tavsiya etiladi. Simptomatik gemostatik terapiya noeffektiv bo'lsa, gormonal gemostaz o'tkaziladi. Gemostaz uchun estrogenlar: mikrofolin (etinilestradiol) 0,5 mg dan har 2-4 soatda, yoki proginova 2 mg dan qon ketish to'xtaguncha. Sutkasiga 6 tabletkadan ko'payib ketmasligi kerak. Gemostaz asosan 24 soat ichida namoyon bo'ladi. Qon ketish to'xtagach, preparat dozasi kuniga 1 tabletkagacha kamaytiriladi va 8-10 kun davom etiladi. Shundan so'ng bir hafta mobaynida gestagenlarga o'tkaziladi. Norkolut kuniga 10 mg dan yoki

dyufaston 10 mg 2 mahal 10 kun mobaynida tavsiya etiladi. Shunday siklik terapiya 3-6 oy davom etiladi.

Estrogenlar gemostatik effekti GGT ta'sirini bloklaydi, endometriyda proliferativ jarayonlarni aktivlashtiradi va regeneratsiyani tezlashtiradi.

Gemostatik maqsadda monofazali aralash oral kontratseptivlar qo'llash mumkin (rigevidon, mikroginon, regulon). Ushbu preparatlarni 1 tabletkadan 2 soatda, ovqatdan so'ng qon ketish to'xtaguncha ichish lozim, lekin 6 tabletkadan oshmasligi kerak. So'ngra dozasi 1 tabletkagacha pasaytiriladi va 21 kun davomda 1 tabletkadan 1 mahal ichiladi.

Birgalikda antianemik preparatlar tavsiya etiladi (temir preparatlari ichishga yoki vena ichiga, vitaminlar V12, V6, S, R), shuningdek uterotoniklar, kaltsiy preparatlari tavsiya etiladi.

YUQKning ikkinchi bosqichi qon ketishning retsdivini profilaktikasidan iborat. Profilaktika maqsadida simptomatik va gemostatik davolash fonida gemostazdan so'ng siklik vitaminoterapiya o'tkazish lozim. Hayzning 5-kunidan 15-kunigacha foliy kislotasini 1 tabletkadan 3 mahal kuniga tavsiya etiladi, vitamin V6 5% eritmasini 1 ml dan mushak orasiga, vitamin E 300 mg dan kunora tavsiya etilishi lozim. 16-kundan 26-kungacha askorbin kislotasi 0,05g 2-3 mahal kuniga, Vit V1 5% eritmasini 1 ml mushak orasiga tavsiya etiladi. Davolash 3 oy davomida olib boriladi.

Gormonal gemostazdan keyin qon ketishning profilaktikasida kam dozali AOK (novinet, lindinet, logest) 1 tabletkadan hayzning 5-25- kunlari 3-6 oy davomida tavsiya etilib, vitaminoterapiya bilan tamomlanadi.

Menstrual funksiyani regulyatsiyasi uchun fizik faktorlar: V1 yoki novokain bilan endonazal elektroforez, elektrouqu qo'llaniladi. Ignarefleksoterapiya, elektropunktura, lazeropunktura ham yaxshi natija beradi.

Reproduktiv yoshdagi BAQK. Reprodukativ yoshdagi BAQK ham pubertat yoshdagiga o'xshab asiklik bachadondan qon ketishi hisoblanib, 1,5-2 oy hayz kelmagach boshlanadi. Gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimi funksiyasi siklik buzilishi gormonal gemostaz (abort), Itsenko-Kushing kasalligi, tug'ruqdan keyingi semirish, emotsional va psixik stresslar, infeksiyalar, intoksikatsiyalar, dori preparatlarining (neyroleptiklar) qabul qilish natijasida anovulyatsiyaning kelib chiqishi sabab bo'lishi mumkin. Reprodukativ yoshdagi BAQK da tuxumdonlarda follikulalar persistentsiyasi modir bo'lib, estrogenlar miqdori ko'payishiga olib keladi. Ovulyatsiya bo'lmagach, sariq tana ham hosil bo'lmaydi va progesteron yetishmaslik holati

kelib chiqadi. Ushbu holat absolyut giperestrogeniyaga olib keladi giperplastik o'zgarishlarga (bezli giperplaziya) olib keladi. Qaytalanmagan kelayotgan anovulyatsiyaning giperestrogeniya bilan birga kelayotgan giperplaziya uchragan endometriyning atipik o'zgarishlari va adenomatizatsiya olib kelishi mumkin.

Klinikasi. BAQK qon ketishning 10-kungacha cho'zilishi, bu esa umumiy giperestrogeniya, holsizlik, bosh og'rig'i, charchash, AQBning pasayishi, taxikardiya bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari hayzning uzoq vaqt davomida kelmasdan qon ketishi, ko'pincha menorragiya kuzatilishi bilan bog'liq harakterlanadi.

Tashxislash. Bachadondan ketayotgan boshqa qon ketishlar bilan farqlay bilish lozim, ya'ni bachadon miomasi, polipi, homila tushishi, ichki organlarning endometrioz, homila qismlarining qolib ketishi.

Quyidagi kompleks tekshiruvlarni o'tkazish maqsadga muvofiq:

- Laborator tekshiruvlar (qon klinik analizi, koagulogramma)
- Funksional diagnostik testlar (bazal haroratni o'lchash, "qorachiq" testi)

simptomi, shilliqning cho'zilish simptomi.

- Bosh miya rentgenografiyasi, EEG, kompyuter tomografiyasi.
- Qon plazmasidagi gormonlar miqdorini aniqlash,
- UTT
- Ko'rsatmaga asosan terapevt, oftalmolog, endokrinolog, nevropatolog, ginekolog, gematolog ko'rigini o'tkazish.

Davolash. BAQK bilan reproduktiv yoshdagi bemorlarni klinik belgilariga qarab davolash belgilanadi. Qon ketish bilan bemor kelganda davolash tashxislash maqsadida bachadondan qirindi olinadi. Ushbu operatsiya qon ketishni to'xtatadi, shuningdek qirindini gistologik tekshiruvni hayzning davomiga keltirish uchun terapiyaning turini belgilaydi.

Davolashning keyingi bosqichi gormonal terapiya bo'lib, endometriy holati va tuxumdonlar funksiyasining buzilishiga qarab belgilanadi. Gormonal terapiyaning maqsadi: normal hayzsiklini tiklash, reproduktiv funksiyani tiklash, bepustlikda fertillikni tiklash.

Qayta qon ketishi profilaktikasi. Estrogen-gestagen preparatlari AOK (regulon, rigevidon, novinet) 1 tabletkadan bachadon qirib bo'lgach 5-kunidan boshlab 25-kunigacha, keyin 3-6 hayz davomida 5-kunidan 25-kunigacha qabul qilinadi. BAQK bilan reproduktiv yoshdagi ayollarda ko'p hollarda anovulyatsiya, ba'zida esa sariq tananing yetishmovchiligi kuzatiladi,

hiperestrogeniyada esa (follikullar persistentsiyasida) gestagenlar bilan davolanadi: dyufaston 10 mg yoki norkolut 5 mg 1 tab 1 mahal yoki 2 mahal 16-kunidan 25-kunigacha tavsiya etiladi.

Reproduktiv funksiyani tiklash maqsadida ovulyatsiyani klomifen bilan stimulyatsiya qilinadi. Klomifen estrogen miqdorini kamaytiradi (gonadotrop gormonlar sekretsiasini pasaytiradi) follikul stimulyatsiyalaydigan va lyuteinlovchi gormon sekretsiasini oshiradi. Gipoestrogeniyada (follikullar atreziyasida) ko'p miqdordagi estrogenlar (rigevidon, regulon) 3-4 hayzsikli davomida 5 kundan 25 kunigacha tavsiya etiladi. Lyutein faza noto'liq bo'lgan ayollarda o'rnini bosuvchi (sariq tana gormon miqdorini yetishmovchiligi) maqsadida gestagenlar: dyufaston 10 mg dan, norkolut 5 mg kuniga yoki 17 OPK 1 ml siklning 14,17,21 kunida 3 oy mobaynida tavsiya etiladi.

Klimakterik qon ketishlar. 45-55 yoshdagi ayollar orasida ko'p uchrab, gospitalizatsiyaning ko'p qismini tashkil etadi. Premenopauza yoshdagi bachadondan qon ketish klimakterik qon ketish deyiladi. Klimakterik qon ketishlar ayol yoshiga qarab gipotalamik funksionalholatining o'zgarishidir. Ushbu funksiyalarning qarishi gonadotropinlarning siklik ajralishiga olib keladi, ya'ni markaz bilan periferik organlarning orasidagi munosabatning buzilishiga olib keladi. Natijada, tuxumdonlar funksiyasi buziladi, follikulalar yetilishi va o'sishi uzayadi, follikullar atreziyasi va persistentsiyasi shakllanib, sariq tana hosilbo'lmaydi. Ushbu jarayon davom etishi natijasida endometriy proliferatsiyasi sodir bo'ladi. Bachadon shillig'i o'zadi, qalinlashadi, bezlar uzunlashib, kistasimon kengayishlar shakllanadi. Bachadon shilliq qavati o'sgan sari bo'shliqni tamomila egallab oladi, bir-birini bosib oziqlanishi buziladi, nekroz va endometriyning ko'chishi kuzatiladi va qon ketish boshlanadi.

Premenopauza yoshda reproduktiv yoshdagiga nisbatan endometriy giperplaziyasi va uning turlari bez-kistoz giperplaziya, bez polipi, adenomatoz va atipik giperplaziya ko'prov uchraydi. Bu faqatgina yosh o'tgan sari tuxumdonlardagi o'zgarishlarga qarab emas, balki yomon sifatli jarayonlarni rivojlanishi xavfini oshiruvchi immunodepressiya, ya'ni hujayra immunitetining dekompensatsiya reaksiyasi sodir bo'ladi. BAQKni organik o'zgarishlar bilan taqqoslash lozim: adenokarsinoma, bachadon miomasi, ichki endometrioiz, tuxumdonlar gormon chiqaruvchi o'smasi.

Davolash. Bachadon bo'shlig'ini jarrohlik qirish yo'li bilan qon ketish to'xtatiladi. Bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish ham tashxislash ham

davolash maqsadida qilinadi. Qirish shilliqosti miomasini aniqlashga, gistologiya esa adenokarsinoma, atipik giperplaziya, endometriy retsidiv bilan kistozli giperplaziyasini aniqlashga yordam beradi. Shuningdek U¹⁹ miomatoz tugunlarni joylashgan joyini, endometriy holatini, adenomiya o'choqlarini aniqlashga yordam beradi. Qon ketish retsidivining profilaktikasi uchun qirishdan so'ng gestagenlarni keng qo'llash, proliferatsiya, sekretoriya transformatsiya jarayonini to'xtatishiga, detsidual reaksiyalar va atrofiya jarayonlarni rivojlanishiga olib keladi. Gestagenlar markaziy ta'sir ko'rsatib, gonadotropinlarni ajralishini to'xtatadi.

Endometriy giperplaziyasi bor 48 yoshgacha bo'lgan ayollarga 17-OPK 1 ml dan, 12,5% eritmasi mushak ichiga bachadonni qirgach 14,17,21 kunlarida tavsiya etiladi, keyin shu kunlar 4 - 6 hayz davomida tavsiya etiladi.

48 yoshdan oshgan ayollarga hayzni to'xtatish uchun 17-OPK 2 ml 12,5% eritma mushak ichiga haftasiga 2 marta 6 oy davomida uzluksiz tavsiya etiladi. 50 yosh va undan kattalarga *klimonorm* bilan o'rinbosuvchi gormonal terapiya tavsiya etiladi.

Amaliy ko'nikmalar

BDQK klinikasini va tashxislashni bilishi, kasalni tekshirishni, tashxisni differensiasiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatmani va shoshilinch yordam choralarini tanlashni bilishi kerak. Doril vositalarining (qon tuxtatuvchi, og'riq qoldiruvchi) reseptlarini yozishni bilish kerak.

Ko'zgular yordamida ginekologik ko'ruv

Maqsad: qin va bachadon bo'ynidagi patologik o'zgarishlarni aniqlash.

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: qin ko'zgulari, ginekologik kreslo.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.

2. Ko'ruv uchun qoshiksimon Simpson va ikki tavaqali Kusko ko'zgularidan foydalaniladi.

3. Qin ko'zgularini kirgazishda, ko'zgularga suyuq vazelin (gliserin, sovun) surtiladi. Ko'zgularni kiritishda ayolga biroz kuchanish tavsiya etiladi, shunda ko'zgular oson kiradi.

4. Qin shilliq qavati, gumbazlar sohasi va bachadon bo'yni ko'riladi.

5. Bachadon bo'yni shakli, deformatsiyalar, yirtiqlar bor yo'qligi, tashqi bo'g'iz holati (nuqtali, yoriqsimon) bachadon bo'ynidagi patologik holatlar (proziya, poliqlar, endometrioz, o'smalar, gipertrofiya, yallig'lanish holatlari) tekshiriladi.

6. Qin ajralmasi ranggi, xarakteri: seroz, yiringli, qonli, seroz-yiringli miqdori aniqlanadi.

Ginekologik bemorlarni bimanual (ikki qo'llab) tekshirish

Maqsad: bachadon holati, ortiqlari va parametriyni baholash.

Ko'rsatma: ayollarni tekshirish usuli.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, steril qo'lqop.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda, oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida tikilgan holatda yotadi.

2. Muolaja qo'lqopda o'tkaziladi.

3. Chap qo'lning katta va ko'rsatkich barmoqlari bilan, katta jinsiy lablar tekshiriladi.

4. O'ng qo'lning o'rta barmog'i qinga kirg'azilib, qin orqa devori pastga bosilib, so'ngra ko'rsatkich barmoq kirg'aziladi.

5. Chap qo'lning kafti bilan qorin oldingi devoriga qo'yilib, bachadon tanasi paypaslanadi.

6. O'ng qo'l barmoqlari (o'rta va ko'rsatkich) bilan bachadon bo'yni formasi, konsistensiyasi va uzunligi, hamda tashqi bo'g'iz holati aniqlanadi. So'ngra barmoqlar qin oldingi gumbaziga o'tkazilib tashqi ichki qo'l barmoqlari bilan bachadon tanasi aniqlanadi.

7. Bachadon holati, hajmi, og'riqliligi, konsistensiyasi va harakatchanligi aniqlanadi.

8. Bachadon ortiqlari paypaslanadi. Tashqi va ichki qo'l barmoqlarini bachadon burchaklaridan chanoq devorlariga qarab suriladi, odatda bachadon ortiqlari paypaslanmaydi.

9. Parametriy holati aniqlanadi.

10. Qin gumbazi chuqurligi, og'riqliligi aniqlanadi.

Vaziyatli masalalar

1-masala

Ginekologiya bo'limiga 28 yoshli bemor 2 oy davomida hayz kelmaganligi va jinsiy yo'llaridan ko'p miqdorda qon ajralma kelishiga shikoyat qilib

keldi. Qin orqali ko'rganda bachadon o'lchamlari o'zgarmagan, harakatchan og'riqsiz. Bachadon ortiqlari o'zgarishsiz.

Taxminiy diagnoz qanaqa? Shifokor taktikasi? Muolaja o'tkazish uchun qanaqa asboblar kerak? Og'riqsizlantirish.

1. Reproduktiv yoshdagi bachadondan disfunktsional qon ketish (BDQK). Follikula persistensiyasi tipidagi BDQK.

2. Davolash va diagnostika maqsadida bachadonni qirish kerak. Muolajani o'tkazish uchun qoshiqsimon ko'zgu, qisqich, qirg'ich va bachadon zondi zarur. Olingan qirmani gistologik tekshiruvga yuborish kerak. Bachadonni qirish mahalliy og'riqsizlantirish (lidokain) yoki umumiy (kalipon t/i) og'riqsizlantirish qo'llaniladi.

2-masala

Bemor 15 yoshda, 3 oy hayz tutilishidan keyin 14 kun davomida bachadondan ko'p qon ketishiga shikoyat qilib kelgan. Hayzni 12 yoshda ko'rgan, har 2-3 oy 10-15 kun davomida, tartibi buzilmagan. Anamnezida tez infeksiyon kasalliklarga chalingan. Qiz infantil tuzilishda. Gemoglobini 64g/l. To'g'ri ichak orqali tekshirilganda: bachadon normal kattalikda, harakatchan, og'riqsiz.

Tashxis. Tekshirish va davolash.

3-masala

Bemor 31 yoshda, bachadondan ko'p qon ketishiga, hayz tutilib qolishidan keyin shikoyat qilib kelgan. Anamnezda 3 oy oldin abort qildirgan, tekshirishda: bachadon normadan kattaroq, ortiqlari palpatsiyada bilinmaydi, qonli oqmalari ko'p.

Tashxis. Tekshirish va davolash. Differensial tashxis.

4-masala

Bemor 52 yoshda, 10 kun davomida bachadonidan qon ketishiga shikoyat qilib kelgan, 1,5-2 yil davomida hayz 3-4 oydan 5-7 kun ko'rgan. Oxirgi hayzni yarim yil oldin ko'rgan. Ter bosishi, uyqusizlik, bezovtalik, ta'sirchanlik bezovta qiladi. Tekshirilganda: bachadon normadan kattaroq, ortiqlari kattalashmagan parametrik bo'sh, oqmalar qonli, oz miqdorda.

Tashxis. Tekshirish. Differensial tashxis.

III BOB

HOMILADORLIKNING YARMIDA QON KETISHLAR

ANOMAL QON KETISHLAR

ABORT VA UNING ASORATLARI. TASHXISLASH. OLIB BORISH. O'Z-O'ZIDAN SODIR BO'LGAN ABORTLARDA SHOSHILINCH YORDAM. TIBBIY ABORTGA KO'RSATMALAR. MEDIKAMENTOZ VA ARTIFITSIAL ABORTLAR

Homiladorlikning dastlabki haftasidan to 22 haftasigacha yoki homilaning vazni 500 g yetilishgacha to'xtashi abort (bola tashlash) hisoblanadi. Homiladorlikning to'xtash muddatiga qarab:

1. erta boshlangan abort (13-14 haftagacha);
2. kechikkan (14-22 haftagacha) abort farqlanadi.

Homiladorlikning to'xtash sabablariga ko'ra:

1. ayolning xohishi bilan qilinadigan yoki tibbiy ko'rsatmasi bilan to'xtatiladigan sun'iy abort;

1. o'z-o'zidan (ixtiyorsiz) sodir bo'ladigan abort;
2. ayolning o'zi boshqa kishi yordamida tibbiyot qoidalariga xilof bola tushirishi kriminal (jinoiy) abort deb yuritiladi.

Agar o'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar bir necha marta birin-ketin takrorlansa, bu odat bo'lib qolgan bola tashlashga kiradi.

Ixtiyorsiz bola tashlashga o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar (gripp, yuqumli gepatit, sil, brutsellyoz, zaxm) revmatizm, angina, pnevmoniya, pyelonefrit, appenditsit, ichki sekresiya bezlari kasalliklari sabab bo'lishi mumkin.

Ona bilan homila qonining rezus jihatdan mos kelmasligi (onada rezus-musbat, homilada rezus-musbat qon bo'lsa) homiladorlikni to'xtatishga olib

keladi. Yaqin qarindoshlar orasidagi turmush xromosom-genetik o'zgarishlar natijasida homila nuqsoni rivojlanishi va tushishiga sabab bo'ladi.

Ichki jinsiy a'zolar (bachadon, tuxumdon, bachadon naylari) faoliyatining yetishmovchiligi (infantilizm), bachadon va naylar, tuxumdonlarning tug'ruq nuqsonlari, tuxumdon va bachadon o'smalari, bachadon bo'ynining oldingi tug'ruqda yirtilishi kabi ko'pgina holatlar bola tashlashga sabab bo'ladi. Ayol to'satdan sodir bo'ladigan ruhiy shikastlanish, jismoniy og'ir mehnat, har bir jarohatlar o'z-o'zidan bola tushishiga imkon tug'diradi.

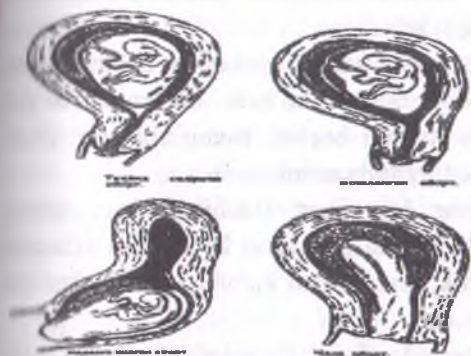
Bachadon, bachadon naylari, tug'ruq yo'llari (bachadon bo'yni, qin, siyda yo'llari)ning surunkali yallig'lanishi natijasida ona qornida homilani yo'ldoshga kasallikning mikroorganizmlari o'tib ularni shikastlaydi, homilani qornida nobud bo'ladi va homiladorlik rivojlanishdan to'xtaydi, ya'ni bola tashlash sodir bo'ladi.

Homiladorlikning dastlabki 12-14 haftasigacha o'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlar tuxumdondan ajraladigan gormon (estrogenlar, progesteron) miqdori kamayganligiga sabab bo'lsa, kechikkan (12-22 haftada) abortlar ko'pgina o'tkir va surunkali kasalliklar, yuqumli o'tkir kasalliklar, rezus mos kelmaslik, avvalgi tug'ruqda bachadon bo'yni shikastlanishi, qandli diabet kasalligi kabilar natijasida yuzaga keladi. O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abort klinik bosqichiga ko'ra bir necha turga bo'linadi: a) abort xavfi (tahdid qiluvchi abort), b) boshlangan abort, v) jadallashgan abort, g) chalaabort, d) to'liq abort.

Bundan tashqari ixtiyorsiz abortlar klinik kechishiga qarab infeksiyasiz va infeksiya tushgan abortlarga bo'linadi.

Ixtiyorsiz bola tushishning yana bir turi o'smay qolgan yoki xalq orasida "yopishgan homila" deb ham yuritiladigan abortdir. Bunda homila yo'ldosh bachadon devorlaridan ajralib nobud bo'lgach, bachadon qisqarmaganligi, bachadon bo'yni ochilmaganligi sababli bachadondan tashqariga chiqmay qoladi.

Klinik belgilari. Ixtiyorsiz abortning birinchi bosqichi-abort xavfida ayol qornining pastida va belida dardga o'xshash og'riq sezadi. Bunda qin orqali tekshirib ko'rilganda bachadon hajmi homiladorlik muddatiga to'g'ri kelli, bachadon biroz qisqaradi, ammo bo'yni ochilmagan bo'ladi.



3.1 rasm. Abortning klinik kechishi

Boshlanayotgan abort bola tashlashning ikkinchibosqichihomila tushishning boshlanishi bo'lib, ayol o'g'riq dantashqari jinsiy yo'llardan biroz qon ketayotganidan shikoyat qiladi. Qin orqali tekshirganda bunda ham

bachadon hajmi homiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon devorlari qisqaradi, bachadon bo'yni teshigi berk yoki tashqi teshigi barmoq uchicha ochilgan bo'lishi mumkin. Agar jinsiy yo'llarda ko'p miqdorda yoki uzoq vaqt qon ketish kuzatilsa, homiladorlikning kelgusida rivojlanishiga imkon bo'lmay qoladi, chunki bachadon devoridan homila va boshlang'ich yo'ldosh (korion) ko'proq ko'chgan bo'ladi.

Abortlarda bu dastlabki ikkinchi bosqichida homiladorlar tezda tug'ruqxonaga yotqizilib, tinch sharoitda yaratish va bachadonning qisqarish xususiyatini kamaytiradiga dorilar qo'llanilishi kerak. No-shpa 2 ml dan, papaverinning 2% li eritmasidan 2 ml, vitamin E ning 5-10% eritmasidan 1ml, progesteronning 1-2,5% eritmasidan 1,0ml dan kuniga 1 marta mushak orasiga yuboriladi. Magniy sulfat 25% li eritmasidan 5-10 ml ga novokainning 0,5% li eritmasidan 5ml qo'shib, kuniga 1-2 marta 5-6 kun davomida mushaklar orasiga yuboriladi.

Keyingi vaqtlarda progesteron o'rniga sintetik progesteron turinal tabletkasidan kuniga 2-3 marta yoki dyufaston buyurilmoqda. Vitaminlardan V1, V6 1ml dan har kuni mushak orasiga yuboriladi. Agar homila tushishining sababi rezus mos kelmaslik bo'lsa, homiladorlikda hozirgi davrda antitanalarni kamaytirish maqsadida dimedrol, pipolfendan 1ml teri ostiga yuboriladi yoki 1 ta tabletkadan kuniga 1-3 marta ichishga beriladi.

Rezus-konflikt homiladorlikda alloplastika metodi (eridan ozgina teri olinib ayolga ko'chirib o'tkazish) homiladorlarni davolashda qo'llanilmoqda. Boshlanayotgan abortda bachadon bo'yni biroz ochilgan bo'lsa dorilar bilan davolash davomida qon ketish kamaymasa homiladorlikni saqlab qolishning

iloji bo'lmaydi, bu holda homilani maxsus asboblari (mexanik vakuum-shprits)yordamida olib tashlashga to'g'ri keladi.

Jadallashgan abortda ko'chgan homila tuxumi bachadon bo'shlig'ining kengaygan kanali orqali qinga chiqib qolgan bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalining ochilganligi, unda homila tuxumi borligi, tuxumning bir qismi qinga tushganligi ayolni qin orqali tekshirganda aniqlanadi.

Chala abortda homila tuxumining bir qismi (tushib qolgan qismi) bachadon bo'shlig'ida saqlanib qoladi. Bunda bachadon bo'yni kanali 1-2cm ochilgan, bachadon tanasi homiladorlik muddatidan kichikroq bachadon esa yumshoqroq bo'ladi.

Jadallashgan va chala abortda bachadondan ko'p miqdorda qon ketishi mumkin. Davosi, homila tuxumi, uning qoldiqlari maxsus asboblari yordamida olib tashlanadi. Bundan tashqari o'tkir kamqonlik natijasida ayolning ahvoli og'irlashgan bo'lsa albatta zarur miqdorda qon va uning o'rnini bosuvchi suyuq dorilar tomirga yuboriladi

Homila tuxumi bachadon bo'shlig'idan batamom chiqqanda to'liq abort deb yuritiladi. To'liq abortda bachadon qisqaradi bachadon kanali ozroq ochilgan qon oqishi to'xtagan bo'ladi. Bachadon hajmi kichraygan bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida to'liq abort katta muddatdagi homiladorlikka qaraganda kamroq uchraydi.

To'liq abortda bachadondan homila tuxumi to'la shikastlanmay chiqqanda ham desidual parda va qon laxtalari bachadonda qoladi, bu esa mikroorganizmlar rivojlanishiga yetarli muhit yaratadi, infeksiya avj olishiga sabab bo'ladi. Shu sababli to'liq abortdan keyin ham bachadon devorlarini maxsus asboblari bilan qirish tavsiya etiladi.

O'smay qolgan homiladorlik (yopishgan homila)ni aniqlashda homiladorlik belgilari yo'qolishi, sut bezlarining yumshashi, bachadon hajmi homiladorlik muddatidan kichik bo'lishi, katta muddatli homiladorlikda homilaning yurak urishi va qimirlashining to'xtashi kabi belgilar ahamiyatga egadir. Bundan tashqari biologik (Galli-Maynini) usuli yoki immunologik reaksiyalar yordamida homiladorlikning to'xtaganligi aniqlanadi.

Keyingi paytda ultratovush apparati yordamida homiladorlikning rivojlanishi, homilaning tirikligini aniqlash keng qo'llanilmoqda. Homila nobud bo'lganligi aniqlagandan so'ng, uni olib tashlashga (12 haftaga-cha) yoki sun'iy tug'dirishga (12 haftadan oshgach) harakat qilish kerak. Chunki bunday hollarda bachadondagi o'lik to'qimalar ayol organizmini surunkali zaharlab

homila tushishi paytida ayolda qon ivimaslik, ya'ni koagulopatik qon ketish asoratlariga olib kelishi mumkin. Shu sababli o'smay qolgan homiladorlikni aniqlash bilan darrov ayolni tug'ruqxonaga yetkazib, qon gruppasi, rezus omil, qon ivish xususiyatlarini aniqlash zarur.

Homilani olib tashlash yoki sun'iy tushirish mobaynida qon, qon zardobi, qonni ivituvchi (kalsiy xlor, vikasiol, ditsinon, vitamin C, ATF, kontikal, gordoks, askorbin kislotasi) dorilaridan qon tomiriga yuborish og'ir asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Septik abort

Agar homila tushishi 2-3 kun va undan ko'p davom etsa, bachadon ichiga mikroorganizmlar tushib, homila tuxumi va bachadonning yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Bu septik abort deb yuritilib, ko'proq kriminal yo'l bilan homila tushirilganda sodir bo'ladi. Infeksiya faqat homila va bachadon shilliq qavatini zararlasa, asoratsiz abort deb yuritiladi. Asoratli abortda infeksiya kichik chanoq a'zolariga, bachadon naylari, tuxumdon, bachadon atrofidagi klatchatkalarga tarqalib, chanoq bo'shlig'ida yiring to'planadi.

Bunda bemorning tana harorati baland bo'lib, ahvoli og'irlashadi. Septik abortda infeksiyaning qon orqali butun organizmga tarqalishi natijasida bemorning ahvoli yanada og'irlashadi, ba'zan o'pka, buyrak va boshqa a'zolarida yiringli yallig'lanishlar, shu a'zolari faoliyatining buzilishi kuzatiladi. Ba'zan bu holat septik karaxtlik (shok) ga olib keladi. Bunda tana haroratining nihoyatda baland bo'lishi, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining birdan pasayib ketishi, nafas olish, yurak faoliyatining o'tkir yyetishmovchiligi tufayli ba'zan bemor nobud bo'li-shi mumkin. Infeksiyali abort davomida bir vaqtni o'zida yallig'lanishga qarshi dorilar qo'llashdan tashqari bachadon ichidagi homila va uning qoldiqlarini qirib olish yoki homilani tushirishni tezlatish choralarini ko'riladi. Septik abort va septik shokni davolashda bemorga bir vaqtda keng ta'sir ko'rsatadigan antibiotiklar v/i yoki m/i yuboriladi. Shu bilan birga metronidazol 200 mg-400 mg dan kuniga 2-3 mahal ichishga yoki 100 ml (500mg) 2mahal qon tomiriga, sutkasiga 2,5 litrgacha suyuqliklar (protein, albumin, aminon yoki infezol, refortan, jelatinol va boshqalar) dan qon tomiriga tomchilab, desensibillovchi (dimedrol 1% 1-2 ml yoki lorid 1 tabl.kuniga), siydik ajralishini kuchaytiruvchi (2 ml laziks tomirga yoki mushak orasiga, mannitolni 15% li eritmasidan 200-400 ml qon tomirga), yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar (0,25% li strofantindan 0,5 ml glyukozaga qo'shib tomirga, sulfokamfokaindan 2 ml mushak orasiga) tana haroratini

pasaytiruvchi (analgin, amidopirin va dimedrol aralashmasi mushak orasiga) kabi dorilarni muntazam berib borilsa bu bemor ahvolining yaxshilanishiga yordam beradi.

Shuni aytib o'tish kerakki, agar bachadondan ko'p qon ketayotgan bo'lsa, tana harorati yuqori darajada bo'lishiga qaramay, bachadon devorlaridan homila qoldiqlarini vakuum-aspiratsiya usuli bilan yokiqirib tashlash qon ketishini to'xtatishga yordam beradi. Septik abortlarda ba'zan ayolning hayoti saqlab qolish maqsadida bachadonni, bachadon naylari hamda tuxumdonlari bilan birga operatsiya qilib olib tashlashga ham to'g'ri keladi.

O'z-o'zidan sodir bo'ladigan abortlarning oldini olish uchun ularni yuzaga keltiradigan yuqorida ko'rsatib o'tilgan kasalliklarni o'z vaqtida davolash, qizlarni yoshligidan chiniqtirish vaqtida sifatli ovqatlanish, sun'iy abort qildirmaslik uchun homiladorlikdan saqlanish vositalaridan keng foydalanishni ayollar o'rtasida targ'ibot qilish zarur. Bola tashlash odat bo'lib qolgan homiladorlarni homiladorlikning «xavfli» muddatlarida tug'ruqxonalarda davolash tavsiya etiladi.

Sun'iy abort

Davolash muassasalarida ayolning istagi yoki tibbiy ko'rsatmalariga muvofiq homiladorlik sun'iy yo'l bilan to'xtatiladi ya'ni abort qilinadi.

Ayol biror sababga ko'ra tug'ishni istamasa homiladorlikning 10 haftasigacha abort qildirish huquqiga egadir. Lekin sun'iy abort qilishda ayolning jinsiy yo'llarida yallig'lanish kasalliklari bo'lmasligi, abort qilishda aseptika qoidalariga rioya qilish abortdan keyingi asoratlarning oldini olishda yordam beradi.

Homiladorlikning 12 haftasidan oshgan muddatlarida faqat tibbiy yoki ijtimoiy ko'rsatmalariga muvofiq homiladorning hayoti hamda sog'lig'iga xavf soladigan biron kasallikning mavjudligi va oilaviy sabablari (er to'satdan o'lgan yoki jazoga tortilgan, balog'at yoshiga yetmagan yoki jinsiy tazyiq natijasida homilador bo'lgan) ga ko'ra sun'iy abort qilinadi. Homilani olib tashlashdan oldin bachadon buyini tayyorlash uchun prepidil gel servikal kanalga ikun oldin yuborish tavsiya qilinadi. Kasalxona sharoitida abort qilinganda ham bachadon va boshqa a'zolarining yallig'lanish hamda shikastlanish ehtimoli yo'q emas. Infeksiya qo'shilib og'irlashgan abortlardan keyin ayolning bo'yida bo'lmasligi yoki homilaning bachadondan tashqarida rivojlanishi kabi asoratlar ko'p kuzatiladi. Shuning uchun abortning oldini

Ushbu profilaktik ishlarni keng yo'lga qo'yish va bo'yida bo'lishdan saqlaydigan omillarni qo'llashdan iborat.

Amaliy ko'nikmalar

1. Abortning klinik kechishini bilish va aniqlash.
2. Bimanual ko'rishni o'tkazish.
3. Qon ketish vaqtida birinchi yordam berish: vena tomir ichiga suyuqlik ulash va ginekologik bo'limga tez olib borish.
4. Abort asoratlarini bilish va aniqlash.

Abortlar

Maqsad: talabalarga bemorni ob'yektiv va sub'yektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.

2. Shikoyatlari: hayzni kelmasligiga, ko'krak bezlarining dag'allashuviga qorinning pastki va bel sohasida og'riqqa, ko'ngil aynishi, qayt qilish, jinsiy yo'ldan qon ketishiga.

3. Kasallik anamnezi: boshlanishi o'tkir, hayz to'xtagandan keyin, soppa-sog' paytda.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalligi – surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.

5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli o'rta, teri qoplami oqish, sovuq ter, taxikardiya.

6. Qorni ko'ruvda: qorinning pastki sohasida og'riq.

7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'yektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.

Qon umumiy analizi: o'zgarishsiz.

UTT xavflibeligilari: homiladorlikning to'xtalishiyokihomilaning tushishi.

Ko'zgularda ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon bo'yni ko'kimtirangda, qonli ajralma ko'riladi.

Qin orqali tekshiruvda: bachadon tanasi 5-6 hafta kattaligida kattalashgan. Palpatsiyada qo'zg'aluvchan, bachadon ortiqlari o'zgarishsiz.

1. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik-

instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

2. Asoratlari: homilaning tushib qolishi, rivojlanmagan homiladorlik, surunkali DVS, qon ketishi, gemorragik shok.

3. Differensial diagnostikasi: bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, o'tkir appenditsit, tuxumdon disfunktsiyasi, yelbo'g'oz xorionepitelioma, bachadon miomasi.

11. Operativ davolash: chala va to'liq hamda jadallashgan abortda bachadon bo'shlig'i tozalab tashlanadi.

12. Jarrohlikdan keyingi davrda umumiy va mahalliy antibakterial terapiya, organizm buzilgan faoliyatini tiklash, uterotoniklar, kontratsepsiya, reabilitatsion terapiya

13. Profilaktikasi: bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash, qiz bolalarni sog'lomlashtirishi, oilani rejalashtirish.

Vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor 25 yoshda, qorin pastida tutib-tutib og'riqqa shikoyat qilib QOPga murojaat qildi. Angina bilan tez-tez og'rib turgan. 21 yoshidan jinsiy hayot boshlagan. 2 yil oldin 1-homiladorligi muddatida, asoratsiz tug'ruq bilan yakunlangan. Bir yil oldin sun'iy abort 8-9 haftalikda qilingan. Oxirgi hayzi 2 oy oldin bo'lgan.

Qin orqali tekshirish. Tashqi jinsiy a'zolari to'g'ri rivojlangan, qin tuqqan ayolnikiga mos. Bachadon bo'yni silindr shaklida, tashqi og'zi yoriqsimon shaklda. Bachadon diametrida 7-8 sm gacha kattalashgan, yumshoq, sharsimon. Bachadon ortiqlari kattalashmagan. Parametriyda infiltratlar yo'q, gumbazlari chuqur. Qin orqali o'rtacha miqdorda qonli ajralmalar aniqlandi.

Tashxis. Shifokor taktikasi.

2-masala

Bemor 28 yoshda jinsiy yo'llaridan qon ketishi, qorin pastida og'riq va harorati 38°C ko'tarilganga shikoyat qildi. 3 kun oldin homiladorligining 10-11 haftaligida sun'iy abort qildirgan. Qin orqali tekshirish: bachadon bo'yni silindr shaklida, tashqi og'zi 1 sm gacha ochiq, bachadon 8 haftagacha kattalashgan, yumshoqroq, og'riqli. Bachadon ortiqlari kattalashmagan. Parametriysida infiltratlar yo'q, gumbazlari chuqur. Qin orqali o'rtacha miqdorda qonli ajralmalar aniqlandi.

Tashxis. Shifokor taktikasi.

12. Abortda bachadon bo'shligini qirish uchun ko'rsatmalar:

1. yuz bergan chala abort;
2. yuz bergan boshlanayotgan abort va jinsiy yullardan «laxta-laxta» qon kelishi;
3. rivojlanishdan to'xtagan homiladorlik;
4. to'liq abort homiladorlik muddati 16 haftagacha;
5. jadallashgan abort.

13. Bola tushishda instrumental bachadon qirishga ko'rsatmalar:

1. to'liq bo'lmagan homila tushishi, ko'p qon ketishi, bachadon bo'yni ochiqligi;
2. rivojlanmayotgan homiladorlik 12 hafta;
3. to'liq bola tushishi 16 haftagacha.

**BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK,
YELBO'G'OZ, XORIONEPITELIOMA. ETIOPATOGENEZI,
TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH,
DAVOLASH TAMOYILLARI
BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK**

Urug'langan tuxum hujayra odatda bachadon nayi orqali bachadon bo'shlig'iga tushib, uning tana qismi shilliq qavatiga o'rtnashadi va shu joyda rivojlana boshlaydi. U bachadondan tashqariga payvandlansa, bachadondan tashqari homiladorlik vujudga keladi.

Bachadondan tashqari homiladorlik ayol hayotini xavf ostida qoldiradigan og'ir kasallikdir. Homila bachadondan tashqarida uning o'sib rivojlanishi uchun yetarli sharoit yo'qligidan u o'zi o'rtnashgan a'zoni yemiradi, qon tomirlari buzilib, ayol qorin bo'shlig'iga ko'p miqdorda qon oqadi. Oqayotgan qonning shu yerda to'planishi esa ayol hayotini xavf ostida qoldiradi, natijada gemorragik shok ro'y berishi, ko'pincha, zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning asosiy klinik belgilarini ahifokorlarning bilib qo'yishlari juda muhim. Chunkiular bunday og'ir asorat bilan kasallangan ayollarni o'z vaqtida vrachga yuborib, ularning hayotini saqlab qolishga o'z hissalarini qo'shgan bo'ladilar.

Bachadondan tashqari homiladorlik 5-8% hollarda uchraydi. Ayrim vaqtlarda urug'langan tuxum hujayra nayga, tuxumdonga(0,1-0,2%), qorin

pardasiga(0,2-0,4%), qorin bo'shlig'idagi turli a'zolarga payvandlanishi mumkin. Bachadondan tashqari homiladorlik ko'pincha bachadon naylarida joylashadi (98-99%).

Homila bachadon nayining har xil joyida: ampulyar, istmik va interstitsial (bachadon devoriga kirib turgan) qismlarida joylashishi mumkin. Nayning istmik (o'rta) qismida homila ko'proq (49,6%), ampulyar qismida ozgina (40,3%), interstitsial qismida eng kam (9,45%) uchraydi.

Ko'pincha, bachadon nayining surunkali yallig'lanishi naydagi homiladorlikka sabab bo'ladi. Yallig'lanish natijasida bachadon nayi devorlarining bir-biriga yopishib qolishidan tashqari, uning bo'shlig'i torayib hamda nayning qisqarish qobiliyati sustlashadi. Natijada urug'langan tuxum hujayra bachadonga o'ta olmaydi yoki o'tishga ulgurmay, nay bo'shlig'iga yopishadi va shu joyda taraqqiy eta boshlaydi. Bunday ayollarning hayot tarzini so'ralganda ular ilgari sun'iy abort qildirgan, o'z-o'zidan bola tashlagan, birlamchi yoki ikkilamchi befarzand, umumiy organizmi yoki jinsiy a'zolari chala rivojlangan (infantilizm) bo'lib chiqadi.

Bachadondan tashqari homiladorlik (gr.extrauterina) yoki o'z o'rnida joylashmagan homiladorlik deb, urug'langan tuxumning bachadondan tashqari, homilaning tug'ilishi uchun tabiiy yo'llardan tashqarida joylashishiga aytiladi.

Tasnifi:

A. Urug'langan tuxumning joylashishiga ko'ra:

1. Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik: a) birlamchi, b) ikkilamchi.

2. Bachadon nayidagi homiladorlik:

a) Interstitsial qismida joylashishi (9,15%)

b) Istmik qismida joylashishi (49,6%)

v) Istmiko-ampulyar qismida joylashishi

g) ampulyar qismida joylashishi (40,3%)

d) fimbrial qismida joylashishi.

1. Tuxumdondagi homiladorlik.

2. Bachadondan tashqari homiladorlikning boshqa shakllari:

a) bachadon bo'ynida joylashishi

b) aralash joylashishi (masalan; tuxumdon -fimbrial qismidajoylashishi),

v) bachadonning rudimentar shoxlarida joylashishi.

g) boylamlar orasida joylashishi.

d) bachadon tutqichlarida joylashishi.

B. Bachadon nayidagi homiladorlikning klinik kechishiga ko'ra:

1. Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik
2. Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlik:

a) bachadon nayining yorilishi.

b) naydagi abort.

Etiologiyasi va patogenez. Fiziologik sharoitda urug'langan tuxum hech qanday to'siqsiz bachadon naylari orqali bachadon bo'shlig'iga o'tadi. Meyorda trofoblast tuxum bachadon bo'shlig'iga tushgandan keyin hosil bo'lishi kerak. (trofoblast tuxumning ma'lum bir joyda o'rtnashib, mahkamlashib olishida asosiy o'rinni egallaydi). Agar trofoblast tuxumning bachadon bo'shlig'iga tushishidan oldin paydo bo'lsa, bachadondan tashqari homiladorlik kelib chiqadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning eng ko'p uchraydigan shakli naydagi homiladorlikdir. Buning asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

1. Yallig'lanish jarayonlari.
2. Jinsiy a'zolarining noto'g'ri rivojlanishi (infantilizm).
3. Bachadon naylarining kistalari yoki xavfsiz o'smalari.
4. Nay endometrioz.
5. Bachadon nayi atrofidagi chandiqli jarayonlar.
6. Urug'langan tuxum hujayra migratsiyasi.

Ko'pchilik ayollarda sariq tana ektopik homiladorlik joylashishining qarama-qarshi tomonidagi tuxumdonda topiladi.

a) tashqi migratsiyada (masalan, o'ng tuxumdondan chap bachadon nayiga qorin bo'shlig'i orqali o'tadi yoki aksincha) blastotsista kattalashib ketib nayning ingichka bo'yin oldi qismidan o'ta olmay qoladi.

b) ichki migratsiyada esa urug'langan tuxum hujayra bachadon orqali qarama-qarshi tomondagi nayga o'tadi.

7. Haddan tashqari ruhiy zo'riqishlar.

Bunda «tuxumni qabul qilish mexanizmi» buzilib nay mushaklarini uzoq vaqt spazmiga va antiperistaltikasiga olib keladi. Natijada tuxumning naydan transportirovka qilinishi sekin lashadi va bachadondan tashqari homiladorlik yuzaga keladi (gormonlar muvozanati buziladi).

Yallig'lanish jarayonlari bo'lganda nay shilliq qavatlari shishib, fibroz va chandiqli o'zgarishlar paydo bo'ladi. Nay ichi torayadi, kiprikchali epiteliylar harakati buziladi. Nay harakati sekin lashib urug'langan tuxum hujayra turib qoladi va shu yerda rivojlanadi.

Infantilizmda ham naylar ingichka uzun bo'lib, urug'langan tuxum hujayrani o'tkazib bera olmaydi. Neyrogumoral boshqarilish ham buziladi.

Klinik kechishi. Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlik. Erta davrlarida normal homiladorlikka o'xshab ketadi. Anamnezida yallig'lanish jarayoni yoki uzoq vaqt bepushlik bo'lgani aniqlanadi. Birinchi haftalarda bachadon homiladorlik muddatiga mos keladi. Keyinchalik esa muddatidan orqada qolib boradi. Bachadon noksimon shaklda bo'ladi. Bachadon ortiqlari sohasida yumshoq, og'riqli, kolbasasimon shaklda hosila aniqlanadi. U harakatchan bo'ladi. Qin orqali orqa gumbazga kirib bachadon bo'yni bir oz oldinga (qovga) ko'tarilsa, og'riq seziladi. Agar statsionarga yetkazilib qattiq nazorat qilinadi. Odatda, o'suvchi homiladorlik 2-3 oylik muddatida aniq paypaslanadi, bachadon yon tomonida yumshoq uzunchoq hosila aniqlanib, qin yon gumbazlari sohasida pulsatsiya beradi. Hosila kattaligi 4 haftalik muddatda qush tuxumidek kattalikda bo'ladi. Kechik muddatlarida qin gumbazlari orqali homila qismlari va uning harakatini aniqlash mumkin. Hozirgi vaqtda UTTda aniqlanadi hamda laparoskopiyaga orqali aniqlab davolash mumkin.

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nayning yorilishi» turi. Nay 4-6 haftaligida, ba'zi paytlari 2-3 haftaligida yoriladi. Yorilishiga sabab nay shilliq qavatining desiduellanishi, bachadonnikiga qaraganda sust bo'ladi, u funksional va bazal qavatga bo'linmaydi, shilliq osti qavatining ham yo'q, mushak qavati ham bachadonnikiga qaraganda sust rivojlangan. Shunga ko'ra hujayra trofoblasti va xorion vorsinkasi nay devoriga tez o'sib kiradi va uning butunligini buzadi. Agar nay yuqoriga yarlak aylanasidan yorilsa, homila tuxumi chiqib erkin qorin bo'shlig'iga quyiladi. Agar pastki yarim aylanasidan yorilsa, homila tuxumi va gematoma bachadonning keng boylami varaqlari orasida bo'ladi. Nay yorilganda homila tuxumi qorin bo'shlig'ida bo'lsa, «o'tkir qorin» belgilari paydo bo'ladi. anemizatsiya, hushidan ketish, bosh aylanishi, qorinda kuchli og'riq, shok belgilari-qon bosimining pasayishi, holsizlik kuzatiladi.

Agar nay yorilganda bachadonning keng boylamiga qon quyilsa, anemiya, shok, qorindagi og'riq belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Yig'ilgan qon (qorin bo'shlig'iga yoki nay ichida) so'rilib laxta hosil qiladi va bu ichki a'zolarning qorin parda, ichaklar, charvi, siydik pufagi bilan qisib qo'yadi, shuning natijasida qorinda og'riq, algomenoreya, bepushlik belgilari paydo bo'ladi. Ba'zan xavfli o'smaga (xorionepitelioma) olib kelishi mumkin.

Asosiy belgilari. Qorin va qov sohasida kuchli og'riq bo'lishi, og'riqning yelka, kurak, to'g'ri ichakka berilishi va sovuq ter bosib, hushidan ketishdir. Oh'yektiv ko'rilganda qon bosimi pasayadi, puls tezlashgan, teri va shilliq qavatlar oqaradi. Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari bir oz taranglashgan, lekin nafas olishda ishtirok etadi, perkussiya qilinganda qorinda erkin suyuqlik bo'lgani uchun to'mtoq tovush eshitiladi.

Qin orqali tekshirilganda bachadon bir oz kattalashgan, yumshoqroq, sutlatdigidan harakatchan («suzuvchi bachadon»), bachadon ortiqlari shishgan, orqa gumbaz bo'rtib chiqqan va paypaslaganda kuchli og'riqli («Duglas qichqirig'i») bo'ladi. Bachadon bo'ynini oldinga surib ko'rilganda kuchli og'riq seziladi («Prust belgisi»).

Bu belgilardan tashqari, nayning yorilishiga professor A.A. Kogan tomonidan aniqlangan quyidagi 2 ta belgi xarakterlidir:

1. Qalpoqcha belgisi – ayolni bosh tomoni biroz ko'tarilgan holatda qin orqali tekshirilganda qinga kirgizilgan barmoqlar ustiga orqa gumbaz qalpoqchaga o'xshab kiyilib keladi.

2. To'siq belgisi – qin orqali ikki qo'llab tekshirilganda tashqi va ichki barmoqlar bir-biri bilantutashadi, barmoqlar tortilganda esa yana shu sohada xosila paydo bo'ladi (bu suyuq qonning harakatlanishidir).

Bachadon nayidagi uzilgan homiladorlikning «nay aborti» turi.

Bunda nayning infundibulyar yoki ampulyar qismida joylashgan tuxum hujayra nay devoridan ko'chadi va nayning qisqarishi natijasida qon quyqalari bilan o'raladi va qorin bo'shlig'iga chiqadi. Nay abortini aniqlash biroz qiyinchilik tug'diradi. Bachadon bo'shlig'idan uning o'ziga o'xshagan to'qima parchasi chiqsa, tashxis qo'yish biroz yengillashadi. Shu sababli bemorni tekshirganda qindan olingan laxtalarni sinchiklab tekshirish lozim. Ko'zdan kechirganda ko'z sklerasining sarg'imtir tusga kirishi ichki qon ketishidan darak beradi. Homila tuxumi asta-sekin ko'chib, kichik bo'laklarni o'z ichiga olsa va ayni vaqtda ko'p qon quyilmasa, nay devori bilan homila tuxumi o'rni orasiga qon to'planadi. Shuning oqibatida ko'pincha nay voronkasi sohasida yallig'lanish jarayoni kelib chiqadi, so'ngra nayning abdominal uchi bitib ketadi. Shu tariqa o'rnidan ko'chgan homila tuxumi endi taraqqiy etolmay nobud bo'ladi. Nayga quyilgan qon bora-bora ivib laxta hosil bo'ladi, bu laxta ivib biriktiruvchi to'qima bilan o'rala boshlaydi, natijada qoplangan qon gematosalpinx va peritubar gematoma vujudga keladi. Nay abortida nayning abdominal teshigi orqali kichik chanoq

bo'shlig'iga talaygina qon quyilsa, bu qon Duglas bo'shlig'ida to'planib bachadon orqa-sidagi qonli o'smani hosil qiladi. Bunday hollarda ichki tekshirish o'tkazilsa, quyidagilar aniqlanadi: qin orqa gumbazi bo'rtgan, bachadon yuqoriga va oldinga surilgan, bachadon orqasidagi o'sma yumshoq konsistensiyali, elastik, harakatsiz, yuqorgi chegarasi yopiq bo'ladi.

Qorin pasti perkussiya qilinsa perkutor chegara palpatsiyada aniqlanadigan chegaraga mos kelmay, 2-4 sm pastroqda bo'ladi. Buning sababi shuki, bachadon orqasidagi qonli o'sma ustida ichak qovuzloqlari bir-biriga yopishib turadi, bular perkutor timpanik tovush beradi.

Demak, nay abortiga Malinovskiy belgilari: hayzning kechiqishi, qorin pastida bir tomondagi to'lg'oqsimon og'riq, qonli ajralma kelishi xarakterlidir. Bemor qisqa vaqt hushidan ketadi. Qin orqali tekshirganda bachadon yumshoq, biroz kattalashgan, bir tomonlama bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila paypaslanadi va gumbazlar orqali qon tomirlar pulsatsiyasi aniqlanadi. Bachadonni oldinga va yuqoriga surganda paydo bo'ladigan og'riq nay yorilganiga nisbatan sustroq bo'ladi. Bachadon bo'shlig'idan desidual pardalar chiqib turadi.

Bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash usullari:

1. Anamnez (surunkali yallig'lanish jarayonlarining borligi, sun'iy abortlar, tug'ruq asoratlari va h.k.) 90% hollarda anamnez orqali tashxis qo'yish mumkin.

2. Umumiy tekshirish natijalari:

1. Hayzning kechiqishi.

2. Homiladorlik belgilari bo'lishi.

3. Qorinda og'riqning bir tomonlama (frenikus belgisi) to'lg'oqsimon bo'lishi, og'riqni qov sohasidan yelkaga, kurakka, to'g'ri ichakka o'tishi.

4. Hushdan ketish, shok, kollaps belgilari (teri va shilliq qavatlarining oqarib ketishi, qon bosimining pasayishi, tomir urishi) tezlashishi va h.k)

5. Tashqi va ichki qon ketish belgilari (kamqonlik rivojlanishi)

6. Qorin pardasining ta'sirlanish belgilari rivojlanishi, qorin paypaslanganda og'riq sezilishi va mushaklari taranglashgan, perkussiya qilinganda qorin bo'shlig'ida erkin qon yig'ilishi sababli perkutor tovushining bo'g'iqlashishi.

3. Qin orqali tekshirilganda:

Qin shilliq qavatlarini oqargan, to'q qoramtir qon bilan qoplangan. Bachadon bo'ynining qin qismi biroz ko'kimtir bo'ladi. Bachadon bo'yni kumalidan desidual to'qimalar bilan aralashgan xolda to'q qoramtir qon kelib turadi (oz miqdorda). Bachadon noxsimrn shaklda bo'lib, biroz yumshagan bo'ladi. Bachadon bo'yni oldinga surilsa, kuchli og'riq beradi. Bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama shish aniqlanadi. Qin gumbazi bo'rtib chiqqan bo'lib, juda og'riqli. «Duglas qichqirig'i», qalpoqcha, to'siq belgilarining musbat bo'lishi kuzatiladi.

4. Ultratovush orqali tekshirish

Ko'pincha bachadon nayidagi rivojlanib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikni aniqlashda katta yordam beradi.

5. Orqa gumbaz punksiyasi. Bunda suyuq, ivimaydigan to'q qoramtir rangli qon olinadi.

1. Laparoskopiya.

2. Endometriyni gistologik tekshirish.

Xorion vorsinkalarisiz desidual to'qimaning bo'lishi bachadondan tashqari homiladorlikdan darak beradi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning qiyosiy tashxisi.

Quyidagi kasalliklardan farqlash lozim:

1. Bachadondagi homiladorlikdan bo'ladigan abort (17.1-jadval).

2. O'tkir appenditsit.

3. Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi.

4. Tuxumdon apopleksiyasi.

5. O'sma oyoqchalarining buralib qolishi.

6. O'tkir pelvioperitonit.

7. Oshqozon yarasining perforatsiyasi.

8. Ichak tutilishi.

Nay aborti	Bachadon aborti
1. Homiladorlikning buzilishi 4-6 haftalarda yuz beradi.	1. 8-12 haftalarda yuz beradi
2. Og'riq to'lg'oqsimon bo'lib, birtomonlama, chov sohasida bo'ladi. Og'riq kuchli boshlanib, shok, kollaps, hushdan ketish va qorin	2. Og'riq to'lg'oqsimon bo'lib, qorin pastida, dumg'aza sohasida bo'ladi. Og'riq to'lg'oqqa o'xshab sekin muntazam boshlanib, keyin kuchaya boradi.
	3. Tashqi qon ketish ko'p miqdorda

pardaningta'sirlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi.

3. Tashqi qon ketish oz miqdorda, ajralma ranggi to'q qoramtir bo'libpardalar ajraladi. Ajralma odatda og'riq boshlanganidan keyin ajraladi.

4. Kamqonlik darajasi tashqiqon ketish miqdoriga mos kelmaydi.

5. Desidual parda butun yoki bo'lakchalar holida ajralib chiqadi. Agar ajralib chiqqan to'qima stakandagi suvga solinib yorug'likdako'rilsa, mayda suzib yuruvchi vorsinkalar ko'rinmaydi.

6. Bachadon noksimon shakldabo'ladi, hajmi homiladorlik muddatiga mos kelmaydi. Bachadon tashqibo'g'zi yopiq bo'ladi.

och, qizg'ish rangda, ko'pincha qon laxtalari bo'ladi, qon og'riqlar boshlanishidan oldin keladi.

4. Mos keladi.

5. Platsentar to'qima ajraladi, vorsinkalari bo'ladi.

6. Bachadon sharsimon shakldabo'lib, hajmi homiladorlik muddatiga mos keladi.

Bachadon bo'ynida abort bo'lsa, bachadon ballon shaklida bo'lib, bachadon tanasi bachadon bo'yniga qalpoq singari kirib turadi. Tashqi bo'g'iz ochiq bo'ladi.

Bachadondan tashqari homiladorlik

1. Homiladorlik shish belgisikam rivojlangan.

2. Qorin oldi devorining taranglashish belgisi kam rivojlangan.

3. Tana ranggi oqargan, lablari, tirnoqlari ko'kargan, hushidan ketgan.

4. Qonda ikkilamchi anemiyabelgilari ko'riladi.

O'tkir appenditsit

1. Homiladorlik belgilari yo'q, ko'ngil aynishi, qusish bo'ladi.

Og'riqlar kuchli bo'lmaydi, tana harorati ko'tariladi.

2. O'ng tomonda qorin devorining taranglashish belgisi

3. Shyotqin-Blyumberg, Rovzing belgilari, Frenikus belgisi bo'lmaydi.

4. Leykositoz.

5. Bachadon va ortiqlari normada.

<p>8. Bachadon kattalashgan, orqagumbaz bo'rtgan, yon gumbazlari orqali o'smasimon hosila aniqlanadi, kam harakatchan, o'smasimon hosila jastroqda joylashadi</p> <p>6. EChT o'zgarmaydi</p> <p>7. Orka gumbaz punksiya qilinganda suyuq qon olinadi.</p> <p>8. Desidual parda ko'chadi, ajraladi.</p>	<p>Gumbazlar erkin. Infiltrat yuqoriroqda. Qin orqali infil gratni aniqlash qiyin va u bachadon harakatchanligini chegaralab qo'ymaydi.</p> <p>6. EChT oshadi.</p> <p>7. Orka gumbaz punksiya qilinganda qon olinmaydi.</p> <p>8. Desidual parda ajralmaydi.</p>
--	--

Nay aborti**Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi**

<p>1. Hayz 3-5 haftagacha kechikadi.</p> <p>2. Homiladorlik subektiv belgilari bo'ladi.</p> <p>3. Og'riq o'tkir boshlanib, bemor hushidan ketadi</p> <p>4. Frenikus belgisi bo'ladi.</p> <p>5. Qorin paypaslanganda homiladorlik tomon og'riqli, qorin biroz shishgan va taranglashgan bo'ladi.</p> <p>6. Bachadon hajmi biroz kattalashadi.</p> <p>7. Bachadon surib ko'rilganda biroz og'riqli.</p> <p>8. Bachadon naylari xamirsimon konsistensiyali va kattalashgan.</p> <p>9. To'q qizil qonli ajralma bo'ladi.</p> <p>10. Orqa gumbaz</p>	<p>1. Hayz kechiqishi yo'q</p> <p>2. Homiladorlik belgilari yo'q.</p> <p>3. Og'riq asta-sekin boshlanib, doimiy harakterga ega bo'ladi, bemor hushidan ketmaydi.</p> <p>4. Frenikus belgisi bo'lmaydi.</p> <p>5. Qorin taranglashgan, chuqur paypaslanganda ikki tomonlama og'riqli.</p> <p>6. Bachadon hajmi o'zgarmagan</p> <p>7. Bachadon surib ko'rilganda kuchli og'riq beradi</p> <p>8. Ikki tomonlama bachadon naylari kattalashgan (ko'pincha).</p> <p>9. Qonli ajralma bo'lmaydi.</p> <p>10. Punksiyada orqa gumbazdan seroz suyuqlik olinadi</p>
---	--

punksiyaqilinib, qon olinadi	11. (-) bo'ladi
11. Homiladorlikka immunologik reaksiyalar bo'ladi	12. Kuchli lekotsitoz, EChT oshgan
12. Qonda biroz leykositoz, EChT sal oshgan bo'lishi mumkin	13. Umumiy intoksikatsiya belgilari bo'ladi.
13. Intoksikatsiya belgilaribo'lmaydi	14. Yallig'lanishga qarshi davo naf beradi.
14. Yallig'lanishga qarshi davonaf bermaydi.	

Tuxumdon apopleksiyasida juda kuchli og'riqlar, shok belgisi bo'lmaydi. Bachadondan qon ketishi ham kuzatilmaydi. Tuxumdon apopleksiyasi ovulyatsiya vaqtida yuzaga keladi.

O'sma oyoqchalarining buralib qolishi asosiy belgisi og'riqdir, lekin hushdan ketish, shok kuzatilmaydi. Anemiya belgilari bo'lmaydi. Qin orqali tekshirilganda bachadondan alohida ravishda o'sma aniqlanadi.

O'tkir pelvioperitonitga qarama-qarshi ravishda bachadondan tashqari nay homiladorligida anemiya, subnormal tana harorati, qorin oldingi devorining nafasda ishtirok etishi, yaqqol bo'lmagan Shyotkiin-Blyumberg belgisi kuzatiladi.

Oshqozon yarasi perforatsiyasiepigastral sohada o'tkir og'riq, anamnezida gastrit, yara kasalligi borligi muhim rol o'ynaydi.

Asosiy o'rinda shok belgilari turadi. Bachadondan tashqari homiladorlikda esa kamqonlik belgilari turadi.

Ichak tutilishibachadondan tashqari homiladorlikning o'xshash belgilari og'riq bo'lishi, meteorizm va qorin devorining rezistentligi, yelchiqmasligidir. Ichak tutilishida o'tkir kamqonlik belgilari bo'lmaydi, ich kelmasligi, yel chiqmasligi, qusish asosiy o'rin egallaydi. Ichak tutilishida Valdeyer, Spasokukotskiy belgilari (QZ) bo'ladi. Rentgenologik tekshirganda Kloyber kosachalari topilishi ichak tutilishi uchun xosdir.

Davolash. Asosan operativ davolanadi. Ingalyatsion narkoz beriladi va relaksantlar qilinadi yoki spinal anesteziya qo'llaniladi. Operatsiya quyidagi bosqichlardan iborat:

1. Qorin bo'shlig'ini ochish (laparotomiya). Pastki o'rta

laparotomiya (qovdan qindikkacha uzunasiga) yoki qov ustidan ko'ndalang kesim qilinadi.

2. Homiladorlik tufayli zararlangan nay operatsion jarohat yuzasiga chiqariladi.

3. Zararlangan nay olib tashlanadi (salpingoektomiya) agar tuxumdon ham zararlangan bo'lsa, salpingoovarietomiya qilinadi. Qorin bo'shlig'iga yig'ilgan qon olib tashlanadi.

4. Peritonizatsiya qilinadi (yumaloq boylam bilan) va operatsion jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Bu davolash usuli ko'pincha naydagi uzilgan homiladorlikda qilinadi.

Bachadon nayidagi o'sib boruvchi (uzilmagan) homiladorlikda quyidagi amaliyotlar qilinishi mumkin:

1. Salpingostomiya – bachadon nayi uzunasiga kesilib, homila tuxumi olib tashlanadi. Lekin homila tuxumi olib tashlangandan keyin salpingostoma yopilmaydi.

2. Bachadon naylarining segmentar rezeksiyasi. Bunda nayning homila tuxumi joylashgan qismi kesib olib tashlanadi va ikkala kesilgan qismi ulanadi (anastomoz). Nay ichida kateter qoldiriladi. Nay o'tkazuvchanligi tekshiriladi. Bu usul ko'pincha ikki marta ektopik homiladorlik o'tkazilayotgan ayollarda qilinadi. Bunday ayol homiladorlikni normal o'tkazish imkoniyatiga ega bo'ladi, bola tug'ish funksiyasi saqlanib qoladi.

3. Tuxum hujayra nayning ampulyar va fimbriya qismida joylashsa amputatsiya qilinib, nay stomoplastikasi qilinadi.

4. Operativ laparoskopiya orqali ham qisman yoki total salpingoektomiya qilish mumkin. Bu usulning afzalligi shundaki, bemor tezda oldingi hayotiga qaytadi, operatsiya davomiyligi operatsiyadan keyingi davr va statsionarda yotish muddatlari kamayadi.

Ayni vaqtda gemorragik shokka qarshi tezkor choralar ko'riladi. Bemorga plazma, eritrotsitar massa va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi (stabizol, poliglyuqin, jelatinol, kristalloid eritmalar). Antibakterial desensibillovchi (dimedrol, suprastin, tavegil, pipolfen), yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi muolajalar o'tkaziladi.

Sog'lomlashtirish tadbirlari. Ektopik homiladorlikni o'tkazgan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladilar. Operatsiyadan keyin 4-5 kunda nospetsifik terapiya: umumiy quvvatlantiruvchi, gemostimullovchi, desensibilizatsiyalovchi, fizioterapevtik muolajalar boshlanadi. 5-6 oy

mobaynida 3 ta kurs sog'lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi: operatsiyadan keyin 5 kun dikloran 2,0 m/o, elektroforez (kaliy yod bilan) qorindumg'uz sohasiga qo'yiladi.

Jinsiy a'zolardan qon kelish to'xtagandan keyin (6-kunidan 14-kunigacha) davolash gidrotubatsiyasi (ifizol 1g, 25 mg gidrokortizon, 0,5% novokain) o'tkaziladi Dori astasekin yuboriladi. Gidrotubatsiya fizioterapiya bilan birga qo'shib olib boriladi:birinchi davolash kursida kaliy yod bilan elektroforez, ikkinchi kursida dikloran plyus gel, lidaza bilan ultratovush, uchinchi kursida dikloran plyus gel yoki lidaza bilan elektroforez o'tkaziladi.

Keyin ayolga 6 oy mobaynida kontratsepsiya maqsadida sintetik progesterinlar buyuriladi sanatoriy kurortlarda davolanish tavsiya qilinadi

Oldini olish. Ektopik homiladorlikning oldini olish homilaning omonligi gornida rivojlanishidan tortib uni bolalik va jinsiy yetilish davrlarida normal rivojlanishiga ahamiyat berishdan boshlanadi. Bu davrda infantilizmni o'z vaqtida aniqlab, uni davolash imkonini beradi. Abortlarga qarshi kurashish (kasalxonadan tashqarida qilinadigan abortlar) yallig'lanish jarayonlarini va boshqa bachadondan tashqari homiladorlikka olib keluvchi kasalliklarni o'z vaqtida aniqlab, davolash ektopik homiladorlikning oldini olishning eng asosiy sharti hisoblanadi.

Yelbo'g'oz

Homila tuxum kasalligi bo'lib, bunda xorion vorsinkalarining tuzilishi o'zgaradi. Kasallikdan oldin nozik bir hil yo'g'onlikda bo'lgan vorsinkalar yelbo'g'oz boshlanishi bilanoq bog'ichsimon poyaga aylanadi. Bu poyalarni huddi uzum shingili singari joylashgan va tiniq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar bilan o'raladi.

Vorsinkalar sifatining buzilib, o'zgarib qolishiga uning stromasi liqiddan massaga aylanishi va vorsinka epiteliysining o'sib qalinlashuvi sabab bo'ladi. Epiteliylar o'sib qalinlashuvi natijasida o'zgargan xorion vorsinkalari ba'zan desidual pardadan bachadon mushak qavatiga, hatto bachadon devorlarini yemirib qorin bo'shlig'iga kiradi. Yelbo'g'ozning bu shakli kam uchraydi va buzuvchi yelbo'g'oz deb ataladi.

Yelbo'g'oz ko'proq takroriy homiladorlikda uchraydi. Yelbo'g'ozning taraqqiy qilishda (homiladorlikda) avval vorsinkalar sifati o'zgaradi, agar yelbo'g'oz homiladorlikning so'nggi davrlarida boshlansa yo'ldosh zararlanadi. Yo'ldosh to'liq va qisman yelbo'g'ozga aylanishi mumkin.

Agar yoʻldoshning bir qismi ($1/3$ qismidan kamrogʻi) yelboʻgʻoz bilan zararlangan boʻlsa homila oʻz taraqqiyotini davom ettirishi mumkin.

Yelboʻgʻoz bilan yoʻldoshning vazifasi asosan izdan chiqadi va u homilani ozuq moddalar bilan taʼminlamay qoʻyadi, natijada homila xalok boʻladi.

Oʻlgan homila chiriydi yoki ona tanasiga shimilib ketadi. Yelboʻgʻoz oʻzidan keyin tuxumdonda albatta asorat qoldiradi. Tuxumdonlar mayda kistalardan iborat boʻlib qoladi. Ularning har ikkalasida ham sariq tana hosil boʻladi. Keyinchalik sariq tana kattalashadi. Uning kattaligi baʼzan homila boshidek boʻlishi mumkin.

Bemor sogʻaygandan keyin lyutein soʻrilib ketadi. Kistalar orqaga taraqqiy qilib yoʻqoladi. Yelboʻgʻozning hosil boʻlish sabablari hozirgacha aniqlangan emas.

Klinik kechishi. Yelboʻgʻoz kasalligi bir qancha belgilar bilan harakterlanadi: Ulardan asosiylari quyidagilar:

1. Homiladorlikning birinchi oylarida bachadondan qon ketadi va shu oylarga qon ketishning koʻp-ozligi turlicha boʻladi. Baʼzan qon vaqtincha toʻxtaydi. Ketayotgan qon suyuq qoramtir rangda boʻladi. Baʼzan qon bilan birga alohida pufakchalar ham ajralib chiqadi.

1. Bachadon hajmi homiladorlik muddatiga toʻgʻri kelmaydi. Chunki yelboʻgʻoz tez oʻsadigan boʻladi. Bachadonning baʼzi joyi yumshoq, baʼzi joyi qattiq boʻladi.

2. Paypaslab koʻrilganda homilani topib boʻlmaydi. Homilaning yurak urishi eshitilmaydi, qimirlashini ona sezmaydi.

3. Olimlarning kuzatishlariga koʻra yelboʻgʻozdan baʼzan intoksikatsiya boʻlib, qayta-qayta qusish, shish, albuminuriya va preeklampsiya paydo boʻlishi mumkin.

4. Qorindaogʻriqqaydo boʻlishiningsababi, XGmiqdorining koʻpayishi natijasida tekalyutein kistalarning paydo boʻlishi hisoblanadi.

Yelboʻgʻozni aniqlash:

1. Qin orqali rangsiz pufaksimon ajralmalarning koʻp topilishi.
2. XG miqdorining 100000 XB/ml dan oshib ketishi.
3. Bachadon hajmining homiladorlik muddatidan kattaroq boʻlishi.
4. Bachadondan qon ketishi.
5. Ultratovush orqali tekshirilganda normal yoʻldoshning va homilaning exo belgilari aniqlanmaydi.
6. Paypaslanganda bachadon konsistensiyasining bir xil emasligi (bir

qismi qattiq, bir qismi yumshoqroq bo'ladi) bunga - "soxta miomatoni bachadon" deyiladi.

Yelbo'g'ozni davolash. Yelbo'g'oz kasalligi hamma vaqt ham xavflidir. Ko'pincha homiladorlikning birinchi oylarida homila yelbo'g'ozdan nobud bo'ladi, bu ona uchun ham katta xavf tug'diradi, chunki bunday vaqtlarda qon ko'p ketishi va yelbo'g'ozning tez taraqqiy qilishidan tashqari u o'smaga, shishga (xorionepiteliomaga) aylanib ketishi mumkin.

Shuning uchun yelbo'g'oz bilan og'rig'an bemorni kasalxonaga zudlik bilan yotqizish va davolashni boshlash kerak.

Bachadon mushaklari yaxshi qisqaradigan bo'lganda kamdan-kam hollarda yelbo'g'ozning mustaqil tug'ilishi ham kuzatilgan.

Shuning uchun kasallik aniqlangandan so'ng, bachadon mushaklari qisqarishini oshiruvchi vositalar (oksitotsin, pituitrin, xinin) tayinlash mumkin.

Ma'lumki ko'p qon ketishi ayol hayoti uchun xavflidir. Shunga ko'ra qon ketishini to'xtatish uchun yelbo'g'ozni tezda olib tashlashga kirishiladi. Buning uchun bachadon yetarlicha ochiq bo'lgan vaqtda yelbo'g'ozni vakuum as-pirator yordamida chiqarib olinadi va bachadon devorlari qiriladi. Bu muolajadan oldin bachadonning qisqarishini ta'minlash uchun 1 ml oksitotsin in'yeksiya qilinadi.

Bachadon bo'yni teshigi berk bo'lsa, uni metalldan ishlangan Gegar kengaytirgichlari bilan bir barmoq enicha kengaytiriladi. So'ngra barmoq bilan yelbo'g'ozni olib tashlanadi. Bachadon ichiga biror asbobni kiritish juda xavflidir, chunki yelbo'g'oz natijasida bachadon devorlari yupqalashgan bo'ladi, shuning uchun vakuum-shprintsni ishlatish ma'qul.

Binobarin, bachadon ichiga suqilgan asbob bachadon devorini teshik qo'yishi extimoldan holi emas. Agar biror sababga ko'ra yelbo'g'ozni barmoqlar yordamida butunlay chiqarish mumkin bo'lmasa bachadon bo'shlig'ida ayrim pufakchalar qolganligi uchun qon ketish davom etaversa va bachadonning o'zholicha qayta qisqarishi sezilmasa, bachadon ichini katta kyuretk bilan qirib olinib gistologik tekshirishga yuboriladi.

Ba'zi paytlarda bachadon hajmi 20 haftalikdan katta va bo'g'zi berilgan bo'lganda, ko'p miqdorda profuz qon ketishi natijasida bemor hayotiga katta xavf tug'ilganda tezkor ravishda kesar kesish amaliyoti o'tkazishga to'g'ri keladi.

Ayol kelajakda tug'ishni rejalashtirmasa (bolalari bo'lsa) amaliyotni amputatsiya qilish bilan tugallash mumkin, lekin tuxumdonlarga tegilmaydi, chunki tekalyutein kistalar odatda surilib ketadi.

Yelbo'g'oz bilan og'rib tuzalgan ayol 2-3 yil davomida muntazam ravishda klinik va biologik tekshiruvdan o'tkazib turilishi kerak, chunki bu davrda o'sma (xorionepitelioma) paydo bo'lishi mumkin. Barcha ayollar onkologik dispanser nazoratida turishlari kerak. Ba'zilarga metotreksat bilan kimyoviyterapiya o'tkaziladi.

Xorionepitelioma

Xorionepitelioma - xorion epiteliy qavatlaridan rivojlangan xavfli o'smalar qatoriga kiradi. Bu metastazga moyil bo'lgan og'ir kasallikdir.

Xorionepitelioma paydo bo'lganda bachadondan tartibsiz asiklik ravishda qon ketishi bemorning kamqonlikka uchrashi, ozishi, tana haroratining ko'tarilishiga olib kelishi bu a'zolariga metastazlar berganligini ko'rsatadi. Bemor kaxeksiyadan (ozish) halok bo'ladi.

Xorionepitelioma bachadon devorida rivojlanib uning mushak qavatiga kiradi va bu qavatni ham buzadi. Natijada bachadon g'adir-budur bo'lib qoladi va uning hajmi kattalashadi. Metastazlar natijasida xosil bo'lgan tugunlar bachadon devorida ham paydo bo'lib, bular o'z o'lchamlari bo'yicha katta tuxumdek bo'lishi mumkin. Metastazlar asosan qin devoriga, o'pkaga, miyaga tarqaladi. Bunda tuxumdonlarda ham yelbo'g'ozdagi kabi o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxumdonlar ikki tomonlama kattalashib kichraymasdan turadi.

Xorionepiteliomaning oldini olish uchun kasallikning eng dastlabki davrini aniqlab diagnoz qo'yish kerak. Shuning uchun yuqorida aytib o'tilganidek yelbo'g'oz bilan og'rib o'tgan ayol uzoq vaqt shifokor ko'rigiga kelib turishi kerak.

Ayolning siydidagi XG miqdorini aniqlaganda uning xaddan tashqari oshib ketishi, xorionepitelioma boshlanayotganini ko'rsatadi. Yelbo'g'oz bilan og'rigan ayollarda XG miqdorini albatta vaqti-vaqti bilan aniqlab turish kerak, kasallik diagnozini faqat shu usul yordamida tasdiqlanadi. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, kichik chanoq a'zolarini ultratovush orqali tekshirish asosiy usuldir.

Davolash. Asosiy davolash usuli kimyoterapiyadir. Bunda metotreksat-TEVA 50 mg 2 ml preparati qo'llaniladi. Bu yordam bermasa gisterektomiya qilinadi. Agar ximioterapiya samarali natija bersa va vaqtida o'tkazilsa ayolning tug'ishiga ruxsat beriladi. 50% ayollar homilador bo'lib sog'lom bola tug'ishlari mumkin.

IV BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI SPETSIFIK VA NOSPETSIFIK ETIOLOGIYALI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI SPETSIFIK VA NOSPETSIFIK ETIOLOGIYALI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI.

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

Uchrashi: jinsiy a'zolar yallig'lanishi hamma ginekologik kasallarning 60 - 65 % ini tashkil etib, ularning 30 % statsionar sharoitda davolanadi. Yallig'lanish kasalliklarining o'sishi aholi migratsiyasining ko'payishi urbanizatsiya, prostitutsiyaning ko'payishiga bog'liqdir.

JSST (1982) ma'lumotiga qaraganda, jinsiy a'zolar yallig'lanishi umumiy aholining 1 %ini tashkil etib, aholining seksual aktivligi sonining 3 % ni tashkil etadi. Sanoati rivojlangan mamlakatlarda AQSH va Yevropada salpingit 15 - 39 yoshli ayollarda har 1000 tadan 10 - 13ta uchraydi, 75 % ayollar 25 yoshdan kam, shulardan 75 % tug'maganlardir.

Xlamidiyalar sababli bo'lgan yallig'lanish 15-19 yoshli qizlarda 16 %, 25-30 yoshlarda 6 % va 30 yoshli 2,5 % ni tashkil etadi. Mikoplazmalar, uroplazmalar 20 yoshgacha bo'lgan ayollarda ko'p yallig'lanishga sabab bo'ladi. 30 yoshdan ortiqlarida kasallik sababi anaerob mikroorganizmlardir. O'tkir yallig'lanish jarayonlari 20-24 yoshgacha bo'lgan gruppada, 25-30 yoshda surunkali yallig'lanish jarayonlari va ularning asoratlari ko'p uchraydi. (bepushtlik, ektopik homiladorlik).

Jinsiy a'zolar yallig'lanishida jinsiy a'zolar ideal mikroflorasi muhim rol o'ynaydi. Jinsiy traktning ma'lum uchastkasida normada ma'lum mikroflora yushaydi. Qin mikroflorasi quyidagilardan iborat:

Infekcion flora: anaerob va asosan aerob, gemolitik va nogemolitik streptokokklar, enterokokklar, gemolitik streptokokklar. Klebsiela, enterobakteriyalar, proteus turidagilar, ichak tayoqchalari, zamburug'lar (kandidalar)ham uchraydi.

Patogen mikrofloraning uchrashi patologik prosesdan darak bermaydi. Agarda o'tkir yallig'lanish belgisi bo'lmasa qin mikroflorasiga endogen faktorlarning ta'siri bor. Estrogen ko'payishi bilan uning ta'sirida glikogen va mutsin hosil bo'lishi ko'payadi. Qin devori vaskulizatsiyasi ko'payib, patogen mikrofloraning virulentligini oshiradi. Aeroblar miqdori hayz oldidan kamayadi, bu gormonal o'zgarishga bog'liqdir.

Qin mikroflorasiga ekzogen ta'sirlar ximik, termik bo'lib, bular qinni yuvganda ta'sir qiladi. B. Larsen (1988) jinsiy traktning pastki qismida joylashgan mikroflora yuqoriga ham o'tishi mumkin deb hisoblaydi. Ularning virulentligini aniqlash uchun quyidagilarni aniqlash kerak.

-mikroorganizmni fagotsitozdek himoyalovchi qobig'i bor yoki yo'qligi.

-ekzo – endotoksinlar ajralishi

-ekstrahujayra fermentlar (kollagenaza, gialourinadaza, elastaza) ishlab chiqishi.

Jinsiy yo'llarda doimiy uchraydigan mikroorganizmlar ma'lum sharoitda virulent bo'lishi yallig'lanish jarayonlarida ishtirok etishi mumkin. Ularning aktivlanishiga va yallig'lanishiga ishtirok etishiga yo'l qo'ymaydigan fiziologik himoya mexanizmlari bo'lib, ularga:

- tuxumdon gormonlari ta'sirida epiteliy yuzasi hujayralarining deskvamatsiyasi va sitolizi

-nospetsifik antimikroorganizm mexanizmlar, makrofag va leykositlar yordamida fagotsitoz.

-immun mexanizmlar T-limfotsitlar, immunoglobulinlar, komplement tizimasi kiradi. Ular zamburug'lardan, viruslardan himoya qiladi.

Jinsiy tizimning yuqori qismi uchun uning pastki qismi servikal va endometriyaning himoya mexanizmlari ahamiyatga ega. Servikal kanalidagi shilliq (shilliq proba) barer xossasiga ega bo'lib, jinsiy traktning tepa va pastki qismini ajratib turadi. Bu shilliqda antibakterial moddalar bo'lib, ulardan lizotsim plazmadagi miqdordan 100 marta ko'pdir. Bundan tashqari unda

ichak tayoqchasiga va gonokokka, salmonellaga qarshi antitelalar mavjud. Bachadonda bar'er funksiyasini hayz paytida ko'chib turuvchi endometri bajaradi.

Infeksiyaning tarqalish yo'llari: Infekcion agentlarining jinsiy a'zolari yuqori bo'limiga o'tishi spermatozoidlar, trixomonadlar yordamida passiv transport holda yoki gematogen, limfogen yo'l bilan ro'y beradi.

Gonokokklarning sperma orqali o'tishi ahamiyatga ega. Spermatozoidlar yuzi manfiy zaryadga ega, unda o'ziga xos mikroorganizmlar uchun retseptor bo'lib, ularni biriktirib oladi va jinsiy a'zolarining yuqori qismiga o'tkazadi. Trixomonadlar ham infeksiyani olib o'tadi. Infeksiyaning jinsiy a'zolarining yuqorigi qismiga o'tishi bachadon ichi protseduralaridan keyin ham bo'lishi mumkin. (zondlash, GSG, gidrotubatsiya, operatsiyalar, abort, BIV). BIV bor ayollarda yallig'lanish jarayonlari 4 marta ko'p uchraydi. VIS da yallig'lanish paydo bo'lishi uchun kontraseptiv atrofida yallig'lanish reaksiyasi bo'lishi, endometriyaning eroziyasi, fibrinolitik aktivlikning oshishida prostoglandinlarning ko'payishi ahamiyatga ega. VIS iplari orqali mikroflora bachadon ichiga tushadi.

Tibbiy abortning ko'p uchraydigan asoratidan biri yallig'lanish jarayonidir. Yallig'lanish birinchi 5 kunda boshlanadi. U 2-3 haftadan keyin boshlanishi mumkin. Agar servikal kanalda patogen mikroflora bo'lsa, yallig'lanishga risk oshadi. Tug'ruqdan so'nggi infeksiya ham yallig'lanishning asosiy sababchisidir. U yallig'lanishning rivojlanishiga va uning uzoq davom etishiga, organizmning o'rganuvchi reaksiyasining yetishmasligiga olib keladi. Uning natijasida perinatal davrda tug'ma endokrin, modda almashinuvi va boshqa buzilishlar; bolalik, pubertant yoshida infeksiyon kasalliklar; yetilgan yoshda neuroendokrin buzilishlar, umumiy va ginekologik kasalliklar kелиb chiqadi. Ovqatlanish, yashash sharoitlari, tashqi va ichki faktorlar buziladi.

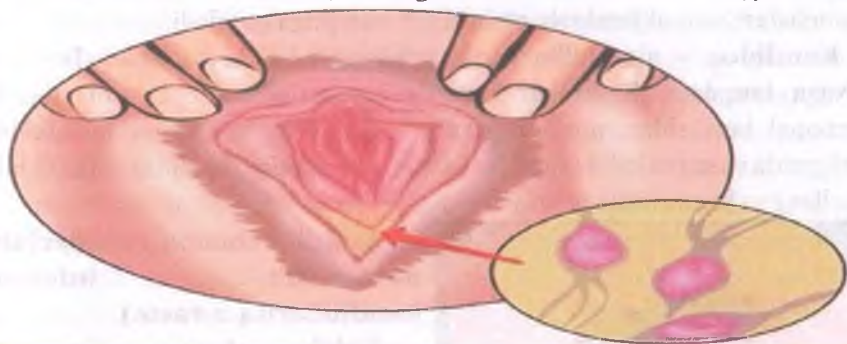
Jinsiy a'zolar pastki qismidagi yallig'lanish jarayonlarining sabablari: kandida, trixomanioz, xlamidin, viruslar, streptokokklar.

QIZLARNING NEYTRAL DAVRIDA VULVOVAGINITLAR VA KOLPITLAR. ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI

Vulvit - ayollarda reproduktiv yoshda vulvit kolpit, servisit, endometritdan so'ng paydo bo'lib, unda infeksiya ajralmalar orqali vulvaga tushadi. Birlamchi vulvit gigienaga rioya qilmaganda, ekstragenital kasalliklar

(qandli diabet, semizlik) ximik, mexanik (qichish) ta'siridan paydo bo'ladi. Vulvitning o'tkir stadiyasi giperemiya, shish, seroz yiringli ajralma qoplanishi bilan harakterlanadi. Sub'ektiv shikoyati og'riq, achishish, umumiy behollik. Surunkali stadiyada: giperemiya, shish, ekssudatsiya kamayadi va vaqti - vaqti bilan ko'payadi.

Davosi: antibakterial davo, ekstragenital kasallikni davolash.(4.1-rasm)



4.1 rasm Kolpit

Kolpit - reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi. Sababi trixomonada, kandida, viruslar, sitomaliya virusi, shartli patogen mikroorganizmlar, stafilakokk, streptokokk, entereokokk, protei, gemofilli va boshqa tayoqchalar. Kasallikning o'tkir davrida giperemiya, shish, ekssudatsiya, seroz yiringli ajralma bo'lishi bilan harakterlanadi. Kasallar og'riqqa, qichishishga, achishishga shikoyat qiladi. Kasallik og'ir kechsa, tana harorati ko'tariladi, ahvoli og'irlashab uyqusi buziladi. Surunkali kolpitda faqat yiringli ajralma saqlanadi.

Diagnostik anamnez, shikoyati, umumiy ko'rik, bakteriologik, bakteriskopik tekshirish mikroorganizmni aniqlashga va uni sezgirligini aniqlash uchun ishlatiladi.

Davosi: 1. Etiologik yallig'lanishga qarshi dorilar.

2. Organizmdagi boshqa kasallikni davolash.

3. Jinsiy aloqani to'la davolangungacha to'xtatish.

Maslahat: jinsiy a'zolarini kaliy permanganatining eritmasida yoki romashka damlamasida kuniga 1 marta yuvish. Agar yiringli ajralma bo'lsa antibakterial preparatlar, Siteal, Turozur eritmasi bilan yoki antibakterial eritmasi bilan yuvish kerak. Antibakterial preparatlarda xlorfilipt bilan

yuvish. Mazlar oblepix va nistatin va gerpevir ishlatiladi. Surunkali stadiyada estrogenli shamcha kolpotropin, kolposeptin qinga tampon holda qo'yiladi. Bakterial kolpit davosi gigienik talablariga rioya qilish (tanani toza tutish, jinsiy a'zolari va oraliqni toza tutish (dieta/ovqatlanish, uglevod, vitaminlar) boy meva – sabzavotlar buyirish kerak). Takrorlanuvchi vulvaginitda qingun estrogen gormonlari bor mazlar ishlatiladi. Urogenal shamlar (Ginomik shamchalariyokipolijinaksshamchasi)5-7 kunqinga qo'yiladi.

Kandidoz – qin shilliq parda infeksiyasi bo'lib, bachadon bo'yni va vulvaga tarqaladi. Kasallikni kandida zamburug'lari chaqiradi. Kasallik gormonal buzilishlar; oqsillar, yoglar, uglevodlar, vitaminlar metabolizmi buzilganda va surunkali kasalliklar (diabet, tuberkullyoz, salpingoofarit) bilan kasallangan bemorlarda uchraydi.



Kichik chanoq a'zolarining nospetsifik infeksiyon kasalliklari(4.2-rasm)

Kichik chanoq a'zolarining nospetsifik infeksiyon kasalliklariga endometriy, bachadon naylari, tuxumdon, chanoq qorin pardasi yallig'lanishi kiradi. Bu a'zolarining yallig'lanishi alohida holda klinik amaliyotda kam uchraydi. Kuperman (1988) yallig'lanish jarayonlarini o'rta og'ir va og'ir (peritonit, kichik chanokda shish) darajaga bo'lishni taklif qiladi. Yallig'lanish sabablari gonokokk, xlamidin, streptokokk, stafilokokk mikoplazmalar, ichak tayoqchasi, proteyalar, enterekokklar va boshqalar.

Endometrit - Bachadon ichki qavati yallig'lanishi, asosan o'suvchi, kambial qavat yallig'lanadi.

O'tkir endometrit: u abort, tug'ruq va diagnostik manipulyatsiyadan so'ng paydo bo'ladi. Uni yuqorida aytib o'tilgan mikroorganizmlar chaqiradi, ko'p hollarda ularning assotsiatsiyasi uchraydi. Xlamidiy va genital herpes keyingil hollarda uchraydi.

Etiologik prinsipiga ko'ra endometritlar spesifik va nospetsifik (Bodyajina V.I. 1976 y) endometritlarga bo'linadi. Spesifik turga sil, gonoreya, aktinamikoz chaqirgan endometritlar kiradi. Mikroorganizm florasining

evolyutsiyasi, mikroorganizmning nerv, endokrin va boshqa tizimlarining kam simptomli endometriyning rivojlanishiga katta rol o'ynaydi.

Yallig'lanish endometriyning pastki qavati mushak qavatini ham jalb qilishi

mumkin. Yallig'lanish reaksiyasi mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi bilan harakterlanadi. Miometriyda shish, neytrofil infiltratsiya kuzatiladi. Agar anaerob flora qo'shilsa miometriyning nekrotik destruksiyasi kuzatiladi.

Klinik belgilari. Kasallik infeksiya tushgandan so'ng 3-4 kunda boshlanadi. Tana harorati ko'tariladi, puls tezlashadi, leykositoz, EChT ko'payadi. Bachadon biroz kattalashadi, ogriqli bo'ladi. Ajralma seroz – yiringli bo'lib ko'p vaqt mobaynida shilliq – qonsimon bo'lib turadi. Kasallik 8-10 kun davom etib yaxshi davolanmasa, yarim o'tkir yoki surunkali formaga o'tadi. Agar antibiotiklar qo'llanilsa kasal yengil yoki abortiv formaga o'tadi.

Surunkali endometritning kelib chiqishi ko'p yillar mobaynida muhokama qilinib kelinadi. O'tkir endometritning surunkali formaga o'tishi shubhali hisoblanadi. Surunkali endometrit 0,2-0,6 % o'rtacha 14 % uchraydi. Har xil % ko'rinishida uchrashiga sabab diaqnoz qo'yishda morfologik kriteriyalarning har xilligidir. Keyingi yillarda surunkali endometrit ko'p uchrayapti. U abortlar, BIV, endoskopik tekshirish usullarining ko'payishi bilan bog'lanadi. Surunkali endometrit o'tkir endometritning oxirigacha davolanmaganligidan kelib chiqib, u bachadondan qon ketganda, bachadon ichiga qilingan manipulyatsiyalardan keyin paydo bo'ladi. Kam hollarda surunkali endometrit kechki abortda yo'ldosh qoldig'i qolganda yoki kesar – kesishdan so'ng chok qoldig'i bo'lganda. Ko'p surunkali endometrit latent kechadi va infeksiyaning klinik belgilari bo'lmaydi. Oddiy bakteriologik usul bilan infeksiyon agent hamma payt aniqlanmaydi, uni aniqlash uchun immunositokimyoviy usul ishlatiladi.(4.3-rasm)



Surunkali endometritning quyidagi morfologik variantlari bor: atrofik- bunda bez atrofiyasi, stroma fibrozi, limfoid elementlari infiltratsiyasi uchraydi. Kistoz- bunda fibroz to'qima bezning chiqish kanalini qisib, bez

ajratmasining to'planishiga olib keladi va kista hosil bo'ladi. SE ning spesifik makroskopik o'zgarishi bo'lmaydi. Uning yuzasida seroz gemorragik va yiringli ajralma kuzatiladi. Endometrit qalinlashib unga kirganda ko'p material olinadi. Kam hollarda fibroz chandiqlik hosil bo'lib bepustlikka olib keladi. Diagnostika qo'yish uchun gistologik kriteriya limfoid elementlaridan, plazmatik hujayralar, leykositlardan hosil bo'lgan infiltrat bo'lib hisoblanadi. Spiral arteriyalar sklerozi endometriyaning chuqur va yuza bo'limlarida kuzatiladi. Morfologik va funksional endometriyadagi o'zgarishlar MNT patologik afferentatsiyasiga olib keladi. Gipotalamo-gipofizar tizim o'zgarishi sababli tuxumdonning endokrin funksiyasi kamayadi va ko'p hollarda ovulyatsiya jarayoni buziladi.

Klinik belgilari. Kasallik klinikasi endometriyda patologik o'zgarishlar chuqurligi va davomiyligini o'zida aks ettiradi. Endometriyning transformatsiyasi yetarli bo'lmagani uchun deskvamatsiya, regeneratsiya jarayonlari buziladi va shu sababli menstruatsiya oldi va keyingi qon ketishlar kuzatiladi. Hayz o'rtasida qon ketishiga ovulyatsiya davrida qon tomirlari o'tkazuvchanligi oshishi sabab bo'ladi. Qon ketish sabablaridan biri bachadon mushakaturasining qisqarishi buzilishi va trombotsitlarning agregasion xossasi o'zgarishidir. Qon ketishdan tashqari bu kasallarda sekretor funksiya buziladi (seroz, seroz-yiringli ajralmalar keladi).

Doimiy shikoyatlari qov ustida og'riqli, bachadonning biroz kattalashuvi va qattiqlashuvi aniqlanadi. Surunkali endometritda chatishish bo'ladi, lekin endometriyadagi o'zgarishlar implantatsiyaga va tuxum hujayralarining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Bu homila tushishiga va bepustlikka olib keladi.

Davolash. O'tkir davrda mikroorganizmlar sezgirligiga qarab polisintetik penisillin, kanamisin, gentamisin buyuriladi. Dori dozasi va davomiyligi kasallik og'irligiga qarab buyuriladi. Ko'p hollarda anaerob qo'shilishi sababli metranidazol buyuriladi. Infuzion, desansibilizatsiyalovchi, umumiy quvvat dorilar buyuriladi. SE kompleks davo (antibakterial, umumiy quvvat, sedativ, desensibilizatsiyalovchi, vitaminlar) qullaniladi. Fizioterapiya davolash gemodinamikani, tuxumdon shishini endometriya retseptorlari aktivligini oshiradi. Endometriyning o'ziga antibiotiklar yuborish, bachadon ichi diallax yaxshi natija beradi, buning uchun dimeksid, lidaza, novokain, dimedrol ishlatiladi.

Bachadondan qon ketishiga qarshi gormonal gemostazdan tashqari trenaksan kislotasi ishlatiladi. U 5 ml 5 kun ishlatiladi. Xlamidiy ko'p uchragani uchun tetrasiklin, doksasiklin va makrolidlar buyuriladi. Antibiotiklar kasallik qo'ziganda buyuriladi. Immunomodulyator va virusga qarshi preparatlar (Groprinosin, Geviran, Bioflazid) surunkali endometrit davosida asosiy o'rinni egallaydi. U kasallik davomiyligi, kasal yoshi, tuxumdon funksiyasiga qarab buyuriladi. SE va salpingoofaritda UTT impulsiv rejimda, 35 yoshdan katta bo'lsa, elektrofarez rux va yod bilan buyuriladi. Kurort davo effektivdir.

Salpingooforit- Jinsiy yo'llar yallig'lanishida asosiy o'rinni egallab, bepushtlikka tahdid soluvchi kasallikdir. Nospetsifiksalpingooforit patogen va shartli patogen mikroorganizmlar chaqiradi: stafilakokk, streptokokk, esherixi, enterekokk, xlamidiy, anaeroblar. Ko'p hollarda aralash infeksiya chaqiradi.

Yallig'lanish bachadon naylari shilimshiq qavatidan boshlanib, bu yerda giperemiya, mikrosirkulyatsiya buzilishi, eksudatsiya va perivaskulyar infiltrat hosil bo'ladi. Keyinchalik bachadon naylari mushak qavatiga o'tib qalinlashadi, uzunlashadi, og'riqli bo'ladi. Salpingit va ofarit bir xil patogenez va klinik kartinasi bor, shuning uchun salpingoofarit deb yuritiladi.

Nay ajrilmalari bilan mikroorganizmlar qorin bo'shlig'i tomonga qarab chiqib nay seroz qavatini va qorin pardasining yallig'lanishiga olib keladi. Ovulyatsiyadan so'ng follikulaning granulez pardasi yallig'lanadi. Ampulyar qismi yopilib qolsa, xaltasimon « shish» (gidro-piosalpinks) paydo bo'ladi.

O'tkir salpingooforit klinikasida 2 faza bor:

1. Toksik xarakteridagi aerob flora ko'p bo'ladi.
2. Aerob floraga anaeroblar qo'shilib, kasallikni og'irlashtiradi va asoratga olib keladi.

Aynan 2 fazada tubovarial shish paydo bo'lib, uning perforatsiyasi kuzatilishi mumkin.

Klinik belgilari. Tana harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yiringli jarayonlarida sovuq qotish kuzatiladi, diuretik belgilar paydo bo'ladi. Kasallikning 1 kunida qorinda qattik og'riq, mushak himoyasi fenomenni bo'ladi. Vaginal ko'rganda bachadon ortiqlari kattalashadi, shishgan, harakati kamaygan bo'ladi. Leykositoz, globulin fraksiyasi ko'paygan, EChT o'sishi, C-reaktiv oqsil ko'payganligi qayd etiladi.

Kuchli intoksikatsiyadan nerv va qon tomirlari tizimsida o'zgarishlar bo'ladi. O'tkir yallig'lanish yaxshi davolansa butunlay davolanadi, yoki yarim o'tkir yoki surunkali formasiga o'tishi mumkin.(4.4- rasm)

Tashxisini qo'yishda anamneziga, shikoyatlariga, ob'ektiv tekshirish UZI va



laparoskopiya natijasiga asoslanadi. Bachadon naylarining o'tkir yallig'lanishlarida servikal kanal mikroflorasini tekshirish unchalik katta ahamiyatga ega emas, chunki bu mikroflora ekssudatsiyadan va bachadon naylari to'qimasidan farq qiladi. Laparoskopiya vaqtida olingan ekssudatning mikroskopik va bakteriologik tekshiruvi esa to'g'ri ma'lumotga ega qildiradi.

Davosi. Salpingooforit o'tkir bosqichida davo faqat shifoxonada olib boriladi. Bu yerda kasalga fizik va asabiy



osoyishtalik sharoiti yaratilib, yengil va tez hazm bo'ladigan taomlar va kerakli miqdorda suyuqlik tavsiya qilinadi va ichaklar va siydik ajratish a'zolari faoliyatini nazorat qiladi.

Salpingooforit davolashda antibiotiklar asosiy o'rinni egallaydi. Ularni qo'llanilgandan natija kasallik chaqiruvchi mikroorganizmning xususiyatlariga va uning shu antibiotikka ta'sirchanligiga bog'liq. Qo'llaniladigan antibiotik dori yallig'lanish o'chog'ida maksimal miqdorda bo'linishi ta'minlanishi shart. Yarim parchalanish davri juda uzoq bo'lgan antibiotiklarni qo'llash zarur. Kasallikning og'ir klinik kechishida, yallig'lanish jarayonining tarqalishida, gramm (-) va gramm (+) floraning birga uchrashishida, anaerob flora bo'lishi xavfida bir necha antibiotik qo'shib qo'llash kerak. Klindamisin bilan xloramfenikolni, gentamisin bilan levomisitinni, linkamisin bilan birga qo'llash tavsiya qilinadi. Agar o'tkir salpingooforit kasalligida mikroorganizmlar qo'shilmasi (assotsiatsiyasi) (streptokokk, stafilokokk, enterobakteriyalar yoki anaerob (bakteroidlar, pentostreptokokklar,

pentokokklar) aniqlansa davonikeng spektrli sefalosporinlar Seftazon 1,5 mg bilan birga aminoglikoidlar (gentamisin 1 mg/kg vena ichiga kuniga 2 marta) qo'llashdan boshlash kerak. 72 soat davomida natija bermasa klindamisin 600 mg dan kuniga 4 marta vena ichiga, tana harorati normallashib, qorin parda qo'zg'aluvchanligi yo'qolganicha qo'llash kerak (standartga qarang). Anaerob flora borligi ehtimoli bo'lganda obligat anaeroblarga bakteritsid ta'sir qiluvchi metranidazol qo'llaniladi. Og'ir hollarda metranidazol 1-1,5 g sutkada 5 ml/ minutiga tezlik bilan 5-6 kun beriladi. Zaharlanish belgilari kuchli namoyon bo'lgan hollarda infuzion davo: ftorxinolonlar beriladi (suyuqlikning umumiy miqdori 2-2,5 l/sutkasiga). Zarur bo'lsa infuzion davo qo'shib ishlatiladi. Vitaminlar, kislota-ishqor holatini normallashtiruvchi dorilar (4-5% bikorbonat natriy 500-100,0 ml miqdorda) qo'llash kerak. Antigistamin dorilar (suprastin, dimedrol) ham tavsiya qilinadi.

O'tkirsalpingooforitda laparoskopiya yaxshi natija beradi, chunki chanoq a'zolari holati ko'rilgan bo'lgan patologik o'zgarishlarga qarab bachadon naylarini izotonik suyuqlik bilan antibiotiklar va antiseptiklar quyib yuvish yangi hosil bo'lgan nozik chandiqlarni ajratish ayniqsa, fimbrial bo'lim va tuxumdonning chandiqlaridan ajratish mumkin. Chanoq bo'shlig'ida yiring bo'lsa, u so'rib olinib antiseptik va antibiotikli suyuqlik bilan yuviladi.

Chet ellik mualliflarning ta'kidlashicha, davolashning bu usuli ko'p hollarda bachadon naylari va tuxumdonlar faoliyatini tiklashga, shu bilan birga reproduktiv faoliyatining saqlanishiga kafolat beradi. Yiring olinib, kichik chanoq a'zolari sanatsiya qilingach, yaxshi klinik natija kuzatiladi. Orqa gumbazdan punksiya qilib, «tubovarial o'sma» dan yiringli suyuqlik olinib, shu igna orqali antibiotiklar yuborish ham yaxshi natija beradi. Ayrim hollarda bu usul operativ davolashdan saqlashga sharoit yaratadi. Lekin Kravpolskiy V.I. va Kulakov V.I. (1984 y.) ta'kidlashicha ortiqlarda yiringli o'zgarish bo'lsa, ularni jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. Surunkali bosqichda autogemoterapiya, aloe, fizioterapiya, UB nurlari, dorilar elektroforezi (kaliy, magniy, rux, vibromassaj, UTT ni qo'llash)

Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYUK)

Ilgari tanosil kasalliklari deb nomlanuvchi atama yaqindan boshlab jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYUK) deb ataladigan bo'ldi

JYOYUK guruhiga asosan jinsiy aloqa vositasida o'tadigan: yuqumli kasalliklar kiradi. Hozirgi paytda yuqumli kasalliklar orasida JYOYUK juda keng tarqalgan bo'lib, ko'pgina mamlakatlarda ijtimoiy muammolar keltirib

chiqarmoqda. Ilgarilar tanosil kasalliklariga; asosan 5 ta yuqumli kasalliklar, ya'ni, so'zak, zaxm, shankroid, tanosil limfogranulyomasi va qov granulyomasi kiritilgan bo'lsa, ularning soni hozirgi kunda; Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tasnifiga ko'ra 20 dan oshib ketdi. Ular qatoriga OITS, trixomoniaz, xlamidioz va boshqa ko'plab kasalliklar ham qo'shildi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tasnifiga muvofiq quyidagilar kiradi:

1. *Bakterial vaginoz*
2. *Kandidoz*
3. *Trixomoniaz*
4. *Gepatit*
5. *Genital herpes* Chov granulyomasi
6. *Tanosil limfogranulyomasi*
7. *Gonokokksiz uretrit*
8. *Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. (OITS)*
9. *Urogenital xlamidioz*
10. *Sitomegalovirus infeksiyalari*
11. *Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari*
12. *Zaxm*
13. *So'zak*

Kasallik keltirib chiqaruvchi etiologik omillarga asosan viruslar, bakteriyalar, sodda mikroorganizmlar, parazitlar kiradi.

JYOYuKning dastlabki ko'zga tashlanadigan belgilaridan erkaklarda uretrit, ayollarda servisit, vaginit, jinsiy a'zodagi yaralar, o'tkir uchli kondilomalar, immun xususiyatning pasayishi va boshqalar.

Ikkilamchi belgilariga epididimit, chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari (CHAYAK), o'tkir uretritlar kiradi. Ko'pchilik hollarda JYOYuKni bir xil mikroorganizm chaqirishi mumkin, ba'zan esa bir necha qo'zg'atuvchilar chaqirgan holatlar ham uchraydi.

Jahonning turli mamlakatlarida JYOYUKni keltirib chiqaruvchi etiologik omillar ularning turli mintaqada turlicha virulentligiga (kasallik chaqirish qobiliyatiga) qarab har xil bo'lishi mumkin. Masalan: G'arb mamlakatlarida ko'proq sodda viruslar keltirib chiqaradigan jinsiy a'zolar yaralari, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa OITS, xlamidioz kabi kasalliklar ko'p uchraydi.

Markaziy Osiyo mintaqasida vaginozlar, servitsitlar va bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (eroziyasi) jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning xarakterli xillari bo'lib hisoblanadi, ularning kelib chiqishida bir necha mikroorganizm shtammlari o'rin tutadi.

Keyingi vaqtlarda JYOYuKning oldini olish va samarali davolashdagi qiyinchiliklarga antibiotiklar ta'siriga chidamli bo'lib qolgan mikroorganizm shtammlarining ko'payib borishi sabab bo'lmoqda. Bundan tashqari 5 xil kasalliklarga qarshi emlovchi zardoblar ishlab chiqilmaganligi, kasallikni o'z vaqtida aniqlab, davolash uchun tibbiy xodimlarining malakalari ham unchalik yetarli emasligi kasallikning tezlik bilan tarqalib ketishiga sabab bo'lmoqda.

JYOYuKlar o'zidan keyin jiddiy asoratlar qoldirishi bilan ham xavflidir. Bunday asoratlardan kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi, bachadon naylarining ikki tomonlama o'tkazuvchanligining buzilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, bepushtlik, zaxmda tug'ma asoratlar, kasallikni boshqa juftlarga yuqtirish kabilar.

JYOYuK ning epidemiologiyasi. JYOYUKlar xavfi yuqori bo'lgan guruhga 25 yoshgacha bo'lganlar, shaharda hamda noqulay ijtimoiy-iqtisodiy muhitda yashovchi shaxslar kiradi. Bundan tashqari boshqa guruhga uzoq borish qiyin bo'lgan qishloq va tumanlarda tibbiy xizmati va muhofaza ishlari yaxshi yo'lga qo'yilmagan mintaqada yashovchi shaxslar, ko'chmanchi qabilalar, emigrantlar kiradi.

JYOYuKni aniqlash (diagnostikasi)ning muhim jihatlari. JSST tomonidan bu kasalliklarni tekshirib, diagnozini aniqlash va davolash-profilaktik ishlar yuzasidan maxsus protokol tavsiya etilgan. Shunga ko'ra dastlabki diagnostik, profilaktik tadbirlar sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inlarida (qishloq va shahar vrachlik punktlari, poliklinikalar)da amalga oshirilishi lozim. Buning uchun oddiy usul bilan uretra va qin ajralmalarini fiziologik eritmaga aralashtirib, hamda ikkinchi usul shunday ajralmalardan surtma tayyorlab, gramm usulida bo'yab mikroskopiya qilish.

Oddiy mikroskop yordamida trixomoniaz, kandidoz va bakterial vaginoz chaqiruvchi mikroorganizmlarini aniqlash mumkin. So'zak, xlamidioz, zaxm kasalliklariga tekshirish uchun maxsus jihozlangan laboratoriya sharoiti yaratilishi kerak, bu tekshirish usullarini qishloq sharoitida amalga oshirish imkoniyati bo'lmaydi. Shuning uchun laboratoriya tekshirishini o'tkazish

imkoniyati cheklangan muassasalarda har bir bemorni klinik jihatdan tekshirib chiqishga to'g'ri keladi.

Kasallikning dastlabki simptomlariga qarab diagnozni aniqlash mumkin bo'ladi. Lekin bunda bir nechta jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning simptomlari bir-biriga o'xshashligi, kasallikni bir nechta mikroorganizmlar (qo'zg'atuvchilar) chaqirishi mumkinligi inobatga olinishi lozim. Bu haqida kasalliklarga alohida ta'rif berilganda tanishasiz.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni samarali tekshirish va davolash uchun kasallik xavfi yuqori bo'lgan guruhga tegishli shaxslarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Shuning bilan birgalikda JYOYuKni mazkur mintaqada qaysi turi ko'proq uchrashi, bu haqida tegishli davolash-profilaktik muassasalaridan yetarlicha statistik ma'lumotlarga ega bo'lishning ham ahamiyati kattadir. Barcha aholini bir yo'la tekshirish iloji bo'lmaganligi sababli tibbiyot muassasalariga (urolog, akusher-ginekolog, dermatovenerolog va xokazo) murojaat yetuvchi aholi qatlamini JYOYuKlarga tekshirish salmoqli diagnostik imkoniyat yaratadi.

Buning uchun tibbiyot xodimlari quyidagilarni bilishlari kerak:

- qanday hatti harakatlar inson uchun xatarli bo'lishi mumkinligini;
- JYOYuK ning simptomlarini;
- aholi yashash joylarida JYOYuKning qaysi turi ko'proq uchrayotganligi haqida ma'lumotni;

-JYOYuK bor deb gumon qilingan kishini atroflicha tekshirib ko'rish va o'tkazilgan tahlil natijalariga ko'ra unga baho bera olish;

-JYOYuKni aniqlashda jinsiy juftlar bilan (ayniqsa, xotin-qizlar) bilan suhbatlar uyushtirib, kerak bo'lsa anonim so'rovlar o'tkazib quyidagi diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumotlar to'plash shifokorlar ishini bir muncha yengillashtiradi.

Sizda qindan ajralmalar kelib turadigan vaqt bo'ladimi?

So'nggi yillar mobaynida jinsiy jihatdan qandaydir o'zgarish, jinsiy a'zolarida yara, terisi zararlangan hollar kuzatilganmi?

Jinsiy juftingiz keyingi 3 oy davomida jinsiy a'zolar kasalligi, siydik yo'llaridan ajralma kelishi yoki qovdagi bezlarning shishganligi sababli davolanganmi? Davolangan bo'lsa qanday kasallik yuzasidan davolangan?

Juftingiz boshqalar bilan jinsiy aloqa qilishi mumkinmi?

Kasbingiz (haydovchilik, harbiy xizmatda bo'lish) JYOYuK sizda yoki juftingizga paydo bo'lish xavfini tug'diradimi?

O'zingizda JYOYuK bor deb gumonsiraysizmi? Mijozlar bu savollarga to'g'ri javob qaytarsalar tibbiyot xodimlari tomonidan kasallikni aniqlashga yaqindan yordam beradi.

Tibbiyot xodimlari mijozlarga maslahat berishda JYOYuKdan to'la davolanmasa yoki tibbiy yordamga o'z vaqtida murojaat qilmasa bu kasalliklar inson salomatligi uchun jiddiy muammolar keltirib chiqarishi mumkinligiga e'tiborni qaratishlari lozim. JYOYuK ning oqibati quyidagi asoratlarga olib kelishi mumkin.

Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi tufayli bachadondan tashqari homiladorlikka;

Bachadon bo'yni raqining rivojlanishiga (bachadon bo'yni eroziyasi);

Jinsiy a'zolaridan surunkali ajralmalar kelib turishiga (xlamidioz, urogenital infeksiyalar bo'lganda);

Kichik chanoq sohasida-surunkali, ayollarni muntazam ravishda qiynab turadigan og'riqlar paydo bolishi;

Hayz siklida o'zgarishlar bo'lishi (og'riqli hayz, gipermenstrual sindrom);

Bepushtlik. So'zakdan davolanagan 20-30% erkaklar va yallig'lanishdan davolanmagan 55-85% ayollar bepusht bo'lib qoladilar.

JYOYuKning ko'payishi OITS xavfini kuchaytiradi. Bundan tashqari jinsiy a'zolar infeksiyasi homilador ayollarda homiladorlik patologiyasi ro'y berishiga olib kelishi mumkin (homilaning o'z-o'zidan tushishi, muddatidan oldin tug'ish, homila infeksiyasi). Bunday ayollardan tug'ilgan chaqaloqlar ko'pincha toksik-septik kasalliklarga moyil bo'ladi (pnevmoniya, sepsis), markaziy asab tizimining, ko'zning zararlanishi kabi illatlarga duchor bo'lishi kuzatiladi. Shu sababli tibbiy xodimlar kasalliklarni har qanday sharoitda (uzoq qishloqlarda, davolash muassasalarining birlamchi zvenolarida), ayniqsa kasallikning aholi o'rtasida keng tarqalgan turlarini o'z vaqtida aniqlashi davolash chora-tadbirlarini ko'rsatishlari lozimligini e'tiborga olib JYOYuKning ko'r uchraydigan turlari haqida atroflicha ma'lumot beriladi.

Bakterial vaginoz

Klinikasi. Qindan ko'p miqdorda baliq hidiga o'xshash badbo'y hidli ajralma keladi.

Yuqish yo'lijinsiy yo'ldan tashqari kontakt yo'li bilan, ichki kiyim-kechak, parvarishlash jismlari orqali ham yuqishi mumkin.

Diagnostikasi. Qindan, siydik kanalidan surtma olib, gramm usulida bo'yab, mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida ko'plab qin

epiteliyalarining bakteriyalar qurshovida bo'lishi, qinda ishqorli muhit bo'lishi va ajralmadan baliq hidi kelib turishi bakterial vaginozdan dalolat beradi.

Davolash. **Metronidazol** (ornifloks, orgil, ornidazol) tabletkalarini 7 kun davomida 400-500 mg 2 mahal ichiladi. Koak 1000mg yoki Ampitsillini sulbaktam 1,5 g dan 4 mahal ichiladi.

Kasallik homiladorlik davriga to'g'ri kelsa, Amoksiklav antibiotikdan 500 mg dan kuniga 2 marta 7 kun davomida ichiladi. **Mahalliy davo Clonelm** kremi surtishga 2 mahal, **Bioselak** 6 kun yoki **Uaginorm-C 10** kun vaginal qo'yiladi.

TRIXOMONIAZ

Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm-qin trixomanadalari chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi. Kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko'zga tashlanavermaydi.

O'tkir trixomanizda ayollarda qindan ko'piksimon, yashil tusli, badbo'y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo'lishi mumkin. Ob'ektiv tekshirib ko'rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomoniaz to'grisida xulosa qilishga undaydi.

Erkaklarda uretradan ajralma kelishi va qichishi kuzatiladi.

Diagnostikasi. Kasallikning belgilariga qarab, hamda qindan kelayotgan ajralmadan tirik tomchi, ya'ni ajralma ustiga fiziologik eritma qo'shilib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida qo'yilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dum va yadrosi bo'lgan trixomonoslar topilishi trixomoniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qillit surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko'ki yoki gemotoksilin - iozin bilan bo'yab, keyin mikroskopda ko'rilsa trixomonos topilishi mumkin. Eng ishonchli usul ozuqa muhitga qindan olingan ajralma ekiladi va uning kulturasi o'stiriladi, agarda ozuqa muhitida trixomonos o'sib chiqsa, shubhasiz trixomoniaz ekanligi ma'lum bo'ladi.

Erkaklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba'zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho'kmadan mikroskopda tekshirib ko'rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomoniaz kasalligi haqida dalolat beradi.

Ushbu kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi. Trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 1 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (ornifloks, tinidazol) tabletkasidan, **Progil** 100 ml 1 mahal, **Siproksin-500mg** 2 mahal, **Floksan** 400 mg mahallanah, ichishni va bir vaqtning o'zida qinga ham shamchalar qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi.

Mahalliy **micotran-1200mg** 1 marta vaginal 1 kun, song **polig'inaks6** kun **bioselac6** vaginal qo'yiladi.

Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir.

Er va xotinni birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin

So'zak

Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi.

Tarqalishi. So'zak JYOYuKning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba'zi bir xil taraqqiy etayotgan mamlakatlar aholisining 20% gacha so'zak bilan kasallanganligi sir emas. Hattoki Afrika mamlakatlarida tug'ilayotgan chaqaloqlarning 2-4% da tug'ma oftalmoblenoreya kasalligi uchraydi.

Klinikasi. Ayollarda kasallik endigina boshlanib kelayotganida 70% hollarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmasligi, yashirin avj olib boraverishi mumkin. Unga xos bolgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og'riq va achishish (dizuriya) paydo bo'lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So'zakning o'tkir darajasida bemorlarni dizuriya qattiq bezovta qilishi, qindan yiringli ajralma ko'plab kelishi, jinsiy a'zolarida og'riq bo'lishi kuzatiladi, hatto tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishiga-endometrit, salpingit, salpingooforit, pelvioperitonit kabi kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Natijada ichki jinsiy a'zolarida bitishmalar paydo bo'lishiga olib keladi va oqibatda ayollar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Erkklarda so'zak yuqqandan keyin dastlabki 12-72 soat davomida birdan boshlanadi. Asosiy belgilari dizuriya va uretradan yiringli ajralma kelishi. Tanosil a'zolarida og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlidir. Vaqtida davolanmasa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra absessi va uning o'rnida keyinchalik chandiq hosil bo'lib, bitib qolishi (striktura) va oxir oqibatda erkaklar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Diagnostikasi. Ayollarda qin, bachadon bo'yni kanali, uretra va to'g'ri ichakdan (erkklarda uretradan) surtma olib, uni maxsus laboratoriyada

bakterioskopiya (mikroskopda ko'rish) yoki ajralmani maxsus ozuqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o'stirish bakteriologik yo'l bilan kasallik qo'zg'atuvchisi aniqlanadi.

Bakterioskopiya har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir-biriga qarshi ikkitadan joylashgan diplokokklarni ko'rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi.

Davolash. O'tkir so'zakni davolashda 500 mg miqdorda **siproksin**, mahal ichiladi. Bundan tashqari mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim 400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim, Oripim), 3 kun davomida 10 tabletkaga ichiladi. 10000 mg seftriakson (rotsefin, suprasef); 2 gr spyoktinomitsin yoki 2 gr kanamitsin mushak orasiga in'ektsiya qilinadi.

Kasallikni davolashda albatta er-xotin jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanaganlik kriteriyalari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

XLAMIDIOZ

Xlamidioz *Chlamydia trachomatis* nomli odam mikoplazmasi chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi. Hamisha ham aniq simptomlari ko'zga tashlanavermaydi, ayniqsa jinsiy aloqa yo'li bilan ichki jinsiy a'zolariga o'tsa kasallik belgilari ma'lum bo'lmasligi mumkin. Unday bemorlar faqat ginekologik tekshiruv vaqtida bachadon, bachadon bo'yni kanalidan yiring aralash ajralma kelishi va bachadon bo'yni salga qonaydigan bo'lib qolishi xlamidioz to'g'risida o'ylashga majbur qiladi.

Erkaklarda xlamidiya infeksiyasi 50% hollarda gonokokksiz uretritlarga sabab bo'ladi.

Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yo'llaridan shilimshiq-yiringli ajralma keladi. Ayollarda kasallik belgilari servitsit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo'llardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, og'riqli bo'lishi, achishish kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi. Xlamidioz ko'pincha jinsiy a'zolar yallig'lanishi kasalliklarini, so'zakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar o'tkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Odatda qindan, bachadon bo'yni kanalidan, bachadondan yiringli chiqindilar kelganda albatta xlamidiozga ham surtma olib o'stirish, kasallikning diagnostikasi va uning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Mikroskopiyada, bakteriologik

tekshirishda cheamydia trachomatis topilishi kasallikning aniq diagnostikasi huoblanadi.

Davolash. 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksilan ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak, Tetrasiklin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun, **Azimitsin** 250mg 4 marta 7 kun davomida ichiladi.

Mahalliy –vagimilt № 6 1 marta vaginal 6 kun, song bioselac-6 vaginal qo'yiladi.

Odatda davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir.

Er va xotinni birgalikda davolansa yaxshi davolash natijasiga erishish mumkin.

GENITAL GERPES

Genital herpesni qo'zg'atuvchi-oddiy herpes virusi bo'lib, virus tarkibida DNK si bo'ladi. Viruslar ikki turga bo'linadi. Birinchi turi asosan lab, ko'z, burun kabi a'zolarning teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a'zolarida kasallik chaqiradi.

Klinikasi. Gerpesning mahalliy belgilari jinsiy a'zolarida (qin, bachadon bo'yni) uretra va oraliqda ko'zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko'plab qichishadigan pufakchalar hosil bo'lishi, zararlangan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishishi bilan karakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o'rnida og'riqli yaralar paydo bo'ladi, yaralar 2-4 haftada chandiqliq hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba'zan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo'lishi mumkin.

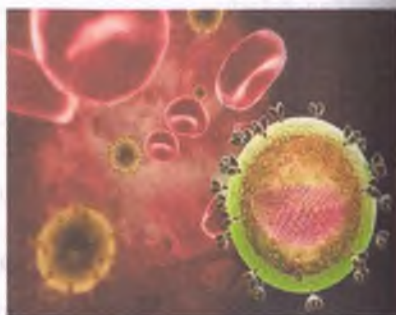
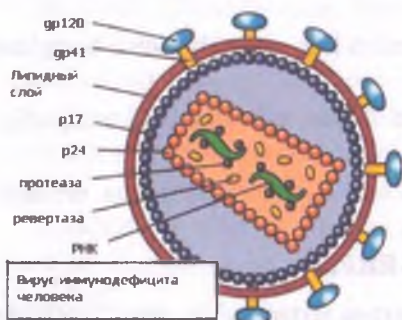
Diagnostikasi. Gerpesga xos klinik belgilar rivojlansa diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Anamnezi, shikoyati va ob'ektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologicalik tekshiruv natijasida herpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

Davolash. 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mg dan Asiklovir yoki **Ulkaril** 800 mg, (Zoviraks, Famvir va boshqalar) doramisin-3000000 1 tab 2 mahal ichiladi yoki **Azimitsin** 250mg 4 marta 7 kun davomida ichiladi.

Orttirilgan immun tanqisligi siidromi (OITS)

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi tez tarqaluvchi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik hisoblanadi.

OITS birinchi bo'lib 1981 yilda qayd etilgan. Uni keltirib chiqaruvchi virus 1983 yilda aniqlangan, odam immun tanqisligi virusi (OIV-VICH) hisoblanadi.(4.5-rasm)



Kasallikning tarqalganlik darajasi dunyoning ko'pgina mintaqalaridan olingan ma'lumotlar haqiqatga unchalik yaqin bo'lmasada, butun jahon sog'liqni saqlash tashkilotining axborotlariga ko'ra ko'pgina mamlakatlarda bu kasallik keng tarqalmoqda, hattoki haqiqiy epidemiya holati sodir bo'lmoqda.

OITSning oqibati asosiy e'tiborni o'ziga qaratmoqda, chunki bu kasallik asosan yosh kishilarda va inson umrining sermahsul davriga to'g'ri keladi. AKGD, Braziliya OITS keng tarqalgan, Buyuk Britaniya, Meksika kasallik o'rta darajada tarqalgan mamlakatlar hisoblanadi.

Odami immun tanqisligi virusi (OIV) ning tarqalishi.

OITS OIV infeksiyasi chaqiradigan keng qamrovli kasallikdir. OIV inson organizmi immun tuzilishini zararlovchi infeksiya bo'lib, u asosan oq qon tanachalarida ishlab chiqariladigan T-limfotsitlarini yemiradi. OIV tinch osuda holatidan faollikka o'tish xususiyatiga ega. Ayniqsa jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIVning faollashuviga sabab bo'ladi.

Inson organizmi qancha uzoq vaqt davomida infeksiyalanib yursa, uning immun tizimining zararlanish ehtimoli shuncha ko'proq bo'ladi va turli xil kasalliklarning, jumladan xavfli o'smalarning ko'payishiga olib keladi. OIVni yuqtirgan kishilarning qariyb 50% 10 yil ichida OITS kasalligiga duchor bo'ladilar. OITS kasalligi bilan og'rikan bemorlarning 50% 18 oy ichida, 80% esa uch yil davomida hayotdan ko'z yumishlari qayd etilgan. Afrika

mamlakatlarida bu ko'rsatkich yana ham qisqaroq, sababi ularda kasallik kech aniqlanadi va tibbiy xizmat ko'rsatish darajasi va unga erishish qiyinroq bo'lganligi uchun.

Epidemiologiyasi.OIV ni yuqtirganlar soni JSST ma'lumotlariga ko'ra 10 minggacha kishini tashkil etadi. 1990 yilda esa ularning soni 100 mldan oshgan bo'lishiga qaramasdan 1998 yilda JSST tomonidan dunyoning 135 dan ko'proq mamlakatlarida 120000 dan ortiq holatlarda OITS qayd etilgan. Ammo haqiqiy kasallanganlar soni bu raqamdan ancha ko'p bo'lishi ehtimoldan xoli emas.: Chunki ko'pgina mamlakatlarda kasallik diagnostikasidagi qiyinchiliklar bunga sabab bo'lishi mumkin.

Rivojlanayotgan mamlakatlar orasida Braziliya va Markaziy Afrika mamlakatlarida kasallik ko'p tarqalgan. AQSHda 1988 yilda 73000 dan ziyod kasallik qayd etilgan bo'lib, uning 56%i olamdan ko'z yumganlar. OITS bilan kasallanganlarning 70% AQSH zimmasiga to'g'ri keladi. Yevropada Shveysariya, Daniya, Fransiya va Belgiyada OITS shu mintaqadagi boshqa mamlakatlardagidan ko'proq uchraydi.

Osiyo mamlakatlarida OIV yuqtirgan kishilar haqida ma'lumotlar kam, lekin keyingi yillarda Markaziy Osiyo davlatlarida, jumladan O'zbekistonda ham OIV ni yuqtirgan kishilar va OITS bilan kasallangan bemorlar qayd etila boshladi.

Kasallikning o'tish yo'llari.Jinsiy aloqa yo'li. Erkaklar orasida tarqalishi asosan gomoseksualistlarda uchraydi. Erkaklardan ayollarga, ayollardan erkaklarga kasallik jinsiy yo'l orqali yuqadi. 95% hollarda kasallik jinsiy yo'l bilan yuqadi.

Parenteral yo'l. Qon va qon o'rnini bosuvchi vositalarni qon tomiri ichiga quyilganda. Narkomanlar tomonidan ishlatilgan ignalar bilan takror infektsiya qilinganda.

Stomatologiya, jarrohlik amaliyotida tibbiy xodimlarining bexosdan jarohatlanishi oqibatida kasallik yuqadi.

Perinatal yo'l. Homila ona qornida paytida yoki tug'ruq paytida hamda tug'ilgandan keyin emizish davrida kasallikni yuqtirishi mumkin. Ma'lumotlarga ko'ra kasallangan onalardan bolalariga kasallikning yuqishi yuqori darajada bo'lishi aniqlangan. O'smirlarda asosan jinsiy aloqa yo'li va parenteral yo'l bilan yuqadi.

OIVni qonda, so'lakda, spermada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo'lindi.

Asosan, OIV qondagi limfotsit, monotsitlarda, sperma va qin chiqindilarida jon saqlashi ma'lum.

Profilaktikasi. Hozirgi davrda OIV yuqtirishdan saqlanish OITN epidemiyasining oldini olishning yagona yo'li hisoblanadi.

OITSGa qarshi kurashning asosiy hal qiluvchi jihatlaridan biri bu xavfli jinsiy aloqa vositalarini targ'ibot qilish va JYOYuKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik. Bunga keng jamoatchilikni jalb qilgan holda maktablarning yuqori sinf o'quvchilari, litsey-kollej o'quvchilari va oliy o'quv yurtlari talabalari barcha pedagogik va tibbiyot xodimlarining kuchi bilan keng jamoatchilik orasida kasallikning oldini olish chora- tadbirlari haqida tushuntirish ishlari olib borish, o'quvchi-o'smirlar bilan o'quv maskanlarida maxsus darslar tashkil qilish maqsadga muvofiqdir.

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ma'lum bo'lganda, ya'ni kasallik xavfi bo'lgan shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lmaslik, prezervativlardan foydalanish, narkomaniyaga qarshi kurash, turli xil in'ektsiyalardan o'zini tiyish ham kasallik profilaktikasining asosiy ustunlari hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi. OIV bilan zararlangan insonlarda virus tashuvchanlik (tarqatish.) xususiyati umrining oxirigacha davom etadi. Aksariyat hollarda kasallik ma'lum bir belgilarsiz boshlanadi. Bu holat uzoq yillar davom etishi mumkin. Infeksiya odam organizmiga qanchalik uzoq ta'sir etsa, shunchalik immun tizimni ko'proq zararlaydi. Kasallik belgilarining rivojlanib borishini quyidagicha to'rt toifaga ajratish mumkin.

Infeksiyaning boshlang'ich bosqichi. Aksariyat hollarda kasallikni yuqtirgan mijozlar hech narsadan shikoyat qilishmaydilar. Onda-sonda bemorlar isitmasining oshishi, darmonsizlik, charchoq va mushaklarda og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Odatda zararlanshdan 12-14 haftadan o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar - antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oylar o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

OIVni klinik belgilarsiz tarqalish bosqichi. OIVni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imkoniyati bo'ladi.

OITS bilan bog'liq bo'lgan belgilarning rivojlanish bosqichi. Bu bosqichda keng tarqalgan limfa bezlarining kattalashuvi kuzatiladi. Bunda ba'zan isitma ko'tariladi, ba'zan tana harorati oshmasligi mumkin. Lekin kechqurunlar terlash, ich ketish, ozish, horg'inlik, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, qindir

kandidozga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat bir yil va undan ko'proq cho'zilishi mumkin.

OITS rivojlanish bosqichi. Ular quyidagilardan iborat:

a) odam organizmida immun tizimi tekshirilganda immun tanqisligi aniqlanishi;

b) immun tanqislik holatining organizmdagi boshqa o'zgarishlar bilan bog'liq emasligi (ya'ni, dori vositalarini qo'llash, xavfli o'smalar borligi va boshqa holatlardan qat'iy nazar);

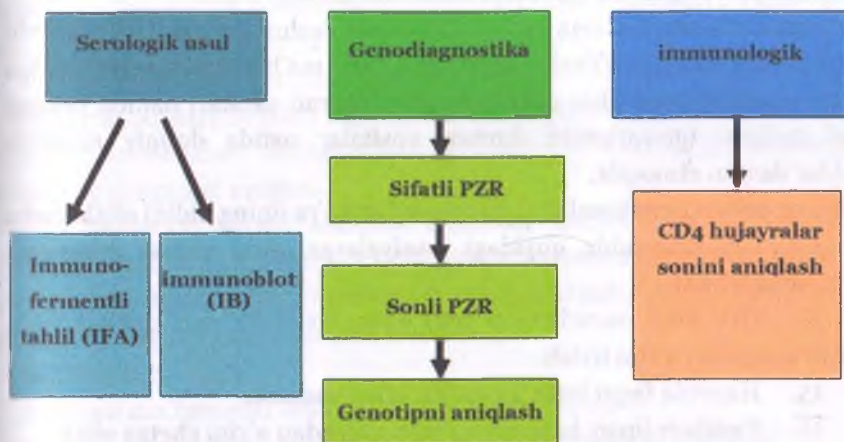
v) limfa tizimining OIV infeksiyasi bilan bo'g'liq bo'lgan xavfli kasalliklar aniq ko'zga tashlanishi. Unga qo'shimcha tarzda meningit, markaziy nerv tizimining toksoplazmozi, pnevmoniya, tuberkulyoz, herpes, kandidoz kabi kasalliklar avj olishi;

g) ensefalopatiya sindromi yuzaga chiqishi;

d) organizmdan OIV ning ajralib chiqishi;

e) kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

Diagnostikasi.



Organizmida OIV ga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning I-II bosqichlari diagnostikasi uchun laboratoriya tekshirish yagona usul hisoblanadi. Kasal kishi bilan kontaktda bo'lgandan keyin organizmida o'rtacha 12 haftalardan keyin OIV ga qarshi antitela ishlab chiqiladi.

O'zbekiston Respublikasi barcha viloyatlarida OITSga qarshi kurash markazlari faoliyat ko'rsatadi va ular qoshida maxsus laboratoriyalar mavjud bo'lib, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan va OITS ni laboratoriy usulida aniqlash imkoniyatiga ega.

OITSni klinik manzarasiga qarab uning III-IV bosqichlarida faqatgina yuqumli kasalliklar mutaxassislari aniqlashi mumkin, agarda mijozning quyidagi belgilar aniq ko'zga tashlansa:

- a) tana vaznining 10% dan ko'proq miqdorda ozishi;
- b) bir oydan uzoqroq muddatda surunkali ich ketishi;
- v) bir oydan ko'proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;
- g) doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho'zilgan yo'tal;
- d) terida toshmalar keng tarqalgan;
- e) og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;
- j) limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

Yuqorida qayd etilgan klinik belgilar paydo bo'lishiga qarab malakali mutaxassislar OITSning III-IV bosqichini aniqlashlari mumkin. Eng ishonchli diagnostik usul sifatida albatta OIVni laboratoriya tekshirishi yo'li bilan aniqlash kasallik to'g'risida ishonchli ma'lumot beradi.

Davolash. Bugungi kunga qadar OITSni davolashning ya'ni, OIVga qarshi antivirus preparatlarini qo'llashning aniq bir usuli ma'lum emas, lekin hozirgacha qadar bu mudhish kasallikni davolashning samarali usullari hamda immun tizimini qo'llab- quvvatlovchi dorivor vositalar ustida doimiy ravishda izlanishlar davom etmoqda.

Shuning uchun ham kasallikni davolashdan ko'ra uning oldini olish ancha osonroqdir. Shu maqsadda quyidagi tavsiyalarga amal qilinsa maqsadga muvofiq hisoblanadi:

14. OIV bilan zararlangan yoki uning xavfi bo'lgan kishilar bilan jinsiy aloqadan o'zini tiyish.
15. Hayotda faqat bitta jinsiy juft bilan yashash.
16. Tartibsiz jinsiy hayotda bo'lgan mijozdan o'zini chetga olish.
17. Jinsiy aloqa paytida prezervativlardan foydalanish.

Mabodo OIV bilan zararlangan kishilar bo'lsa, infeksiyani boshqalarga yuqtirmaslik maqsadida quyidagilarga amal qilish lozim:

- Turli xil kasalliklardan o'zini asrash. Chunki har turli yuqumli kasalliklar immun tizimini ishdan chiqarishi, organizmni toliqtirishini unutmang.

• Mabodo biror bir juft bilan jinsiy aloqada bo'lishni rejalashtirsangiz, juftingizda OIV borligi haqida juftingizni ogohlantiring.

• Donorlik qoni, spermasi va transplantatsiya uchun a'zo va to'qimalarni qonidan o'zingizni saqlang.

• Meditsina yordami uchun albatta murojaat eting.

OITS ni davolashning o'ta murakkabligini inobatga olgan holda barcha tibbiy xodimlar, maktab-maorif tizimi, keng jamoatchilik birgalikda kasallikning oldini olish, JYOYUKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik, o'smirlar, osh yigit-qizlar orasida keng qamrovli sanitariya-maorif: va profilaktika choralarini olib borish, alkogolizm narkomaniyaga qarshi kurashish, sog'lom turmush tarziga amal qilish asr vabosiga aylanayotgan mudhish kasalliklarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Vuziyatli masalalar

1-masala

30 yoshdagi ayol qorinning tinch pastki va yonbosh sohasida, og'riq, qonli aynishi va qusishga shikoyat qilib keladi.

Anamnezidan: Menstrual funksiyasi o'zgarishsiz, jinsiy hayot 22 yoshidan 3 marta homilador bo'lgan, 2 ta tug'ruq va sun'iy abort boshidan kechirgan. Ginekologik kasalliklardan ikki tomonlama adneksit bo'lgan va shu kasallik bilan bir necha marta stasionar davolangan.

Ko'rik: A/D 110/70 mm s.u., puls 110 marta minutida. Tana harorati 37,8^oC. Uzi quruq, oq karash bilan koplagan. Qorni aylana shaklida, qorin oldingi devoridagi mushaklari taranglashgan ko'proq o'ng tomonlarda. Shyotqin – Nyumbertg simptomi musbat.

PV: Bachadon bo'yni silindrik shaklida, bachadoning bo'g'zi yopiq, bachadon kattalashgan, normal kattalikda chap tomondan 10x14 mm. hosila paypaslanadi. Yuzasi silliq, harakatlari chegaralangan, og'riqli. Tug'ri ichak orqali tekshirilganda ma'lumotlari o'shanday.

18. Sizning tashxisingiz?

19. Qaysi ma'lumotlar aniq shu kasallikni ko'rsatadi?

20. Bu patologiyani qaysi kasalliklar bilan taqqoslash mumkin?

21. Qanday qo'shimcha tekshirish o'tkazish mumkin?

22. Shu vaziyatda sizning taktikangiz?

23. Operativ davolash hajmi.

2-masala

27-yoshli bemor ayollar maslahat xonasiga qin soxasida noxushlik hisoblaydi

Anamnezdan: hayz 13 yoshdan 3-4 kun sikl 30 kun,regulyar. Oxirgi hayz 1 hafta oldin. Jinsiy hayot 21 yoshdan, turmush 1, 2-homiladorlik. 1- tug'ruq, 1 abort(8 hafta). Tug'ruq va abort asoratsiz o'tgan.

Ob'ektiv: Umumiy ahvoli qoniqarli. Puls 66-ta. A/D 115/70 mm.sm.ten. tana harorati 36.8. ichki a'zolar patologiyasiz. Qorni yumshoq, palpatsiyada og'riqsiz. Ich ketishi va diurez normal.

Qin ko'zgulari bilan ko'rganda: bachadon bo'yni shilliq qavatli giperemiyalangan, oq qarashlar bilan qoplangan, ajralmalar suzmasimon, Bachadon bo'yni silindrik.

PV: qinga kirish erkin, bachadon bo'yni elastik, bo'g'iz yopiq, bachadon normal kattalikda, qattiq, harakatchan, o'ng tarafdin. Bachadon hosilalari ikki tomondan ham aniqlanmaydi va og'riqsiz.

1.Sizning tashxisingiz.

2.Qanday qo'shimcha tekshirish usullarini o'tkazish zarur?

3.Davolash taktikasi.

Amaliy ko'nikmalar

Surunkali yallig'lanish kasalliklarda provokatsiya usullari

Maqsad: kasallik chaqiruvchisini aniqlash uchun provokatsiya (infeksiyani qo'zg'atish) o'tkazish

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, ko'zgulalar, 1% protargol eritmasi, 2,0 shpris, fizioterapiya xonasida diatermiya apparati.

Qadamlar:

Fiziologik provokatsiya - hayzning 4-5 kunlari surtma olinadi.

Biologik provokatsiya - gonovaksina 200-500 MMT mushaklar ichiga yuboriladi yoki pirogenal 200-250 MPD mushaklar ichiga.

Kimyoviy provokatsiya - uretra va bachadon bo'yni tashqi bo'g'ziga 1% protargol surtiladi.

Alimentar provokatsiya - analiz olinishidan bir kun oldin achchiq va sho'r oziq-ovqatlar iste'mol qilinadi va ozroq spirtli ichimlik ichiladi.

Fizik yoki termik provokatsiya - qorin pastki qismiga diatermiya qilinadi.

Bakteriologik analiz provokatsiya qilingandan 24, 48 va 72 soat o'tganidan keyin olinadi.

II. Bakteriologik analiz uslubi

Maqsad: kasallik chaqiruvchisini aniqlash

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, spirtovka, steril probirkalar
ozuqlantiruvchi suyuqligi bilan, Esmarx qovuzlog'i, ko'zgular

Qadamlar:

Ayolga analiz zarurligi va qanday qilinishi tushuntiriladi.

Ayol ginekologik kresloga yotqiziladi.

Spirtovkada kuydirilgan steril Esmarx qovuzlog'i yordamida steril probirkaga uretradan surtma olinadi.

Bachadon bo'yni ko'zgular yordamida ochiladi. Kuydirilgan steril Esmarx qovuzlog'i yordamida bachadon bo'ynining tashqi bo'g'zidan surtma steril probirkaga olinadi.

Probirkalar belgilanadi, jurnalga qayd qilinadi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

V BOB

BACHADON MIOMASI. ENDOMETRIOZ

BACHADON MIOMASI. ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI

Bachadon miomasi- mushak va biriktiruvchi to'qima elementlaridan tarkib topgan, gormonga bog'liq yaxshi sifatli o'sma.

Ayollar ginekologik kasalliklarining 10-12% ni fibromiomalar tashkil qiladi. 95% hollarda bachadon tanasi, 5% xollarda bachadon bo'yni zararlanadi. Fibromioma silliq mushak to'qimasidan rivojlanadi.

Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi asosan gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezituxumdon orasidagi munosabatning, biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmida progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa o'z navbatida hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70-80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi, xususan anovulyator, ya'ni davriy yoki ovulyator, biroq lyutein davrning yetishmovchiligi sifatida namoyon bo'lgan hayz siklini nazorat qilgan. Klinik va eksperimental tadqiqotlarga tayanib, ayollar organizmida ro'y bergan gormonlar o'zgarishi, xususan estrogen gormonlarning ko'p ishlanishi, bachadon miomalari paydo bo'lishida muhim rol o'ynaydi deb taxmin qilish mumkin.

Etiologiyasi. Bachadon miomasiga olib keluvchi omillar quyidagilar:

- miometriy hujayrasida esterogenga hamda progesteronga sezgir retseptorlar funksiyasi va miqdorining buzilishi
- tuxumdonlar gormon ishlab chiqarish faoliyatining buzilishi
- ichki jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari

-kichik chanoq bo'shlig'ida qon aylanishning buzilishi

-jinsiy a'zolar infantilizmi

-ayol organizmidagi metabolik buzilishlar

-irsiy omillar

Tasnifi.I. O'sma elementlari nisbatiga ko'ra:

1. Fibromioma- mushak va biriktiruvchi to'qima nisbati 1:2-3

2. Mioma- mushak va biriktiruvchi to'qima nisbati 4-5:1

3. Leyomioma- faqat silliq mushakdan tarkib topgan o'sma

4. Rabdomioma – ko'ndalang-targ'il mushakdan tarkib topgan o'sma

II.Proliferatsiya jarayonining turi va aktivligiga ko'ra:

5. Oddiy mioma

6. Proliferatsiyalangan mioma

7.Rak oldi holati

III. Tugunlarning o'sishi va joylashishiga ko'ra:

8. Moimaning diffuz o'sishi

9. Miomaning tugunli o'sishi

10. Intersitsial joylashgan tugunlar

11.Subseroz joylashgan tugunlar

12. Submukoz joylashgan tugunlar

13. Intraligamentar joylashgan tugunlar

Bachadon miomasining klinik-ultratovush tasnifi:

(Wildweersch.D. bo'yicha 2002-yil).

1-tip: 1ta yoki ko'p sonli kichik intramural va subseroz tugunlar (3sm dan kichik). Submukoz tugunlar aniqlanmaydi.

2-tip: 1ta yoki ko'p sonli kichik intramural va subseroz tugunlar (5-6sm). Submukoz tugunlar aniqlanmaydi.

3-tip: 1ta yoki ko'p sonli kichik intramural va subseroz tugunlar (6sm). Submukoz tugunlar aniqlanmaydi.

4-tip: 1ta yoki ko'p sonli kichik intramural va subseroz tugunlar. Submukoz tugunlar aniqlanadi.

Klinikasi. Kasallik namoyon bo'lishi bemorning yoshiga, mioma tugunlarining joylashgan joyiga, hamroh genital va ekstragenital patologiyalar mavjudligiga bog'liq.

Ba'zi vaqtlarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo shifokorlar profilaktika maqsadida ayollarni tekshirishganda aniqlanadi.

Mioma tasnifi (FIGO bo'yicha 2011-yil. 5.1-rasm)

Localization of fibroids is a key factor determining the management of uterine fibroids

Локализация миомы является ключевым фактором, определяющим управление миомой матки

The FIGO classification¹ describes fibroid types from 0 to 8²

Types 0 and 1: Completely or mostly intracavitary. Type 0 myomas require surgery

Type 2: Submucosal (>50% intramural)

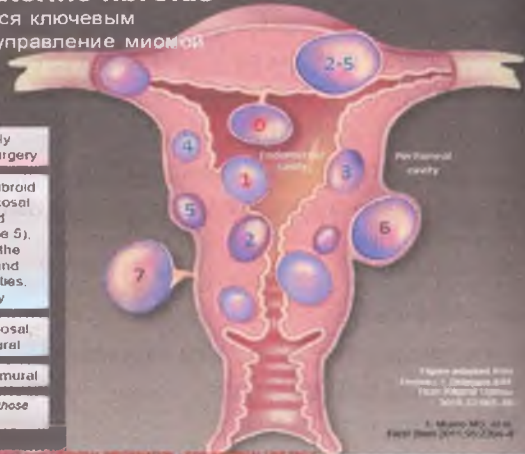
Types 3 and 4: Completely intramural either touching the endometrium or with no extension to either surface

Types 6 and 7: Subserosal, <50% intramural

¹Type 8 myomas include cervical lesions and those without direct attachment to the uterus

Type 2-6: The fibroid is both submucosal (type 2) and subserosal (type 5), with <50% in the endometrial and peritoneal cavities, respectively

Type 5: Subserosal <50% intramural



60-80% hollarda bemorlarda asosiy belgilaridan biri qon ketishi hisoblanadi. Qon ketish alomatlari ham turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi- menorrhagiya kuzatilsa, ba'zi birlarida tartibsiz, juda ko'p miqdorda to'xtovsiz qon ketib, hatto og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga olib kelishi mumkin. (metrorragiya).

Qon ketish miqdori o'smanining katta- kichikligiga bog'liq emas. Chunki katta o'lchamdagi subseroz tugunlar mavjud bo'lganda hayz ko'rish mutlaqo asoratsiz kechishi mumkin, bunga qarama-qarshi o'laroq, mayda shilliq osti mioma tugunchalari ko'p qon ketishiga, menorragik va hatto menometrorragik hayz sikli buzilishiga olib keladi. Hayz 10-12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi.

Bunday turdagi qon ketishining sabablari:

1. Bachadon mushaklari qisqarishining buzilishi
2. Bachadon shilliq qavati yuzasining kattalashishi
3. Estrogen gormon metabolizmining o'zgarishi
4. Bachadon shilliq qavati regenerasiyasining susayishidan iborat.

Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq xuddi dard tutganga, sanchiqqa o'xshash bo'lib, ayniqsa hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish vaqtida kuchayadi, pastga tortganga o'xshab zo'rayishi yallig'lanishdan keyingi bitishmalar borligidan darak beradigan belgi hisoblanadi.

Miomalarda og'riq bo'lishining asosiy sabablari:

1. Og'riq asosan o'smaning katta-kichikligiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'smaning qo'shni a'zolarini bosib ezishidan paydo bo'ladi. O'sma kichikroq bo'lib, bachadonning keng boylami orasiga o'sib kirgan, shu bilan birga nerv tolalariga yaqin joylashgan bo'lsa, ularni ezishi tufayli sodir bo'lishi mumkin. Bu hollarda og'riq doimiy tabiatga ega bo'ladi va davolash usullari og'riqni pasaytira olmaydi. Bunday hollarda esa jarrohlik yo'li bilan o'smani olib tashlash kerak.

2. Bachadon shilliq qavati ostiga joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarish kuchli dardsimon og'riq paydo qiladi.

Shilliq qavati ostidagi o'smaning oyoqchasi keng bo'lsa, bachadon qisqarganda tashqariga chiqara olmaydi, lekin bachadon o'smani xuddi yot narsadek siqib chiqarishga intiladi, chunki o'sma bachadon devorini doimiy qo'zg'atib kuchli ravishda qisqarishi sababli og'riqning zo'rayishiga olib keladi. Ba'zan submukoz tuguncha servikal kanal og'zidan chiqib qin bo'shlig'iga to'kiladi.

3. Og'riq paydo bo'lishining yana bir sababi o'smaning infeksiyalanishi bo'lsa, ikkinchidan, bachadonning yallig'lanishi hisoblanadi. Kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi.

4. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtlarda ham sodir bo'ladi. Chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib qiqiladi va o'smaning oziqlanishi buziladi. Bu esa o'smada yallig'lanish sodir bo'lishiga olib keladi. Bunday vaqtlarda zudlik bilan jarrohlik amaliyoti qilinadi.

5. O'smalar juda tez kattalashib o'sganda ham og'riq bo'ladi, ayniqsa o'sma bachadonning keng boylami orasiga o'sgan hollarda shunday bo'ladi, chunki bunday vaqtlarda og'riq o'smaning qorin pardasi nerv tolalarining retseptorlariga ta'siri natijasida sodir bo'ladi.

O'smaning qo'shni a'zolarni bosish belgilari ko'pincha katta hajmdagi o'smalarda kuzatiladi. Lekin kichik o'lehamdagi o'smalar kichik chanoqqa tiqilib qolgan va qaltis joylashgan bo'lsa, qo'shni a'zolarga salbiy ta'sir qiladi. Agar o'sma bachadonning oldingi devorida joylashgan bo'lsa, siydik pufagi ta'sir ko'rsatadi. Bachadonning orqa tarafida va bachadon bo'ynida joylashgan o'sma esa to'g'ri ichakka ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi hollarda o'sma o'sib, siydik pufagini yuqoriga ko'tarib qo'yadi. Bunday hollarda siydik chiqarish kanali uzunlashib, kanalning teshigi torayadi. Bunda bemorlarning siyishi qiyinlashadi. Agar o'sma to'g'ri ichakni ezib qo'ygan bo'lsa, bemorlarning hojati qiyinlashib, to'xtab qolishi va qabziyat bo'lishi ehtimol. Ayni vaqtda siydik yo'llarini ezib qo'yib, gidroureter va gidronefroz holatlariga olib keladi.

Bepushtlik. Mioma tuxum xujayraning bachadon bo'ylab harakat qilishiga to'sqinlik qiladi. Bachadon burchaklarida joylashgan intramural mioma bachadon nayini interstisiy qismini yopib qo'yadi. Bundan tashqari, anovulyasiya bepushtlikka olib keladigan asosiy sabablardan biri sanaladi.

Miomaning asoratlari:

1. Mioma oyoqchasining buralib qolishi:

-bunda «o'tkir qorin» belgilari kuzatiladi: o'tkir og'riq, til yuzasining o'zgarishi, chanqash, ko'ngil aynishi, qayd qilish, Shetqin-Blyumberg belgisi paydo bo'lishi, taxikardiya va b.

2. Miomaning shishib nekroz bo'lishi.

-bu holatda kuchli og'riq, ko'pincha qon ketish va tana haroratining ko'tarilishi va boshqa belgilar kuzatiladi.

3. Shilliq osti qavati miomasining tug'ilish alomati, hatto bachadonning ag'darilishi kuzatilishi mumkin.

4. Mioma tugunlarining infeksiyalanishi, yiringlashi.

5. Sarkomaga aylanishi.

6. Kuchli profuz qon ketishi

7. Anemiya (kamqonlik).

Diagnostikasi.

➤ Bemor shikoyatlari, anamnez ma'lumotlari

➤ Umumiy obyektiv ko'ruv.

➤ Ginekologik tekshiruvlar- bimanual tekshirish orqali bachadon miomasining joylashgan joyi, kattaligini aniqlash mumkin .

➤ Klinik laborator tekshiruvlar: umumiy qon tahlili, RW, HbsAg, OITS, qon bioximik tahlili , umumiy siydik tahlili .

- Tuxumdon faoliyatini tekshirish uchun funksional sinamalar.
- Homiladorlik testi
- UTT tekshuruvi- o'lchamlari, shakli, tugunlar lokalizatsiyasi, mioma tuzilishi, malignizatsiya jarayonlarini aniqlash mumkin.
- Kolposkopiya
- Exo rangli dopplerometriya bilan birgalikda oddiy va proliferatsiyalanuvchi miomani farqlashda qo'llaniladi.
- Metrosalpingografiyada- endometriy holati, submukoz tugunlar borligi, ularning lokalizatsiyasini aniqlanadi.
- Gisteroskopiya bachadon shiiliq qavati ko'rib, biopsiya olish mumkin.
- Laporoskopiya- subseroz mioma va tuxumdon o'smasi diffirensial diagnostikasida qo'llaniladi

Davolash: Asosiy davolash usullari quyidagilar:

Medikamentoz terapiya:

-Reproduktiv yoshda kichik o'lchamdagi bachadon miomalarda (5-12) haftalik homiladorlik o'lchamigacha) konservativ terapiyada ulipristal atsetat (Esmiya) yoki tugunlar 3smgacha bo'lganda kombinatsiyalashgan esterogen-gestagen preparatlari (novinet, lindinet, laktinet) qo'llanilib ular gonadotrop gormonlar sintezi va ajralib chiqishini to'xtatib qo'yadi. Bu esa ovulyatsiyani to'xtatib miomatoz tugun va bachadonda proliferativ jarayonlarni yo'qolishiga olib keladi.

-Gestogen preparatlari mioma elementlarining gipertrofiyasi va giperplaziyasini bloklaydi. Minestrenol 10mg, utrojestan 200-400mg 2mahal, dyufaston 20-40mg 1 kunda, lyutenil 1 kunda 1 tabletkadan.

- Antigonadotrop preparatlar (danazol – 200-400 mg 1 kunda 6 oy davomida)

- Gonadotropin gormonlar agonistlari (buserelin- 3.75mg mushak orasiga 28 kunda 1 marta.

Jarrohlik davolash:

Radikal operatsiyalar

- bachadon amputatsiyasi(bachadon ortiqlari bilan yoki ortiqlarisiz)
- bachadon ekstirpatsiyasi(bachadon ortiqlari bilan yoki ortiqlarisiz)

2) A'zo saqlovchi operatsiyalar

Miomektomiya 3xil usulda amalga oshiriladi:

- Abdominal
- Laproskopik

-Gisteroskopik

Jarrohlik davolashga ko'rsatmalar quyidagilar:

bachadon miomasi katta – 12 haftalik homiladorlikdan oshsa;

bachadon miomasi kuchli og'riqli bo'lsa;

anemiya va bemor mehnat qobiliyatining buzilishiga sabab bo'ladigan ko'p miqdorda qon ketishi bilan kechsa;

mioma tez o'sgan hollarda;

mioma endometrioz bilan qo'sh kelsa;

miomatoz tugun qon aylanishi buzilib, tugunning nekrozi yuz bersa;

xatarli o'smaga aylansa;

submukoz tugunli mioma va bu tugun tug'ilayotgan hollarda;

mioma tuxumdonning chin o'smasi bilan qo'sh kelganda.

Operatsiyaning hajmi va xarakteri bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning o'sish xususiyatlari, joylashuviga qarab belgilanadi.

Quyidagi operatsiyalar qo'llanadi:

➤ konservativ miomektomiya;

➤ bachadon amputatsiyasi;

➤ bachadon ekstirpatsiyasi.

Hozirgi kunda bu operatsiyalar laparoskopik yo'sinda ham amalga oshiriladi.

So'nggi yillarda mioma yosh ayollarda ko'proq uchrashi kuzatilmoqda. 40 yoshgacha bo'lgan ayollardagi mioma tufayli ularning taxminan chorak qismi operatsiya yo'li bilan davolanmoqda. Ayni paytda barcha operatsiyalarning 60-95%i – radikal operatsiyalar – bachadon amputatsiyasi va ekstirpatsiyasi tarzida kechmoqda. Shu tufayli reproduktiv yoshdagi ayollarning bachadoni olib tashlanishining zararli oqibatlari, bu operatsiyalarni boshidan kechirgan ayollar reabilitatsiyasi, hamda ularning hayoti sifatini yaxshilash masalalari muhim ahamiyat kasb etadi. Bachadon olib tashlangandan so'ng (ayniqsa bachadon ekstirpatsiyasidan keyin va operatsiyadan keyin uzoq vaqt o'tishida) tuxumdonlarning funksional aktivligi susayishi – gipoestrogeniya haqida ko'pgina ma'lumotlar bor. Tadqiqodchilarning fikricha, bu o'zgarishlar kollateral qon aylanishning etarli darajada rivojlanmasligi, hamda tomirlar arxitektonikasining buzilishi bilangina emas, balki o'z-o'zini regulatsiya qiluvchi sistemaning bo'g'inlaridan biri olib tashlanganligi bilan ham bog'liqdir. Bachadonda sintezlanadigan biologik aktiv moddalar gipotalamus-

gipofiz-tuxumdon sistemasining turli bo'g'inlariga ta'sir o'tkazadi, deb taxmin qilinadi.

Tuxumdon va markaziy nerv sistemasiga ta'sir etuvchi bachadon APUD-sistemi mavjudligini ham inkor etib bo'lmaydi.

Bachadon olib tashlangandan so'ng ayol organizmida sodir bo'luvchi o'zgarishlar xilma-xildir:

- Operatsiyadan keyingi uzoq muddatlarda menopauzal simptomlar paydo bo'lishi; neyrovegetativ, emotsional buzilishlar, havotirda bo'lish hissi.
- Urologik buzilishlar – kunduzgi, tungi pollakiuriya, kuchanganda siydik tutolmay qolish. Bu o'zgarishlar ehtimol, bachadon olib tashlangandan so'ng yuzaga keladigan gipoestrogeniyaga bog'liq.
- Qin biotsenozi o'zgarishi – bakterial vaginoz, nospetsifik kolpit.
- Seksual funksiyaning buzilishi – jinsiy intilishning susayishi, jinsiy aloqa og'riqli bo'lishi, orgazmning yo'qolishi.
- Gisterektomiyadan keyingi ayolning hayot sifati operatsiya qilingan paytdagi yoshiga bog'liq. CHunonchi, gisterekтомиya ayolning perimenopauzal yoshida bajarilgan bo'lsa hayot sifati yaxshilanib boradi, aksincha 40 yoshga yetmagan ayollarda bunday operatsiya qilingan holda hayot sifati ko'rsatkichlari pasayib boradi.

Shunday qilib, ayol organizmida bu xildagi operatsiyalardan keyin yuz beradigan buzilishlar ko'p jihatdan ayolning yoshi, operatsiya hajmiga bog'liq. Ayol organizmida operatsiyadan keyin yuzaga keluvchi qayd etilgan buzilishlar ularni oldini olishga va rehabilitatsiyaga mo'ljallangan bir qator choralar ko'rishni taqozo etadi. Bunda yondosh mutaxassislar ishtiroki ham muhim bo'lishi mumkin. Markaziy nerv sistemasiga ta'sir o'tkazish, psixoterapevt maslahati ijobiy ta'sirga ega. Tuxumdonlar funksiyasi susayishi bilan bog'liq buzilishlar o'rinbosuvchi gormonal terapiya bilan korreksiya qilinishi mumkin. Albatta, bunda gormonga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasligini hisobga olinadi.

Shuni ham esda tutish kerakki, bachadon olib tashlangan bo'lsa sof estrogenlar (estrofem, proginova, divigel, klimara) ishlatilishi kerak. Gormonlar qo'llanishi odatda urologik buzilishlarga ham ijobiy ta'sir etadi. Ba'zi hollarda gormonlar mahalliy – qin ichiga kiritilishi mumkin (ovestin, estriol shamchalar). Ko'pincha qin biotsenozini tekshirish, yallig'lanishga qarshi davo, eubiotiklar bilan davolash zaruriyati tug'iladi. Neyrovegetativ, emotsional buzilishlarda sedativ dorilar, fizioterapiya ham ishlatiladi.

«Bachadon miomasi»

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asoslanib, gineko- ginekologiya diagnostikasi, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holatda yotibdi.

2. Shikoyatlari: hayzning ko'p miqdorda kelishi, hayz siklining buzilishi, qorin pastida dardsimon og'riqqa.

3. Kasallik anamnezi: 1 yil davomida kasal, hayzning 15 kunlik nomuntazam kelishi.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 13 yoshdan, 10-15 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.

5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, teri qoplamini oqish, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorni ko'ruvda: qorin pastida og'riq yoki o'zgarishsiz.

7. Dastlabki diagnostika: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda mahalliy status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.

8. Qonning umumiy analizi: o'zgarishsiz yoki gemoglobin miqdorining kamayishi.

9. UTT: miomatoz tugun yoki bir necha tugunlar aniqlanadi.

10. Ko'zgularda ko'ruv: qonli ajralmalar kelishi

11. Qin orqali ko'ruv: bachadon tanasi 5-6 haftalik homiladorlik kattaligida, qattiq, g'adir-budur.

12. Klinik diagnostika qo'yish va asoslash dastlabki diagnostika va klinik - instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi

13. Asoratlar: sarkomaga o'tib ketishi, kamqonlik, tugunlarning buralib qolishi, peshob najas kelishini buzilishi, tugun nekrozi, bachadonni infeksiyalanishi.

14. Differensial diagnostika: bachadon raki, homiladorlik erta muddatlari, kistomalar.

11. Operativ davolash . Konservativ miomoektomiya, qin usti bachadon amputatsiyasi, bachadon ekstirpatsiyasi.

Jarrohlikdan keyingi davrda

Umumiy va mahalliy antibakterial terapiya
 Organizmning buzilgan faoliyatinni tiklash
 Reabilitasion terapiya

12. Profilaktikasi: anovulyasiyalarni davolash yiliga 1 marta O'TT va ginekologik ko'rikdan o'tish.

Vaziyatli masala

49 yoshli bemor ayol ayollar maslaxatxonasiga qorin pastidagi og'irlikka, kattalashganiga, hansirashga, vaqti- vaqti siydik tutolmasligiga shikoyatlar bilan keldi. Hayz sikli o'zgarmagan, jinsiy hayotni 22 yoshdan boshlagan. Bepushtlikdan azoblangan. Bir necha marta sanatoriy, kurortlarda davolangan. Gormonoterapiya olganda yoqmasdi. Keyingi 10 yilda davolanmagan. Oxirgi 2 yil ichida qorni kattalasha boshlagan. Palpatsiya qilinganida qorni kattalashgan, o'lchamlari 26x24sm harakatlanadi, og'riqsiz shish kuzatiladi. Ginekologiyada tekshirish ko'zgu yordamida bachadon bo'yni toza, qin orqali tekshirilganda bachadon bo'yni konussimon. Bachadon 26 haftalik homiladorlikdan kattalashgan, g'adir-budur, qattiq konsistensiyali harakatlanganda og'riqsiz, bachadon ortiqlari aniqlanmaydi. Parametriy infiltrasiyasiz. Tashxis. Prognoz. Vrach taktikasi va operasiyaga ko'rsatma.

Amaliy ko'nikmalar

Miomalar klinikasi va tashxislashni bilishi, kasalni tekshirishni, tashxisni differentsiatsiya qilishni, to'g'ri davolash usulini tanlashni, operativ davolashga ko'rsatma va shoshilinch yordam choralari tanlashni bilishi kerak. Dori vositalarining (qon to'xtatuvchi, og'riq qoldiruvchi) reseptlarini yozishni bilishi kerak.

ENDOMETRIOZ. ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI. DAVOLASH VA PROFILAKTIKA KILISHNI ZAMONAVIY TAMOYILLARI. GINEKOLOGIK VA AKUSHERLIK OPERASTIYALARIDAN SO'NGGI AYOLLARNI SOG'LOMLASHTIRISH

Endometrio deb, bachadon shilliq qavati (endometriyning) hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy qilishiga aytiladi. Endometrio o'zgarishi bo'lgan erdan to'qimani olib, mikroskop ostida qaralsa, kesqin chegaralangan, mayda-mayda pufakchaga o'xshash bo'shliq yoki ari uyinini eslatadigan alomatlar ko'riladi. Pufakchalar ichida shilimshiq modda yoki

qoramtirroq parda bilan qoplangan, gistologik tuzilishi bilan xuddi bachadon bo'shlig'i shilliq qavatining tuzilishiga o'xshaydi.

Endometrioz joylashgan o'chog'ida proliferasiya, sekretiya yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari kuzatiladi, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi.

Endometrioz reproduktiv yoshdagi ayollar kasalligi, ammo hayz funksiyasi shakllangan qizlarda va O'BGT bilan davolanayotgan menopauzadagi ayollarda ham uchrashi mumkin. Endometrioz barcha ayollarning 7 – 10%-ida va kichik chanoq sohasida og'rig'i bo'lgan bemorlarning 70%-ida kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Endometrioz etiologiyasi to'g'risida ko'plab gipoteza va taxminlar borligiga qaramasdan, ularning biron-tasi oxirigacha endometrioz sababini tushuntirib bera olmaydi.

Endometrial nazariya. Unga ko'ra, endometrioid geterotopiyalar endometriy elementlarining qorin bo'shlig'i a'zolariga hayz qoni bilan birga retrograd harakatlanishi natijasida yuzaga keladi.

Bachadon ichi muolajalari (abortlar, bachadon shilliq qavatini diagnostik qirish, tug'ruq va kesar kesishdan keyin bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish, miomatoz tugunlar enukleatsiyasi va b.) ichki endometrioz rivojlanishiga sharoit yaratishi isbotlangan.

Embrional va dizontogenetik nazariyalar endometriozning rivojlanishini embriogenez jarayonida jinsiy a'zolar shakllanadigan homila kurtagi qismlarining siljishi bilan bog'laydi. Endometriozning yosh ayollarda uchrashi, ko'pincha jinsiy a'zolar, siydik ayirish va ovqat hazm qilish tizimi a'zolarining nuqsonlari bilan birga qo'shilib kelishi bu nazariyalar haqligini ta'kidlaydi.

Metaplastik nazariyaga ko'ra, endometrioz selomik epiteliy yoki embrional qorin pardaning metaplaziyasi tufayli yuzaga keladi. Gormonal o'zgarishlar, surunkali yallig'lanish jarayonlari, mexanik travmalar tufayli limfa tomirlari endoteliysi, qorin parda va plevra mezoteliysi, buyrak kanalchalari va boshqa to'qimalar epiteliysi endometrioid to'qimaga aylanishi mumkin ekan. Metaplastik nazariya ba'zida erkaklarda va menarxe yoshiga yetmagan qizlarda endometrioz uchrash sababini tushuntirib beradi.

Gormonal nazariya asoschilari endometriozni disgormonal kasallik, deb hisoblashadi. Endometrioz kamdan-kam hollarda menarxegacha uchraydi

va menopauzadan so'ng rivojlanadi. Endometrioz fiziologik homiladorlik davrida yoki gormonal terapiya qo'llanilayotgan paytda regressiyaga uchraydi.

Immunologik nazariya ko'ra, endometrioz patogenezida autoimmun jarayonlarga katta ahamiyat beriladi. Gormonal status buzilgan hollarda T-hujayra immuntanqisligi, T-supressorlar faolligining susayishi kuzatiladi. T-hujayra immunitetining pasayib, B-limfositlar tizim faolligining ortishi, immunoglobulin G va A ning ko'payib, endometrioz to'qimalariga nisbatan autoantitalarning paydo bo'lishi endometrioz yuzaga kelishiga turtki bo'ladi, deb tushuntiriladi.

Tasnifi. Joylashuvi bo'yicha quyidagi turlari farq qilinadi:

1. Genital (ichki va tashqi) endometrioz.
2. Ekstragenital (siydik pufagi, ichak, buyrak, qindik, nervlar, operatsiya chandiqlari va boshqa a'zoldagi) endometrioz.

Ichki genital endometrioz – endometriod geterotopiyalarning bachadon tanasining mushak qavatida o'sishidir.

Tashqi genital endometriozga quyidagilar kiradi:

qorin parda ichidagilari – tuxumdon, bachadon nayi, qorin parda endometrioz.

Ekstraperitoneal turlari – tashqi jinsiy a'zolar, qin, bachadon bo'yni, retrotservikal soha endometrioz.

Tashqi endometriozda *Acosta* taklif qilgan tasnif qo'llanib, bunda endometrioz “kichik” va „og'ir” turlarga bo'linadi.

“Kichik” turlarga quyidagilar kiritiladi:

- chanoq qorin pardasining yakka geterotopiyalari.
 - tuxumdondagi bitishmalar va chandiqlarsiz yakka geterotopiyalar.
- Endometriozning og'ir formalariga quyidagilar kiritiladi:

- bitta yoki ikkala tuxumdonning diametri 2sm-dan katta kistalarini hosil qiluvchi endometrioz.

- periovarial va/yoki peritubar jarayon bilan kechuvchi tuxumdon endometrioz.

- deformatsiya, chandiq hosil bo'lishi, o'tkazuvchanligi buzilishi bilan kechadigan bachadon nayi endometrioz.

- to'g'ri ichak – bachadon aro bo'shliqning obliteratsiya bilan kechadigan chanoq qorin pardasi endometrioz.

- dumg'aza – bachadon bog'lami hamda to'g'ri ichak – bachadon aro bo'shliq endometrioz va obliteratsiyasi.

- siydik yo'llari va/yoki ichak endometrioz.

Endometrioz tugunchaklaraniq chegarasiz infiltratlar shaklida, gemorragik yoki jigarrang quyuq suyuqlik bilan to'lgan kistalar shaklida bo'lishi mumkin.

Endometrioz hujayraviy atipiya va tinimsiz avtonom o'sish xususiyatiga ega emas; homiladorlik endometriozning klinik aktivligini pasaytiradi va regressiya olib keladi.

Endometrioz o'choqlari yiringlashi, xatarli o'zgarishga uchrashi, uning atrofida yallig'lanish reaksiyasi yuz berishi mumkin.

Endometriozning klinikasi uning joylashuviga bog'liq.

Ichki endometrioz (adenomioz). Uning klinikasida quyidagi simptomlar farq qilinadi:

- hayz boshlanish arafasida va u tugagandan so'ng 3-5 kun davomida qindan to'q jigarrang ajralma keladi va bu endometrioz bo'shliqlaridagi suyuqlik bachadon ichiga tushishi bilan bog'lanadi;
- hayz sikli buzilishi giperpolimenoreya tipida bo'lib, bu simptom adenomiozning diffuz turida kuchliroq ifodalanadi;
- hayz oldidan va hayz paytida og'riq sindromi kuzatilib, bu belgi adenomiozning tugunchakli turida kuchliroq ifodalanadi;
- bachadon kattaligi va shakli o'zgaradi – hayz arafasida bachadon kattalashadi (taxminan 8-9 haftalik homiladorlikka mos), hayz tugashi bilan 2-3 haftaga kichrayadi (6-7 haftalikkacha), bachadon sharsimon bo'lib qoladi;
- **Ichki endometrioz (adenomioz).** Uning klinikasida quyidagi simptomlar farq qilinadi:
- hayz boshlanish arafasida va u tugagandan so'ng 3-5 kun davomida qindan to'q jigarrang ajralma keladi va bu endometrioz bo'shliqlaridagi suyuqlik bachadon ichiga tushishi bilan bog'lanadi;
- hayz sikli buzilishi giperpolimenoreya tipida bo'lib, bu simptom adenomiozning diffuz turida kuchliroq ifodalanadi;
- hayz oldidan va hayz paytida og'riq sindromi kuzatilib, bu belgi adenomiozning tugunchakli turida kuchliroq ifodalanadi;
- bachadon kattaligi va shakli o'zgaradi – hayz arafasida bachadon kattalashadi (taxminan 8-9 haftalik homiladorlikka mos), hayz tugashi bilan 2-3 haftaga kichrayadi (6-7 haftalikkacha), bachadon sharsimon bo'lib qoladi;

➤ anemiya.

➤ Oraliq va qinning endometriozi – yumaloq yoki noto'g'ri shaklli ko'kimtir tuzilmalar – “ko'zlar” ko'rinishida bo'ladi. Hayz arafasida bularning o'lchami kattalashadi, hayz paytida esa bu yerdan to'q rangli qon ajraladi.

Bachadon bo'ynining qinga qaragan qismi endometriozi o'lchamlari kichik (diametri 2-5 mm), bachadon bo'ynining och pushti rangi fonida qizil rangli bo'ladi. Siklning lyutein fazasida va ayniqsa hayz arafasida endometriozi o'choqlari ko'kimtir-qizil rangli bo'lib, kattalashadi va qonab turadi. Endometriozi psevdoroziya ko'rinishida bo'lib, gemorragik suyuqlik bilan to'lgan bezchalarga ega. Endometriozi bu xildagi joylashuviga og'riq xos emas.

Bachadon naylarining endometriozi – kam uchraydigan holat. Endometrioid geterotopiyalar asosan nayning seroz qavatida joylashib, kichik o'lchamda bo'ladi va bular endometriozi «kichik» turlariga kiradi.

Tuxumdon endometriozi tuxumdonning po'stloq zonasida endometrioid to'qima o'choqlari hamda endometrioid kistalar shaklida kuzatiladi. Kichqina endometrioid o'choqlar o'sib kattalashadi, ularda qon to'planadi, o'choqlar orasida to'siqlar emiriladi va shu yo'sinda kistalar vujudga keladi. Endometrioid kista bitta tuxumdonda yoki ikkala tuxumdonda bo'lishi mumkin, kattaligi har xil (0,5 sm dan 10 sm gacha) bo'ladi. Endometrioid kistalarga atrofdagi to'qimalar bilan bitishmalar hosil bo'lishi, zich kapsula va ichida shokolad rangli gemorragik suyuqlik (“shokoladli kista”) bo'lishi, hayz arafasida va hayz davrida kuchayadigan uzluksiz og'riqlar va bu og'riqlarning belga, dumg'azaga, to'g'ri ichakka irradiatsiyasi xos. Kista devorlarining mikroperforatsiyasi bo'lishi mumkin, bunda og'riq sindromi kesqin kuchayishi va atrofdagi a'zolar bilan zich bitishma hosil bo'lishi kuzatiladi. Bimanual tekshirilganda bachadon ortiqlari sohasida og'riqli, kamharakat yoki harakatsiz, elastik konsistentsiyali o'smasimon hosila aniqlanadi. Atrofdagi a'zolar bilan bitishmalar hosil qilganda kistaning o'lchamlari va konsistentsiyasi noaniqroq bo'lib qoladi.

Retrotservikal endometriozi bachadon bo'ynining orqa yuzasida va bachadonning istmik qismida, shuningdek dumg'aza-bachadon boylami yopishgan sathda rivojlanadi. Ginekologik tekshirilganda bachadon bo'yni orqasida zich, notekis, qo'zg'almas, palpatsiyasi kesqin og'riqli, hayz arafasida kattalashadigan tugunchaklar aniqlanadi. Asosiy simptomi hayz oldida va

hayz davrida kesqin kuchayadigan og'riqdir. Og'riq qinga, dumg'azaga, to'g'ri ichakka irradiatsiyalanadi.

To'g'ri ichak-bachadon chuqurchasi va boylamlar qorin pardasining endometriozini faqat laparoskopiyada aniqlash mumkin (ko'kimtir o'choqlar – "ko'zchalar" ko'rinadi). Endometriozning bu shakli – "kichik" turiga kiradi. Asosiy simptomi – bepushtlik va kesqin og'riq sindromi.

Ekstragenital endometrioz. Bemorda davriy harakterdagi og'riqlar yoki jinsiy a'zolardan tashqarida o'sma paypaslanishi va shuningdek davriy qon ajralishi bo'lsa, bunday endometrioz haqida fikr yuritish mumkin. Ekstragenital endometrioz eng ko'p yo'g'on va to'g'ri ichakda kuzatiladi. Bunda qorin sohasida va belda davriy og'riq, tenezmalar, qabziyat, to'g'ri ichakdan davriy qon ketishi kuzatiladi.

Siydik pufagi endometriozida klinik manzara siklik og'riq, dizuriya, gematuriya bilan harakterlanadi.

Pnevmtoraks, gematoraks yoki hayz kunlari qonli balham kuzatilishi o'pka endometriozining tipik belgilaridir.

Endometrioz tashhisi. Kasallik tashhisini aniqlashda simptomlarning davriyligi, kasallik o'tkirlashuvi hayz bilan bog'liqligi, akusherlik va ginekologik operatsiyalarni boshdan kechirgani ahamiyatga ega. Ob'ektiv tekshirish uchun quyidagi usullar qo'llanadi: bimanual, rektovaginal tekshirish, rentgen usuli – gisterosalpingografiya, kolposkopiya, gisteroskopiya, UTT, laparoskopiya, kopyuter tomografiyasi, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, tsistoskopiya.

Solishtirma tashxis. Endometriozning joylashishiga qarab quyidagi kasalliklar bilan taqqoslanadi.

Davolash. Endometriozni davolash kompleks, differensiallashgan bo'lishi kerak va konservativ hamda jarrohlik usullarini o'z ichiga oladi. Konservativ usullarga gormonal, yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi va simptomatik terapiya kiradi.

Gormonal preparatlardan oral kontratseptivlar 6-12 oy davomida qo'llanadi. "Sof" progestinlar – norkolut, dyufaston, 17-oksiprogesteron ishlatiladi. Dyufaston 2 tabletkadan kuniga 2 marta siklning 11-kunidan boshlab 14 kun yoki 16-kunidan boshlab 25-kunigacha 10 kun, yoki 5-kunidan 15-kunigacha qabul qilinadi. Norkolut 2 tabletkadan siklning 16-kunidan 25-kunigacha yoki 1 tabletkadan 5-kunidan 25-kunigacha 4-6 oy davomida, 17-OPK esa 1 ml dan siklning 14, 17, 21-kunlari 6 oy davomida buyuriladi.

5.1-jadval

1. Bachadon bo'yni endometrioz	Bachadon bo'ynidagi rak kasalligi, eroziyasi, endoservisit, eritroplakiya bilan.
2. Adenomioz	Bachadon miomasi, disfunktsional qon ketishi bilan.
3. Tuxumdon endometrioz	Tuxumdonning yallig'lanishi natijasida hosil bo'lgan shishlar va tuxumdoning o'smalari bilan
4. Qin endometrioz	Qin yarasi, uning yallig'lanishi, xorionepiteliomaning qindagi metastazi, leykoplakisiya bilan.
5. Bachadon bo'yni orqasidagi endometrioz	To'g'ri ichak raki, parametrit, qin, tuxumdon raqining III darajasi bilan.

5-kunidan 25-kunigacha 4-6 oy davomida, 17-OPK esa 1 ml dan siklning 14, 17, 21-kunlari 6 oy davomida buyuriladi.

Antigonadotrop preparat – danazol kuniga 400 mg dan 6-8 oy davomida, GnRG-zoladeks (goserelin) 3,8 mg dan teri ostiga 28 kunda 1 marta, dekapeptil-depo 3,75 mg dan mushak orasiga 28 kunda 1 marta kiritiladi; buserelin endonazal sprej tarzida ishlatiladi. GnRG-agonistlari bilan davolash 3-6 oygacha davom etadi.

Jarrohlik davolashga ko'rsatmalar:

- adenomiozning tugunchakli turlari;
- adenomiozning diffuz shakli bachadon miomasi va/yoki endometriyning giperplastik jarayonlari bilan qo'sh kelishida;
- adenomiozning III darajasida;
- tuxumdonlarning endometrioid kistalari;
- retrotservikal endometrioz;
- oraliq, qin va bachadon bo'ynining qin qismi endometrioz;
- endometriozning "kichik" shakllari.

Reabilitatsiya. Jarrohlik davo choralarining samarasini, retsidivlarining profilaktikasini ta'minlash uchun operatsiyadan so'ng reabilitatsiya qilinishi lozim. Buning uchun tiklovchi davo kursi o'tkaziladi. Endometriozda ko'p uchraydigan yallig'li reaksiyalar bitishma va chandiqlar hosil qilishini hisobga olib operatsiyadan keyin 8-10 kun o'tgach fizioterapiya o'tkazish o'rinli hisoblanadi. Bunda yod va ruxni sinusoidal yoki flyuktuatsiyalovchi tok bilan

elektroforez qilinadi (taxminan 15 marta). Kompleks terapiyaga radon suvini qo'llash mumkin. Radon suvi vanna, mikroklizma, qinni yuvish shaklida qo'llanadi.

Keyinchalik operatsiyadan keyingi o'zgarishlar harakterini hisobga olgan holda bo'yin-yuz sohasi galvanizatsiyasi, endonazal galvanizatsiya va boshqa fizioterapiya usullari qo'llanadi. Shuningdek yallig'lanishga qarshi preparatlar – natriy tiosulfati, prostaglandinlar sintezini tormozlovchi preparatlar (indometatsin, voltaren, diklofenak, dikloberl va boshq.), giposensibilizatsiyalovchi preparatlar (dimedrol, diprazin, suprastin va boshq.) qo'llanadi. Zarur bo'lsa "kichik" trankvilizatorlar, valeriana, arslonquyruq preparatlari va boshqalar buyuriladi. Og'riqni qoldiruvchi preparatlar va usullar endometriozni kompleks davolashda muhim o'rin tutadi.

VI BOB

TUXUMDONNING XAVFLI VA XAVFSIZ O'SMALARI

TUXUMDONNING XAVFLI VA XAVFSIZ O'SMALARI

Xavfsiz o'sma hisoblangan kista (pufak) organizmda gormonal o'zgarishlar ro'y bersa yoki jinsiy a'zolarida surunkali yallig'lanish (shamollash) kasalliklari to'liq davolanmasa yuzaga keladi. Ba'zan turli infeksiyalar sabab bachadon shilliq qavati, tuxumdon va bachadon naylarining atrofi yallig'lanadi. Oqibatda esa shilliq qavat zararlanib, buning hisobiga o'sha erda suyuqlik yig'iladi. Bu esa kista pufagini hosil qilishi mumkin. Ba'zi tahminlarga ko'ra, hayz siklining tartibsizligi, qattiq asabiylashish, ayolning zararli odatlari ham kista kelib chiqish havfini yuzaga keltiradi.

Tuxumdon kistalariga follikulyar, lyuteinli, shokolad, paraovarial kistalar kiradi.

Follikulyar kista - persistirlovchi yoki atreziyalanuvchi follikuldan rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni natijasida tuxumdonda oqsil qavatining qalinlashishi kuzatiladi, natijada persistirlovchi follikul qobig'i qalinligi yoki gipofizning gonadoprop faoliyati buzilishi natijasida yorila olmasdan atreziyalanuvchi follikulga aylanadi. Qon tomirlardan suyuqlik transsudatsiyasi natijasida follikulda suyuqlik yig'iladi.

Odatda u 10sm o'lchamli yupqa devorli silliq yuzali hosila bo'ladi yoki undan katta bo'lsa, malignizatsiya ehtimoli ham bo'lishi mumkin. Konsistentsiyasi qattiq-elastik. Follikulyar kistalar o'zida estrogen tutadi, ular gormonal faol o'sma bo'lib hisoblanadi. Shu sababli klinikada amenoreya, giperpolimenoreya va boshqalar kuzatilishi mumkin. Ko'p hollarda follikulyar kista simptomsiz kechib, profilaktik ko'rik vaqtida aniqlanadi.

Davolash. O'sma o'lchami 8 smdan ortiq bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan olib tashlashga ko'rsatma bo'ladi. Agar 8 sm dan kichik bo'lsa, birinchi marta

aniqlangan va yosh ayollarda bo'lsa, 1 hayz sikli davomida so'riluvchi davom o'tkazish mumkin (akusher-ginekolog ko'rsatmasi bilan). Agar bu davodan samara bo'lmasa, keyingi oyda jarrohlik davosi qilinadi, chunki malignizatsiya ehtimoli bo'ladi.

Sariq tana kistasi - Turlari:1. Homiladorlik bo'lmagandagi sariq tana kistasi – atreziyalanuvchi follikuldan rivojlanadi. 2. Homiladorlik davridagi, yelbo'g'oz va xorionepiteliomadagi sariq tana kistasi.

Homiladorlik bo'lmagandagi sariq tana kistasi – odatda bir tomonlama va 8 smgacha bo'ladi, yuzasi silliq, suyuqligi qizig'ish-sariq rangda, kapsulaning ichki qavati burmali bo'ladi. Follikulyar kistadek simptomsiz kechadi. Ba'zi hollarda hayz siklining II – fazasida kattalashib, I – fazasida kichrayadi.

Tashxislash. 1. Bimanual/rekto-abdominal ko'rik.

2. Kichik chanoq a'zolarini dinamikada UTT tekshirish.

3. Umumiy qon tahlili.

4. Qin tarkibini flora va atibiotiklarga ta'sirchanligini mikrobiologik aniqlash.

Davolash. Homiladorlik davridagi sariq tana kistasi odatda homiladorlikning II yarmida mustaqil so'rilib ketadi. Funktsional va sariq tana kistalarini davolash endokrinolog-ginekolog tomonidan olib boriladi.

Paraovarial kista - tuxumdon ortiqlari kanalchalaridan rivojlanadi - paraovariya. Keng bog'lamlar orasida intraligamentar joylashadi va oyoqchalari bo'lmaydi. Bir tomonlama, silliq devorli, kichik o'lchamli bo'lib, ba'zan katta o'lchamda ham uchrashi mumkin. Suyuqligi seroz, transsudatga o'xshash bo'ladi. Sekin o'sadi, klinik belgilari kuzatilmaydi, shu sababli profilaktik ko'rik vaqtida aniqlanadi.

Davolash: Jarrohlik yo'li bilan.

Endometrioid (shokolad) kistalar - bachadon naylari orqali tuxumdonga tushgan endometriy yoki endometriyning embrional kurtaklaridan rivojlanadi. Shokolad kista tuxumdon endometriozi deb ta'riflanadi.

Klinik jihatdan bu kista hayz oldidan mikroperforatsiya tufayli qorin bo'shlig'iga qon tushishi sababli qorinda og'riqlar bilan kuzatiladi. Og'riq hayz sikli bilan bog'liq bo'lib, hayz oldida kuchayadi. SHuningdek algodismenoreya ham xos. Mikroperforatsiyada atrofdagi qorinparda, bachadon, naylar ichaklar bilan yallig'li bitishmalar hosil bo'ladi.

Davolash: Jarrohlik va gormonal.

Tuxumdon o'smalari

Tuxumdoan o'smalari tasnifi (JSST davlatlararo gistologik tasnifi 1977y.):

1. Epiteial o'smalar:

1. seroz (tsistadenoma va papillyar tsistadenoma, yuzaki papilloma, adenofibroma va tsistadenofibroma);
2. mutsinoz (tsistadenoma, adenofibroma va tsistadenofibroma);
3. Brenner o'smalari (yaxshi sifatli o'smalar);
4. Mezonefroid (adenofibroma);
5. Aralash epiteial o'smalar (yaxshi sifatli o'smalar);
2. Jinsiy tizim stromasi o'smalari: tekoma, fibroma.
3. Germinogen o'smalar: dermoid kistalr, tuxumdon stromasi.

Tuxumdon o'smalarida tekshirishni olib borish:

1. Ginekologik anamnez.
2. Bimanual ko'rik. Bachadon ortiqlari soxasida hosilani aniqlash, uning haraktchanligi, qattiqligi, konsistsenttsiyasi, og'riqligi va o'lchamlari, bachadon, parametral kletchatka va qin gumbazlari holati aniqlanadi.
3. Ko'zgularda ko'rish.
4. UTT: abdominal yoki vaginal datchik.
5. Kompyuter tomografiya, YAMRT – o'ta aniq, qavatma-qavat tekshiruv. Limfa tugunlardagi metastazlarni aniqlaydi.
6. Ichaklarni o'smalarga tekshirish (rektoromanoskopiya, irrigoskopiya), ko'krak bezlarini tekshirish (mammografiya, UTT), endometriy holatini tekshirish. Chunki tuxumdon o'smalarini metastazi bo'lishi mumkin (oshqozondan – Krukenbergmetastazi).

Seroz sistadenoma – birtomonlama, birkamerali va silliq devorli. O'sma kattaligi diametri 0,4 sm.dan 32 sm.gacha, o'rtacha 5-16sm. O'sma ko'rinishi dumaloq, bachadonning orqasida yoki yonida joylashadi. Uning harakterli joyi perkussiya vaqtida hosilaning qimirlashi. Davolash: jarroxlik yo'li bilan.

Papillyar sistadenoma – ko'pincha dumaloq, goxida oval tuzilishga ega. Uning kattaligi diametrda 1,8 - 12 sm. Seroz papilyar sistadenomani eng harakterli joyi uning ichki yuzasida qattiqo'smalar borligi. Davolash: jarroxlik yo'li bilan.

Mutsinoz sistadenoma – katta, birtomonlama, ko'p kamerali, ichki yuzasi silliq hosila. Katta bo'lmagan mutsinoz sistadenoma (diametri 6 sm gacha) bachadonning yonida joylashadi, katta hajmdagisi esa (7sm dan

katta) – bachadon tubidan yuqorida. Xarakteriligi uning ichida o'rta yoki yuqori exogenli aralashmaydigan maydadispers modda borligidir. Davolash jarrohlik yo'li bilan.

Brenner o'smalari – Volfov protoklar yuzaki epiteliysining metaplaziyasi natijasida kelib chiqadi. Asosan yaxshi sifatli o'smalar hisoblanadi, ba'zida esa yomon sifatli xam uchraydi. Brenner o'smalarining esterogen ishlab chiqaradigani ham uchrab turadi, shuning uchun bachadondan anomal qon ketishlar kuzatiladi. Davolash jarrohlik yo'li bilan.

Tuxumdon fibromasi - biriktiruvchi to'qimadan rivojlanadigan xavfli o'sma. Bir tomonlama, yuzasi silliq, qattiq konsistentsiyali bo'ladi. Hosil kattaligi mikroskopikdan katta odamning boshigacha bo'lishi mumkin. O'sma oyoqchali, bu esa uning buralib qolishiga olib keladi, sekin o'sadi. Hayati sikli boshqa o'smalardagi kabi buzilmagan bo'ladi. Ko'pincha katta yoshli ayollarda va hatto menopauzada ham kuzatiladi. Ba'zi holatlarda tuxumdon fibromasi (bir tomonlama) Meygs triadasi (astsit – poliserozit, anemiya, kaxeksiya) bilan kuzatiladi, bu o'smaning xavfliga aylanganligini bildiradi. Davolash jarrohlik yo'li bilan.

Jinsiy tizim stromasi o'smalari – bu guruhga jinsiy tizim stromasida yoki embrional gonadlar mezenxemasidan hosil bo'lgan o'smalar kiradi. Ular granulyoz hujayralar, tekahujayralar, Sertoli va Leydig hujayralardan iborat. Jinsiy tizim stromasi o'smalarining klinikasi boshqa o'smalar bilan bir xil.

Granulez hujayrali (follikuloma) – follikulning donador qavati granulyoz hujayralaridan rivojlanadi. O'sma kattaligi mikroskopikdan diametri 40 sm.gacha bo'ladi. Deyarli hamma vaqt bir tomonlama, notekis yoki silliq yuzali, notekis konsistentsiyali bo'ladi. O'smaning estrogenni ko'p ajratishi sababli klinikasida feminizirlovchi sindrom kuzatiladi. Ko'pincha qorin pastida og'riq va o'smaning kattalashishi kuzatiladi. Agar qiz bolalarda o'sma kuzatilsa, ularning muddatidanoldin balog'atga yetishi, qon ketishlar kuzatilishi vaqtli ikkilamchi jinsiy belgilari yuzaga keladi: qov va qo'ltiq soxasining yung bilan ertaqoplanishi ko'krak bezlarining kattalashishi mumkin, menopauzada esa – organizmning yosharishi va qon ketishlar bo'lishi mumkin. Reproktiv yoshda o'smaning rivojlanishi amenoreya bilan kuzatiladi. Bu esa o'z navbatida asiklik qon ketishlar bilan kuzatiladi. Ginekologik tekshiruvda tashqi jinsiy a'zolarining atrofik o'zgarishlarining

bo'lmashligi, bachadonning kattalashishi va ortiqlar soxasida bir tomonlama, qattiq elastik, harakatchan hosilani aniqlash mumkin.

Diagnostikasi. Anamnezga, kasallikning klinik ko'rinishiga va tuxumdon o'smasini aniqlanishiga asoslanadi.

Tekoma (tekahujayrali o'sma) – follikulning ichki teka hujayra qavatidan rivojlanadi va estrogen ishlab chiqaradi, lyuteinizatsiyasida esa – progesteron ishlab chiqaradi. Ko'proq 60 yoshdan keyin uchraydi. O'sma bir tomonlama, qattiqroq bo'ladi. O'lchamlari kichik chaqaloqning boshigacha bo'lishi mumkin. O'smaning harakteriligi unda astsit paydo bo'lishidir. Klinikasi menopauzada qon ketishi, ayollarning yosharishi, qinning shilliq qavati estrogenizatsiya hisobiga suvli bo'ladi. Tekomaning xavfli kechishi asosan yoshlarda kuzatiladi. Diagnostikasi: Bachadon bo'yni va tanasi bachadon bo'shlig'i va servikal kanaldan qirma olib tekshiriladi.

Androblastoma (adenoblastoma) – testosteron ishlab chiqaruvchi sertoli va leydig hujayralardan rivojlanadi va maskulinizatsiyalash xususiyatiga ega. Maskulinizatsiyalanadigan o'smalar xamma yoshda uchraydi, ko'pincha esa 20-30 va 50-70 yoshda. Reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallik boshlanganda hayz kamayib borib, so'ng amenoreya yuzaga keladi. Bir vaqtning o'zida ko'krak bezlarining, bachadonning atrofiyasi, bepustlik, girsutizm, ovozning dag'allashishi, klitorning gipertrofiyasi va boshqalar yuzaga keladi. Bular bir necha yil davomida yuzaga keladi, gohida esa bir necha oy davomida. Ginekologik ko'rikda birtomonlama, yumaloq, oyoqchali, harakatchan, o'lchami 30 smgacha bo'lgan hosilani aniqlash mumkin.

QIZLARDA VA O'SMIRLARDA UCHRAYDIGAN TUXUMDON KISTA VA KISTOMALARI. ETIOPATOGENEZI, TASNIFI, KLINIKASI, TASHXISLASH, DAVOLASH TAMOYILLARI

Dermoid kista - teratoid to'qimadan rivojlanadigan o'smalar guruhiga kiradi va 8% tashkil etadi. Asosan 20-40 yoshlarda uchraydi. Katta o'lchamda bo'lmaydi, bir tomonlama, sharsimon shaklda bo'ladi. Uzun oyoqli bo'lib, bachadondan old tomonda joylashadi va buralish ehtimoli katta bo'ladi. Kapsulasi qattiq, silliq, yaltiroq bo'ladi. Juda sekin o'sadi, shu sababli klinika bermaydi. Palpatsiyada elastik konsistentsiyali sohalar qattiq sohalar bilan aralash bo'ladi. Ko'pincha o'sma oldingi qin gumbazida joylashadi. Kam holatlarda xavfliga aylanadi, profilaktik ko'rikda aniqlash mumkin.

Tuxumdon teratoblastomasi bolalik va o'smirlik davrida yuzaga keladi, tuxumdon xavfli o'smalarini 2 – 2,5% tashkil etadi. Teratoblastomalar qon tomirga boy bo'lib, o'smaning kapsula ostiga va ichiga qon quyilishi kuzatiladi. Teratoblastomalar ko'pincha astenik tuzilishdagi qizlarni uchraydi. Kasallikning asosiy ko'rsatkichi kichik chanoqda harakatchan hosilani aniqlash. Ko'pincha o'sma oyoqchasini buralishi va kapsulasini yorilishi kuzatiladi. Teratoblastoma qattiq, notekis konsistentsiyali, tugunsimon yuzali bo'ladi. Astsit kasallikning o'tkazilib yuborilganda kuzatiladi. Teratoblastomaning metastazi gematogen yo'l orqali juda tez tarqaladi.

Disgerminoma – embrional rivojlanish davridan saqlangan differentsirlanmagan gonadalar elementidan hosil bo'lgan xavfli o'sma. Tuxumdon disgerminomasi etilmagan teratomaning bir qismi hisoblanadi. Gormonal faol emas. Disgerminomalar tuxumdon o'smalarini 1% tashkil etadi. O'sma 30 yoshgacha bo'lgan infantil ayollarda uchraydi. Ko'pchilik bemorlarda oz miqdorda, doimiy bo'lgan hayz sikli kuzatiladi. Ginekologik ko'rikda bir tomonlama, harakatchan, qattiq konsistentsiyali, tugunsimon yuzali hosila aniqlanadi. Disgerminoma tez o'sib, limfatik yo'llar orqali ko'krak qafasidagi organlarga metastaz beradi.

Tashxislash. Disgerminomani aniqlash qiyin. Kasallikning klinik ko'rsatkichlari bilan birga (infantilizm), og'iz bo'shlig'i shillig'idagi jinsiy xromatinni bo'lishi tashhislashda yordam beradi. Agarda bu hujayralar 20% kam bo'lsa disgerminomaga shubha qilinadi.

Tuxumdon o'smalarining asoratlari.

1. Malignizatsiya.
2. O'sma oyoqchasining buralib qolishi.
3. O'smaning infeksiyalanishi va yiringlashi.
4. O'sma kapsulasining yorilishi.

Differentsial diagnostika.

Jarrohlikdan keyingi rehabilitatsiya. Tuxumdonning xavfsiz o'smalarida o'smani olib tashlanadi, reproduktiv yoshdagi ayollarda imkoni boricha tuxumdon to'qimasini saqlab qolinadi. Bunday jarrohliklardan keyingi endokrin-immun buzilishlar reproduktiv tizimdagi boshqa a'zolarining kasalliklari kelib chiqishiga sabab bo'ladi, bu esa o'z navbatida

o'smalarinnig o'sib ketishiga olib keladi, shuning uchun bunday ayollar doimo shifokor nazoratida bo'lishlari lozim.

Simptomlar	Kasalliklar
Og'riq	Bachadondan tashqari homiladorlik. Homila tushishi. JAYAK. Appenditsit. Mekkel divertikuli. Devertikulit.
Qorinning kattalashishi	Homilador bachadon. Bachadon miomasi. To'la siydik qopi. Tuxumdonlarining xavfli o'smalari. Kollorektal kartsinoma.
Qo'shni a'zolarning ezilish simptomi	Siydik yo'llar infeksiyasi. Qabziyat.
Ishlab chiqariladigan ta'siri	Bachadondan disfunktsionalqon ketishi. Erta jinsiy yetilish. Postmenopauzada qon ketish.

I bosqich. Reproduktiv yoshdagi ayollarni jarrohlikdan so'nggi birinchi 6 oy davomida kuzatish. Funktsional tashxislash usullari tuxumdon faoliyati 4-5 hayz siklidan so'ng stabillashuvini va adaptatsiya davri 3 oy bo'lib, bu davrda tuxumdon kompensatsiyalanib kattalashishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda tuxumdon kattalishib sariq tana kistalari paydo bo'ladi va 1-2 hayz sikli davomida so'rilib ketadi, agar 3 hayz siklida ham saqlanib tursa, jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. Jarrohlikdan keyingi davr yaxshi kechganda 4-5 hayz siklidan so'ng tekshirish o'tkazish mumkin.

Tekshirish testlariga albatta bazal temperaturani o'lchash, kolpotsitologiya, tservikal shilliqning cho'zilishi, progesteron va prolaktinni aniqlash kabilar kiradi. Hayzning II fazasida va (28 kunlik siklning 21-23 kunlarida) va 12-13 kunlar (bazal bo'yicha ovulyatsiya kunlari) follaikula yetilishini aniqlash.

Agar hayz sikli normal bo'lib galaktoreya kuzatilmasa, bemor kuzatiladi. Hayz sikli buzilishi (anovulyatsiya,lyutein fazasi yetishmovchiligi) yoki galaktoreya bo'lsa, zudlik bilan davolashni boshlash lozim. Korreksiya uchun norkolut 5 yilda 1 marta hayzning 16dan 25-kungacha 3-6 oy davomida.

Pankreatin bilan 0,5-1,0 2x3 marta kuniga hayzning 5-dan 16-kunigacha yoki estrogen-gestagen monofazali preparatlar (non-ovlon, regulon, novinol, ovulen va b.). Kontratseptiv tartibda 1tab.dan kuniga hayzning 5-dan 16-kunigacha pankreatin bilan 0,5-1,0 x 3 marta kuniga hayzning 5-dan 16-kunigacha.

II bosqich. Turg'un anovulyatsiyada ovulyatsiya induktorlari bilan, galaktoreyada – parodel jarrohlikdan so'ng 2yilgacha tayinlanadi. Shuningdek, har 6 oyda funksional tashxislash testlari, zardob elastazasini aniqlash, sut bezlarini tekshirish lozim.

III bosqich. Jarrohlikdan so'ng 2 yildan keyin 2 yil davomida o'smalar retsidivi va boshqa a'zolar, reproduktiv tizim kasalliklari ko'p uchrashi aniqlangan.

IV bosqich. Jarrohlikdan 4 yildan so'ng har 6 oyda ko'rik va 1 yilda 1 marta testlarni tekshirish lozim.

Tuxumdon total yoki subtotal rezektsiya qilingan ayollarda postkastratsion sindrom rivojlansa, korrektsiya qilish lozim, vitaminlar, sedativ vositalar, neyroleptiklar O'GT o'tkaziladi.

Hozirgi paytda ko'pgina ayollarda ikki tomonlama ovariektomiya operatsiyasi (ikkala tuxumdonlar olib tashlanishi) bajariladi. Tuxumdonlar funksiyasining jarrohlik to'xtatilishi endokrin sistemada murakkab reaksiyalar yuz berishiga olib keladi. Ayol organizmi tuxumdonlar funksiyasi yo'qolishiga moslashuvining yetarli bo'lmisligi postovariektomik sindrom rivojlanishiga olib keladi. Bu sindrom operatsiyani boshidan kechirgan ayollarning 50-80%ida kuzatiladi. Tuxumdonlar funksiyasining bir lahzada yo'q qilinishi menopauza simptomlarining tez rivojlanishi va og'irroq kechishiga sabab bo'ladi. Postovariektomik sindromning og'irlik darajasi ayolda mavjud bo'lgan ekstragenital patologiyalarga bevosita bog'liqligi qayd etilgan. Shunisi ham muhimki, olib tashlangan tuxumdonlarda patologik o'zgarishlar bo'lmagan hollarda mazkur sindrom og'irroq kechadi. Sindromning eng ko'zga tashlanadigan belgilari somatovegetativ buzilishlar (teriga qon to'lishi, xavotirlanish hislari, ichki iztiroblanish hissiyotlari), serzardalik, qo'zg'aluvchanlik, emotsional notinchlik, ipoxondrik kechinmalar va h.k. Morfologik tadqiqotlar bachadon bo'yni va qin epiteliysida atrofik o'zgarishlar aniqlaydi. Suyak to'qimasi metabolizmida ham o'zgarishlar aniqlanadi, bunda rezorbtsiya jarayonining resinteizdan ustun bo'lishi suyak to'qimasi zichligini pasayishiga sabab bo'ladi.

Hozirgi kunda postovarietomiya sindromini davolash va profilaktikasining asosiy usuli ayollar jinsiy gormonlari bilan davolashdir. O'rinbosar gormonal terapiya (O'GT) reproduktiv yoshda ovarietomiya operatsiyasini boshidan kechirgan ayollarni davolashda patogenetik asoslangan davolash usuli hisoblanadi. Bevosita operatsiyadan keyin O'GT qo'llanishi o'tkir yuzaga kelgan jinsiy gormonlar defitsitiga ayollarning adaptatsiyasini va postovarietomiya sindromi rivojlanishining profilaktikasini ta'minlaydi.

Butun dunyo amaliyotida bu maqsadda tabiiy gormonlar va ularning analoglarini qo'llash eng ko'p tarqalgan, gormon bilan davolash usullari ularga nisbatan qarshi ko'rsatma bo'lmagan taqdirda qo'llanishi mumkin. Bularga quyidagi patologiyalar kiradi: buyrak, jigarning og'ir kasalliklari, porfiriya, tromboembolik asoratlar, sut bezi, bachadon va buyrakning estrogenlar bilan bog'liq o'smalari, melanoma, yaqin qarindoshlarida (onasi, opa-singillarida) sut bezi raki kuzatilgani, genezi aniq bo'lmagan qon ketishi, jinsiy a'zolarining davolanmagan o'smalari, meningioma.

Depressiv buzilishlar kuchli ifodalangan hollarda ba'zi olimlar antidepressantlar (zoloft, koaksil) qo'llashni tavsiya qiladilar.

Profilaktikasi: Yaxshi sifatli o'smalarning profilaktikasi qiz bolalarda yoshligidan, hamma a'zolari faoliyatini korrektsiya qilish yo'li orqali bajarish zarur. Reproaktiv sistema jinsiy balog'atga yetish davrida menstrual funksiyani buzilishini vaqtida tashxislash va davolash zarur.

Birlamchi profilaktika anovulyatsiya va ovulyatsiyani giperstimulyatsiyasini korrektsiyasi orqali amalga oshiriladi (masalan 40 yoshdan oshgan ayollarda gormonal kontratsepsiya orqali).

Ikkilamchi profilaktika yaxshi sifatli o'smalarning vaqtida aniqlash va davolashdan iborat. Hayz siklini gormonal xolatini buzilishiga asoslanib davolash: lyutein fazaning yetishmovchiligida **Dyufaston** (1 tabletkadan 2 marta) siklning 14-16 kunlari, 10-12 kun, **serrata** 3 mahal kamida 6 oy davomida. Giperestrogeneemiyada mikrodozali AOK (**Novinet**, **Lindinet-20**, **Logest**), varikoz profilaktikasi **FLEBODIYA-600** kamida 6 oy davomida ichiladi.

Amaliy ko'nikmalar

«Tuxumdon o'smalari»

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asoslanib diagnostik qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.

2. Shikoyatlari: kamdan-kam hollarda hayzning buzilish, birdanlik harakat qilganda og'riq, qorin pastida og'irlik va yot narsa borligini sezish yoki umuman shikoyatlar qilmaydi.

3. Kasallik anamnezi: yallig'lanish kasalliklari bilan, endokrin buzilishlari bilan, kechishi asta sekin.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kundan, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit, Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Somatik kasalliklardan buzoq kasalligi aniqlandi.

5. Umumiy ko'ruv: aydarli o'zgarishsiz yoki kista buralib qolganda va yorilib ketganda o'tkir qorin klinikasi rivojlanadi, bemorning ahvoli og'ir, teri qoplami oqish, akrosianoz, sovuq ter, taxikardiya, gipotoniya.

6. Qorin ko'ruvda: o'zgarishsiz yoki qorin oldingi devori mushaklari taranglashgan, qorin bo'ylab kuchli og'riq, Shtetqin-Blyumberg simptomi «musbat»

Perkussiyada: qorin pastki qismlarida perkutor tovushning bo'g'iqligi.

7. Dastlabki diagnostik: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda, lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.

Qonning umumiy analizi: o'zgarishsiz yoki leykositoz, EChTning tezlashishi, gemoglobin miqdorining kamayishi.

UTT: kasallik etiologiyasiga qarab bachadon ortiqlari sohasida o'sma yoki kistasimon o'zgarish aniqlanadi.

Ko'zgularda ko'ruv: o'zgarishsiz.

Qin orqali ko'ruv: o'smani shakliga qarab turli xil o'zgarishlar aniqlanadi, bachadon ortiqlari sohasida yallig'lanish jarayoniga hos belgilar ham aniqlandi.

1. Klinik diagnostikni qo'yish va asoslash dastlabki diagnostik va klinik - instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

2. Asoratlar: kistaning yorilib ketishi, kista oyoqchasining buralib qolishi yoki nekroz, malignizatsiya, reproduktiv faoliyatning buzilishi, bepushtlik, neyroendokrin buzilishlar.

3. Differensial diagnostika: bachadondan tashqari homiladorlik, bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklari, bachadondagi o'smalar.

4. Operativ davolash

O'smaning shakliga qarab laparotomiya yoki laparoskopiya usuli bilan (sistoektomiya, tuxumdonlar rezeksiyasi, adneksektomiya)

Reabilitasion terapiya

5. Profilaktikasi: jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash, EGK va endokrin kasalliklarni davolash, har 6 oyda profilaktik ko'ruvdan o'tib turish.

Amaliy ko'nikmalar:

- bemordan anamnez yig'ish;
- tuxumdon o'smalarini paypaslash usuli bilan aniqlash;
- kasallikni laborator va asboblar yordamida tashxislash;
- jarrohlik usulini o'rganish;
- reabilitasiya va profilaktika usullarini o'rganish.

Vaziyatli masalalar

1-masala

Ayol 34 yoshda: qusish, ko'ngil aynishi, qornining o'ng tomonida birdan og'riq paydo bo'lishi shikoyati bilan ambulatoriyaga kelgan. Anamnezida 3 tug'ruq, 1 abort, BIV 5 yildan buyon bor. Ob'ektiv ko'rishda: teri va shilliq pardalari oq rangda. harorat 37,2, tili quruqroq, qornini paypaslanganda o'ng tomon pastida og'riq va Shyotqin-Blyumberg simptomi musbat. Siyishi normal, ichi qotmagan.

Ginekologik tekshiruv: tashqi jinsiy a'zolari normal rivojlangan. Ko'zguda: bachadon bo'yni silindrsimon shaklda, toza, ajralmalari shilimshiq, bo'g'zi berk. Bachadon o'lchamlari normal, anteverzio antefleksio joylashgan, harakatchan, og'riqsiz, chap ortiqlari aniqlanmaydi. o'ng tomonda o'lchamlari 15x12x13 sm, yumaloq, elastik konsistensiyali, tekis, harakatchan, og'riqli o'sma aniqlangan.

Tashxis aniqlang? Qanday davolash kerak?

2-masala

68 yoshli ayolni qarindoshlari ginekolog maslahatiga olib kelishdi. Ayol ginekologga 8 yil mobaynida uchramagan. Menopauza 15 yil

mobaynida. Jinsiy hayotni 25 yoshida boshlagan, 5ta homiladorlik, 2ta tugʻruq, 3ta abort. Ob'ektiv tekshirganda bemor to'g'ri tuzilishga ega.

Ovqatlanishi yaxshi, yurak tonlari bo'g'ik pulsi 1 daqiqada 80ta, bir maromda, qorin pastida yumaloq shish paypaslanadi, harakatchan, paypaslashda sezilarli. Assit bor.

Genikologik statusi: tashqi jinsiy a'zolari normal holatda, ko'zgu bilan bachadon bo'yni toza, bimanual ko'rikda bachadon bo'yni silindrsimon, bachadon antefleksiyada normadan biroz kattalashgan, chap tomondan 18x19x17 sm o'lchamdagi shish aniqlanadi, harakatchan, ta'sirchan, qattiqroq konsistensiyali, o'ng tarafda 6x8x8 smli o'sma bor. Orqa gumbaz biroz to'liqlashgan, ajralma qonli rangda. Tashxis? Taktika?

G. yomon sifatli o'sma

D. follikulani persistentsiyasi*

VII BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI NUQSONLI RIVOJLANGANLIGI VA NO'TOG'RI JOYLASHISHI

QIZLARDA, O'SMIRLARDA VA YOSH AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARNING ANOMALIYALARI. KYUSTNER- ROKITANSKIY SINDROMI

Ayollarning reproduktiv tizimining anatomik va funksional holati uning hayot davrlari bilan belgilanadi:

- **antenatal davr** (tug'ilgungacha);
- **Yangi tug'ilgan davri** (tug'ilgandan keyin 10 kungacha);
- **bolalik davri** (8 yoshgacha);
- **balog'atga yetishish** yoki balog'atga yetish davri (8 yoshdan 17 yoshgacha);
- **balog'atga yetish** davri yoki reproduktiv davri (18 yoshdan 40 yoshgacha);
- **menopauzadan oldingi davr** (menopauzaning boshlanishi 41-yil);
- **Menopauza**- oxirgi spontan davri;
- **postmenopauzal davr** (hayz muddatini uzluksiz tugatilgandan boshlab)

Antenatal davr. Tuxumdonda embrion rivojlanish jarayonida gonadalar 3-4 hafta davomida qo'shiladi. Embrion rivojlanishining oltinchi - yettinchi haftasigacha gonadalar shaklining befarqlik bosqichi tugaydi. 10-haftadan boshlab gonadalarni ayollar turi shakllantiriladi. 20 haftaga borib muhrlangan epitelial hujayralar bilan o'ralgan ibtidoiy follikullardan ayol gametalari sifatida embrion tuxumdonlari shakllanadi. 25-haftaga borib embrion tuxumdonlari to'liq shakllanib bo'ladi. 31-32-haftagacha follikullarning ichki membranasining po'stloq hujayralari

diferensiyalashadi. 37-38-haftagacha pishib qolgan follikullar soni ortadi. Tug'ilgan vaqtga kelib tuxumdonlar morfologik shakllanadi.

Ichki jinsiy a'zolar. Fallopiy naychalari, bachadon va vaginaning uchdan bir qismi esa paramezoneftral proktoklardan kelib chiqadi. Homilaning rivojlanishining 5-6 haftaligidan boshlab fallopiy naychalarining shakllanishi boshlanadi. 13-14 haftaligida bachadon- distal paramezoneftral kanallarni birlashtirish yo'li orqali hosil bo'ladi. 16-20 haftalikda bachadon bo'yni farqlanadi. 17-haftadan boshlab jinsiy lablar rivojlanadi.

Gipotalamik-gipofizar tizimi: Antinatal davrining 8-9- haftasida gipofizning sekretor faoliyati faollashadi: Gipofiz bezining FSG va LG qon plazmasida va amniotik suyuqlikda kichik miqdorda bo'ladi. Xuddi shu davrda GnRH aniqlandi. 10-13 haftasida esa neyrotransmitterlar, 19-haftadan boshlab adenotsitlarning tarqalishi bilan ajralib turadi.

Bolalik davri. Bu reproduktiv funksional faoliyati pastligi bilan ifodalanadi:

O'smirlik davri. Bu davri (17-18 yosh) davomida nafaqat reproduktiv tizimining kamolotga yetishi emas, balki ayol organizmining jismoniy rivojlanishini tamomlaydi: Tanasi uzunligining o'sishini, suyaklari zonasi, qovurg'a suyagining o'sishi, ayolda yog' va mushak to'qimalarining taqsimlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Ayni paytda, gipotalamik tuzilmalar yetuklik darajasiga muvofiq Gipotalamo-gipofizar-tuxumdon tizimi kamolotga yetishi uch davrga bo'linadi.

Birinchi davri - prepubertat (8-9 yosh)

Ikkinchi davri - pubertat davrining birinchi bosqichi (10- 13 yosh)

Uchinchi davr - pubertal davrining ikkinchi bosqichi (14-17 yosh)

Jinsiy hujayralar 18 dan 40 yilgacha o'sadi. Ushbu davrning o'ziga xos xususiyatlari reproduktiv tizimning o'ziga xos morfologik- funksional jihatlarida namoyon bo'ladi.

Premenopauza davri. 41 yoshdan boshlab, menopauza boshlanguniga qadar davom etadi, bu ayolning hayotida so'nggi hayz davri, yani o'rtacha 50 yoshda bo'ladi. Bu davrda jinsiy bezlarning faoliyatida pasayish kuzatiladi. Bu davrda aql-idrok xususiyati, qon yo'qotish hajmi, shuningdek, hayz sikli va hayz muddati ritmida turli xildagi o'zgarishlar kuzatiladi. Hayz sikli va hayz muddati kam (gipomenoreya), qisqa (oligomenoroya) bo'lishi ham

kuzatilishi mumkin. Premenopauza davrning quyidagi bosqichlari ajratiladi:

- **gipolyutein** - klinik semptomlar yo'q, progesteron sekretsiyasida biroz pasayish kuzatiladi;

- **giperestrogen** - estrogen miqdorini ko'payishi bilan karakterlanadi

- **gipoestrogen** - estrogen darajasining sezilarli darajada pasayishi bilan kuzatiladigan amenoreya.

- **agormonal** – buyrak usti bezlarining kortikal moddasi (kortikal moddalarning kompensatsion gipertrofiyasi), gonadotropinlarning produktsional rivojlanishi; klinik jihatdan doimiy amenoreya bilan karakterlanadi. Tuxumdon funktsional faolligi to'xtatishi, lekin estrogenlar kichik miqdorda sintezlanadi.

Menopauza- oxirgi spontan davri (48-52 yoshda kuzatiladi)

Postmenopauza: Agormonal bosqich davrning boshlanishi bilan bir xildir. Postmenopauzada ichki jinsiy a'zolar atrofiyasi kuzatiladi metabolizm buzilishi (yurak-qon tomir, suyak va boshqalar) bilan tavsiflanadi.

Tuxumdonning butunlay bo'lmasligi kamdan-kam uchraydigan hodisadir. Bunday nuqsonlar faqat yashashga qobiliyatsiz bo'lgan bolalarda uchraydi. V. I. Bodyajina va boshqalarning ko'rsatishlaricha, ilmiy adabiyotlarda faqat bitta ayolda tuxumdon bo'lmaganligi to'g'risida yozilgan ekan. Tuxumdoni bo'lmagan ayollarning bo'yi past yoki aksincha, baland. Jinsiy a'zolari yaxshi taraqqiy qilmagan, ba'zan ularning taraqqiyoti butunlay to'xtab qolgan bo'ladi.

Mabodo bachadon bir shoxli bo'lsa, unda tuxumdon ham bir shoxli bo'lishi mumkin. Ammo ko'pincha shu hollarda ham tuxumdon ikkita bo'ladi. Tuxumdonlarning anatomik va fiziologik jihatdan rivojlanmaganligi ko'p hollarda boshqa a'zo va tizimlar anomaliyasi bilan birgalikda uchraydi.

Qo'shimcha tuxumdon kamdan-kam hollarda uchraydi, uchinchi deyarli rudiment, asosiy tuxumdonning chetiga yopishgan holda bo'ladi. Bu qo'shimcha tuxumdonning funksional jihatdan ahamiyati yo'q.

Bachadon, uning qo'shimchalari (naychalar) va qinning nuqsonlari

Ba'zi hollarda bachadon va uning naychalarining yaxshi taraqqiy qilmagan hollari ham uchrab turadi. Bachadon bo'lgani holda, naychalarning bo'lmasligi yoki ular rudiment holda bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda qo'shimcha naychalar yoki naychalarda qo'shimcha teshiklar ham bo'ladi. Bu

qo'shimcha naycha asosiy naycha bo'shlig'iga ochilib, uning shokili bo'ladi.

Qiz bolalarning jinsiy a'zolaridagi og'ir nuqsonlardan biri - bachadon bo'lmasligidir. Ko'pincha bachadon bo'lmasa, qin ham bo'lmasligi mumkin. Bunday qizlar to'g'ri ichak orqali tekshirilganida, tasmaga o'xshash yapa tanacha qo'lga ilinadi. Bu bachadon va qinning rudiment ko'rinishidir. Qinning bo'lmaslik hollari ko'p uchraydi. Bu nuqson asosan homila oqornida bo'lganida, Myuller yo'llari (bachadon, qin va bachadon qo'shimchalari shu Myuller yo'llardan vujudga keladi) pastki qisminida yaxshi taraqqiy etmay qolganligi natijasida ro'y beradi. Ko'pincha ana shu ichki jinsiy a'zolar rudiment holda bo'lganligidan qiz bolaning butun organizmi ham rivojlanishdan orqada qolishi mumkin. Bu og'ir patologik holat bo'lib, buni ertaroq aniqlash bolalar vrachi, ona va tarbiyachilarning muhim vazifalaridan hisoblanadi. Aks holda qiz bola buni keyinroq, ya'ni balog'atga yetganida bilib qolsa, uning ruhiyatiga og'ir ta'sir qiladi. Qinning bo'lmasligi ham og'ir nuqsonlardan bo'lib, bunda qiz bolada menar bo'lmaydi, balog'atga yetgan bo'lsa ham amenoreya kuzatiladi. Agar soxta amenoreya bo'lsa, hayz davrida ajratiladigan qon tashqariga chiqolmay, bachadon va uning naychalarida to'planadi, xatto qorin bo'shlig'iga ham oqib o'tishi mumkin. Bu nuqsonlarda qiz bola hayz ko'rganida kuchayayotgan og'riqdan shikoyat qiladi. Bunday hollarda jarrohlik yo'li bilan sun'iy qin hosil qilinadi. Mabodo bachadon bilan birga qin ham bo'lmasa, bunday hollarda siydik qopi bilan to'g'ri ichak oralig'i kengaytirilib, jinsiy aloqa

uchun kanalcha yasaladi. Yuqorida qayd etilgan operatsiya turlari bola balog'atga yetgach, faqat o'zi yoki yaqinlarining iltimosi va rozilligi bilan qilingan. Yallig'lanish natijasida ba'zida qin devorlari bir-biriga yopishib qoladi. Bu ham jarrohlik yo'li bilan tuzatiladi, ya'ni chandiqlar qirqiladi, yoxud a'zo zond yordamida kengaytiriladi.

7.1-rasm. Ichki jinsiy a'zolari nuqsonlarining turlari

Bu asosan Myuller iplarining bir-biri bilan qo'shilmaganligidan vujudga keladi. Agar har ikkala tomondagi Myuller iplari bir-biriga



yaqinlashib qo'shilsa, unda bitta bachadon va bitta qin vujudga keladi. Ba'zi hollarda bachadon ikkiga ajralib rivojlansa, ularda bo'shliq bo'lmasligi ham mumkin. Ba'zan bachadon bo'shlig'i qisman saqlangan bo'ladi. Bunday hol qinda ham uchraydi, bu har ikki tomondan yoki faqat bir tomondan ko'rinishi mumkin.

Qin va bachadon bo'shliqlari bo'lmasligi, ba'zan bachadon va qin butunlay bo'lmasligi yoki qisman bo'lishi mumkin. Yana shunday hollar ham uchraydiki, bachadon va qin go'yo normal ko'rinishiga qaramay (bitta bachadon va bitta qin), ularning ichki tomoni o'rtasidan to'siq bilan to'silgan bo'lib, shu to'siq tufayli qin va bachadon ichi ikkiga bo'lingan bo'ladi. Ko'pincha bachadon va qin ikkiga bo'lingani holda, ularning har ikkalasi ham normal taraqqiy qilib, faoliyati jihatidan ham deyarli normal bo'lishi mumkin. Ammo bunday bachadonlarning har birida bittadan qo'shimcha bo'lib tuxumdon ham bitta bo'ladi. Bachadon bo'yni hamda qin ikkitadan va ular mustaqil bo'ladi. Ba'zan bitta bachadon va qin to'liq sifatli bo'lishi yoki ikkinchisi ham yaxshi yoki har ikkalasi

7.2-rasm Qin va bachadonning ikkiga ajralgan holati



ham taraqqiy qilmay qolgan bo'lishi ham mumkin. Ko'p hollarda bachadon va qin qo'shaloq bo'lib har ikkala bir-biriga yaqin joylashgan, ba'zan faqat pastki qismlari bir-biriga yaqin bo'ladi. Qo'shaloq qinning bittasi ochiq, ikkinchisi bitgan bo'lsa, birinchi va ikkinchi hayzlardan ajralgan qon ana shu qinga to'planib qoladi. Agar bachadon bo'yni berk bo'lsa, unda qon bachadonga to'planadi, shu yo'sinda bachadonda qo'shimcha shox ham bo'lishi mumkin va qiz bola hayz ko'rganida (agar shu shox bo'shlig'i bachadon bo'shlig'iga qo'shilmagan, berk bo'lsa) ajralgan qon shu

bachadonga to'plana borib, bunda xam gematometra yuz beradi. Bu og'ir klinik holat bo'lib, bemor operatsiya qilinishi, shu bachadon shoxi olib tashlanadi. Mabodo qinga yoki shu bachadonga quyilgan qonga infeksiya tushsa, unda og'ir infeksiyon jarayon yuz beradi. Ayollarda ana shu qo'shimcha homiladorlik vujudga kelsa, bu bachadondan tashqarida ro'y

bergan homiladorlik deb atalib, og'ir oqibatlariga, ya'ni bachadon yirtilishi, kuchli qon ketib, ayolning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Ba'zan qo'sh bachadon, qo'sh bo'yin bo'lib, qin yarmidan boshlab to'siq bilan ajralgan bo'ladi. Bachadon ikki shoxli, bitta bo'yinli va bitta qinli bo'lishi ham mumkin. Yoki bachadon egarsimon va ba'zida to'siqli bo'ladi, goho esa qisman to'siqli bo'ladi. Ko'pincha bitta shoxli bachadon bo'ladi. Siydik va jinsiy to'siqning nuqsoni bo'lib, shu sababli tashqi chiqaruv yo'li qinga kirish yo'liga, qizlik pardasidan pastroqqa ochiladi. Anus vaginalni esa, to'g'ri ichak teshigi qinga qarab ochiladi. Bu xildagi nuqsonlarda to'g'ri ichak teshigining qisadigan halqasi yaxshi taraqqiy qilganligi sababli, axlat oqib turmaydi, ammo ich kelganida axlat shu ichak teshigi ochilgan joydan chiqadi. Shu sababli, bolalar yoshlikda shikoyat qilmasliklari mumkin. Bemor jinsiy taraqqiyot davrida va jinsiy hayot boshlagandagina bundan shikoyat qiladi. Tug'ruq jarayonida to'g'ri ichak hatto yirtilib ketishi ham mumkin. Buning davosi - to'g'ri ichak chiqaruv teshigini jarrohlik yo'li bilan asli joyiga o'tkazishdan iborat.

QIZLIK PARDASIDAGI NUQSONLAR

Qizlik pardasi har xil shaklda bo'lishidan tashqari, ba'zan qalinroq va halqasimon bo'lishi xam mumkin. Ayniqsa, qalin bo'lsa jinsiy yaqinlik qilishda ko'pgina ko'ngilsizliklarga sabab bo'lishi mumkin. Halqasimon bo'lsa, jinsiy aloqa vaqtida yirtilmaslik holati ham uchraydi. Gohida qizlik pardasi berk (atreziya) bo'lib, buni ham kechikib aniqlash hollari uchraydi. Kiz bola balog'atga yeta boshlagach, hayz bo'lmayotgani, oy sayin qorin pasti, dumg'aza, bel sohalarida og'riq ko'payib borib, u borgan sayin kuchayayotganligidan shikoyat qiladi. Og'riqning borgan sari kuchayib borishiga sabab - bachadondan ajralgan qon qizlik pardasi berk bo'lganligi uchun, qinga, qin to'lgach, bachadonga va naychalarga oqib kelib, ularni to'ldiradi, ba'zan qorin bushlig'iga xam oqib kelib, qorin pardasini qitiqlaydi. Bunday paytda qiz bolaga tez yordam ko'rsatish zarur bo'ladi. Yordam ko'rsatilmagan taqdirda qorin pastidagi og'riq bora-bora kuchaya boshlaydi. Qorin devori orqali paypaslab ko'rilganida kichik chanoq ichi va ba'zan undan yuqoriga tomon ko'tarilgan, kolbasaga o'xshash qattiq elastik shakl seziladi. To'g'ri ichak orqali tekshirilganda ham shu hol seziladi. Qin, bachadon va naychalar bo'shlig'iga yig'ilgan qon infeksiyaning avj olishi uchun juda qulay manba hisoblanadi. Yig'ilgan pirogen moddalarining

shimilishiga ko'ra, qiz bolada gipertermiya holati yuz beradi. Uning tana harorati 37.2 - 37.8 C gacha ko'tariladi. Mabodo qiz bola organizmida qarshilik ko'rsatish kuchi sust bo'lib, infeksiyaning virulentligi kuchli bo'lsa, tana harorati yanada ko'tarilishi mumkin. Bu a'zolarida yallig'lanish boshlanganligini ko'rsatadi. Qiz bola vrach yordamiga nihoyatda muhtoj



bo'ladi. Bemorga tashhis qo'yishda qorin va to'g'ri ichak orqali tekshirishdan tashqari, UZD, laparoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya usullaridan foylaniladi. Davolashda asosan jarrohlik usulidan foydalaniladi.

7.3-rasm. Qizlik parda atriziyasida jarrohlik davolash usuli

Bunda asosan qizlik pardasi qo'shuv alomati kabi kesiladi, yig'ilgan qon, eroz va yiring olinib yallig'lanish jarayoni yuz bergan bo'lsa, yallig'lanishga qarshi muolaja qilish kerak bo'ladi. Operasiya qilinganligi to'g'risida qizning onasi yoki o'ziga hujjat berilishi shart. Chunki Markaziy Osiyo xalqlarining urf-odatlariga ko'ra, qizlik pardasi qiz bolaning iffatli ekanligidan dalolat beradi.

SOXTA GERMAFRODITIZM

Bunda jinsiy bezlarning faoliyatiga qarab aniqlanadi. Chin germafroditizmida erkaklik urug'iga xos faoliyatli elementlar va urug'xaltasi bo'ladi. Mabodo erkaklik urug'i topilmasa, u, chin germafroditizm bo'la olmaydi, deb talqin qiladilar.

Soxta germafroditizm shunday bir nuqsonki, unda jinsiy a'zolar jinsiy bezlarning tuzilishiga mos kelmaydi. Bachadon, qin, bachadon qo'shimchalari, tuxumdonlar bo'lishiga qaramay, jinsiy a'zoning tuzilishi erkak kishining jinsiy a'zosini eslatadi. Yana, qiz bolalarda o'g'il bolalar xarakteriga xos somatik va ruhiy holat kuzatilishi mumkin. To'liq soxta germafroditizmida tashqi va ichki germafroditizm ko'rinishlari bo'ladi, ammo bu hol juda kam uchraydi. Tashqi germafroditizmida klitorning gipertrofiyasi xuddi erkak kishining olati (penis)ni eslatadi, lekin undan kichikroq bo'ladi. O'rta chiziqda katta jinsiy lablar bir-biriga qo'shilib, erkaklar urug'xaltasini eslatadi. Ammo tuxumdon, naychalar, bachadon, qin taraqqiy etgan bo'ladi. Shunga qaramay, Volf yo'li (urug' chiqadigan yo'l) va prostata bezining

gomologi parauretral bez bo'ladi, bu ichki psevdogermafroditizm hisoblanadi.

Vaziyatli masala

Bemor, 16 yoshda, qiz bola. 3 oy davomida regulyar ravishda qorin pastida og'riq, qovuqning tiqilishi, belda og'riq kuzatilgan. Anamnezidan: hayot bo'lmagan, yoshligidan tez-tez shamollashga moyil, surunkali tonzilliti bor. Ko'rikda: teri va shilliq qavatlari oqargan, puls 80 marta, AQB- 100/60 mm.sim.ust. Qorin paypaslanganda og'riqli, qorin mushaklari taranglashgan. Ginekologik ko'rikda: qizlik pardasi bitishgan, bir oz bo'rtib, ko'karib turibdi.

Rektal ko'rikda: bachadon kattalashgan, taranglashgan va og'riqli. Bachadon naylari sohasi bir oz og'riqli.

Ultratovush tekshiruvida: bachadon 90x100x85 mm, bachadon ichida bir xil konsistensiyali modda .

Tashxis. Davolash choralari.

Amaliy ko'nikmalar

1. Qizlik pardasi nuqsonlarini aniqlash.
2. Ginekologik tekshirish, ko'zgularda va bimanual tekshirishni bilish.
3. Bachadon nuqsonlarini rentgen va ultratovush orqali tekshirish natijalarini o'qiy bilish.

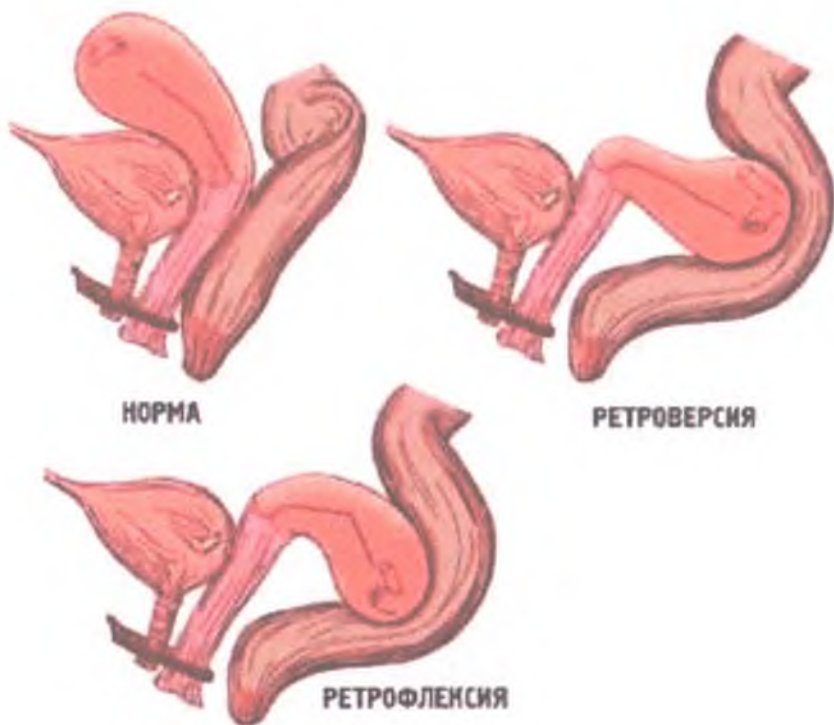
AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI NOTO'G'RI JOYLASHISHI BACHADONNING NOTO'G'RI JOYLASHISHI

Qorin bo'shlig'idagi biror a'zoning, jumladan chanoq vaziyatini yakkalangan holda ko'zdan kechirish mumkin emas. Barcha a'zolar bir-biriga bevosita taqalib yotadi, ular bir-birini suyab turganligi uchun ozmi-ko'pmi doimiy muvozanatda bo'ladi, diafragma, qorin devori va chanoq tubinining o'zaro ta'siri tufayli qorin bo'shlig'ida shunday muvozanat vujudga keladi. Kichik chanoqning boylamlari, biriktiruvchi to'qima va mushaklardan tuzilgan apparat borligidan chanoq a'zolari chanoqda o'z o'rnini saqlab turadi va fiziologik yoki patologik sharoit taqozosi bilan qorin bo'shlig'ida oshgan bosimga ma'lum darajada qarshilik ko'rsata oladi. Bachadonga nisbatan shuni nazarda tutish kerakki, qo'shni a'zolar (qovuq va ichak) holati ham bachadonning vaziyatiga ta'sir etadi.

Bachadon bir qadar harakatchandir, shu sababli bachadonning qandaydir doimiy, muayyan darajada normal vaziyati haqida gapirib bo'lmaydi, bachadon xususida ko'proq tipik vaziyat haqidagina fikr yuritish mumkin.

Bachadon chanoqning o'rtasida joylashgan, tubi oldinga va yuqoriga qaragan, qindagi qismi esa pastga va orqaga yo'nalgan bo'ladi. Bachadonning bunday vaziyati og'ish - versio deb ataladi. Bachadon tanasi qayoqqa qaraganiga qarab, quyidagi vaziyat tafovut qilinadi:

Anteversio - normal (to'g'ri tipik) vaziyat - bachadon tanasi oldinga qaragan; lateroversio - chanoqniing yon devoriga qaragan; retroversio - orqaga qaragan.



7.4-rasm. Bachadon noto'g'ri joylashish turlari

Bachadon bo'yni tanasiga o'tgan joyda oldinga qaragan o'tmas burchak bor. Burchakning tepasi ichki teshik sohasiga mos keladi. Bachadon

bo'ynining bachadon tanasiga nisbatan shunday joylashuvi egilish, fleksiya (flexio) deb ataladi. Bachadonning og'ishidagi kabi, burchakning qaytomonga ochilganligiga qarab bachadonning egilishi quyidagi turlarga bo'linadi: anteflexio - bachadonning normal, tipik vaziyati, retroflexio - bachadonning orqasiga egilgan bo'lishi: lateroflexio - chanoq yon devoriga qayrilgan bo'lishi.

Bachadonning tanasi bilan bo'yni o'rtasidagi burchak oldiga ochilgan, bachadon tanasi ham oldinga qaragan, qindagi qismi esa orqaga va pastga yo'nalgan vaziyatini normal (tipik) vaziyat (anteflexio - versio uteri) deb hisoblash qabul qilingan, bu vaziyatda bachadon bo'ynining tashqi teshigiga interspinal chiziq, ya'ni ikkala *spinae ischi* ni birlashtiruvchi chanoq ro'parasida bo'ladi.

Qovuq to'lganda bachadon tanasini orqaga buradi, to'g'ri ichak to'lib ketganda bachadon bo'yniga, oldinga va yuqoriga suradi.

Bachadon vaziyati tipik vaziyatdan kesqin farq qiladigan darajada o'zgartirilgan bo'lsa, bachadonning normal (patologik) vaziyati deb ataladi.

Bachadon vaziyatining quyidagi o'zgarishlari tafovut qilinadi:

1) o'zgartirilgan pozitsiya (positio), ya'ni bachadonning chanoq bo'shligiga butunlay siljib qolishi:

2) butun bachadonning gorizontaal og'ishiga (versio), ya'ni vaqtida bachadon tanasi bilan bo'yni o'rtasidagi burchak devori tekislanib ketadi (ante-, retro-, lateroversio).

3) kuchaygan yoki o'zgartirilgan egilish (flexio) - bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasidagi burchak o'tkirroq bo'ladi (anteflexio patologica, retro-, lateroflexio).

4) bachadon uzunasiga ketgan o'qi bo'ylab buriladi (lorsio);

5) bachadon ag'darilib chiqadi (inversion uteri).

Bachadonning so'rilishi (disposition) a'zoning patologik vaziyati hisoblanadi, bunda butun bachadon oldinga, orqaga yoki yon tomonga tortilgan yoxud normadan tashqari ko'tarilgan (elevatio) yoki pastga tushgan (descendens uteri) yo bo'lmasa, nihoyat, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqqan (prolapsus uteri) bo'ladi. Bachadonning qaysi tomonga siljiganiga qarab quyidagilar tafovut qilinadi: antepositio - oldinga surilish: retropositio - orqaga surilish, lateropositio - yon tomonga surilish. Bachadonga o'smaning tazyiq qilishi yoki bachadonning tortmalar bilan chanoq devoriga tortilishi natijasida pozitsiyasi o'zgarishi mumkin. Duglas bo'shlig'idagi o'smalar, qon

quyilishi sababli bachadon oldinga surilib ketadi(antepositio). Bachadonni qorin devoriga yopishtirish operatsiyasi (bachadon ventrofiksiyasi)da shunday vaziyat sun'iy yo'l bilan vujudga keltiriladi.Dumg'aza - bachadon boylamlari qisqarganda, shuningdek yallig'lanish jarayoni natijasida tortmalar paydo bo'lganda bachadon ko'pincha orqaga surilib qoladi (retropositio). Ba'zan bachadondan oldingi o'smalar bu a'zolari orqaga surib yuboradi.Tekshirishdan oldin hamisha qovuqni bo'shatib olish zarur, chunki to'lib ketgan qovuq bachadon tanasini orqaga itaradi.Retropositio da butun bachadon ba'zan dumg'aza suyagining botiq qismida yotadi. Chanoqning qarama-qarshi yarmidagi o'sma yoki klechatkadagi infiltrat bachadonni chanoqning yon devoriga taqab qo'yishi natijasida bachadon yon tomonga suriladi(lateropositio). Bundan tashqari, yallig'lanish jarayonlaridan keyin bachadon serbar bog'lamlarining buralib kelishi sababli bachadon yon tomonga surilishi mumkin.

Tuxumdon ortiqlarining boylamlar o'rtasida joylashgan o'smalari, qin o'smalari, qin atreziyasida qinga to'plangan qon (gematokolpos),to'g'ri ichak o'smalari va shunga o'xshashlar bachadonni kichik chanoq bo'shlig'idan surib yuborishi natijasida bu a'zo ko'tarilib qoladi(elevatio.) Bachadon tubini qorin devoriga balandroq fiksasiya qilib, shunday vaziyatni sun'iy yo'l bilan vujudga keltirish mumkin.

Bachadonning og'ishi

Yuqorida aytilganidek, normal(tipik) holatda bachadon anteverzio vaziyatida yotadi. Ammo, chanoq devorlariga nisbatan olinganda shu vaziyat biron tomonga turlicha o'zgarishi mumkin: bachadonning oldinga qarab haddan tashqari og'ishi patologik antiverziya, orqaga og'ishi retroverziya, yon tomonga (o'ngga yoki chapga) og'ishi lateroverziya deb ataladi.Bachadonning patologik og'ish sabablari juda turli- tumandir: bachadonni ushlab turuvchi apparat (boylamlar)ning yetarli taraqqiy etmaganligi, infantilizm (bunda dumg'aza-bachadon boylamlarining tug'ma xastaligi qayd qilinadi), har xil o'smalar, sumkalangan qorin eksudatlari va nihoyat, yallig'lanish jarayonlari shular jumlasidandir. Patologik anteverziyada ayol tikka turganda bachadon tubi bachadon bo'ynidan pastda qoladi, bachadon bo'yni normal holatdan tufovut qilib, yuqoriga va orqaga yo'nalgan bo'ladi. Qorni osilib ketgan homilador ayollarda bachadonning oldingi devori qovuqning orqa pardasiga yopishib ketganda va churra tushganda bachadon antiverziyasi kuzatiladi.

Bachadonning og'ishlaridan retroverziyaning ahamiyati muhimroq. Bunda bachadon tubi yuqoriga va orqaga, bachadon bo'yni esa pastga va oldinga qaragan bo'ladi.

Ayol tuqqanidan keyin va operatsiyadan so'ng uzoq vaqt chalqancha yotishi natijasida bachadon retroverziyasi kelib chiqadi. Ba'zan o'smalar paydo bo'lganda, bachadonning tug'ruqdan keyingi teskari evolyutsiyasi noto'g'ri bo'lganda, qovuq to'lib ketganda, qin devorlari pastga tushganda va, nihoyat, qovuq bilan bachadon o'rtasidagi bo'shliqqa ichak qovuzloqlari tushib qolganda (shu sababli qorin ichidagi bosim bachadonning oldingi devoriga ta'sir etadi) bachadon tanasining og'irligi sababli retroverziya kelib chiqadi.

Yuqorida ko'rsatilgan sabablardan tashqari, chanoqning qorin pardasidagi yallig'lanish jarayonlari, Duglas bo'shlig'idagi perimetri, bachadon serbar boylamidagi qorin pardasi orqa varag'ining yallig'lanishi va operatsiyadan keyin yamoqlar hosil bo'lishi retroverziyaning kelib chiqishida katta rol o'ynaydi. Oraliqning shikastlanishi natijasida qinning pastga tushishi bilan retroverziya o'rtasida bevosita bog'lanish bor.

Bachadon chanoqning yon devorlariga yotganda (lateroverziyada) bachadon tubi yuqoriga va yon tomonlardan biriga, bachadon bo'yni esa pastga va bachadon tanasining qarama-qarshi yon tomoniga qaragan bo'ladi. Bachadonning bir tomonga og'ishi bachadon tanasining o'smalardan so'rilishi natijasida, bachadon naylari va tuxumdonlardagi yallig'lanish jarayonining bachadon atrofidagi klechatkaning yallig'lanishi (parimetri) natijasi hisoblanadi. Tuxumdon ortiqlarining o'smalarini olib tashlab operatsiyalarining keyin paydo bo'ladigan yamoqlari ham shunday ta'sir etadi.

Bachadon noto'g'ri yotganda (ayniqsa retroverziyada) ko'pincha hajmi kattalashadi. Sababi shuki, bachadonning noto'g'ri yotishi sababli serbar boylamlar bag'ridan o'tishi qiyinlashib qoladi. Ayni vaqtda bachadonning noto'g'ri yotishi odatda elastik arterial tomirlarga ta'sir etmaydi, shuning uchun bachadonga qon normal ravishda kelaveradi. Natijada bachadonda qon dimlanib, giperemiya kelib chiqadi, shu munosabat bilan bachadon shishadi va hajmi kattalashadi.

Bachadonning egilishi

Bachadonning normal vaziyatida bir qancha o'zgarishlar uchraydi. Masalan, bachadon bo'yni bilan birga to'g'ri yoki sal-pal yoysimon chiziqda

yotishi mumkin, ba'zan esa bachadon bo'yni tanasi o'rtasida burchak hosil bo'ladi, bu burchakning oldinga, orqaga, o'ngga yoki chapga ochiq turganligiga qarab, antefleksiya, retrofleksiya, bachadonning o'ngga yoki chapga egilishi deb ataladi. Normal antefleksiyadan **patologik antefleksiyani** farq qilish zarur.

Patologik antefleksiyaning eng ko'p uchraydigan sabablari infantilizmdir, bunda dumg'aza-bachadon boylamlari tug'ilishdan kalta bo'ladi. Dumg'aza-bachadon boylamlari ichki teshik sohasini orqaga tortsa, yumaloq boylamlar bachadonning orqa devoriga ta'sir etadigan bosim (qorin bo'shlig'idagi bosim) yordamida bachadon tanasini odatdagi joyida ushlab turadi: natijada kesqin antefleksiya vujudga keladi. Bu anomaliya ko'pincha tug'ma bo'ladi, ammo tug'ilishdan keyin dumg'aza-bachadon boylamlarining yallig'lanib, hurilishi natijasida ham kesqin antefleksiya kelib chiqishi mumkin. Bachadonning o'ngga yoki chapga egilishi (lateroflexio dextra et sinistra) ko'pincha rivojlanish nuqsoni hisoblanadi, ammo tug'lgandan keyin bachadon serbar boylamlaridan birining yallig'lanib, yamoq tortib, o'zgarishi natijasida ham kelib chiqishi mumkin.

Retrofleksiya (retroflexio)da bachadonning qindagi qismi oldinga ko'proq suriladi. Teshik pastga qaragan bo'ladi, bachadonning orqaga egilgan tanasi orqa gumbazlar orqali sharsimon jism shaklida paypaslab topiladi. Retrofleksiya retroverziyaning keyingi bosqichi hisoblanadi. Retroverziyani keltirib chiqaruvchi hamma sabablar bachadon retrofleksiyasiga ham sabab bo'la oladi, deb aytish mumkin.

Bachadonning **harakatchan** va **qimirlaydigan** (fiksasiyalangan) **retrofleksiyasi** tafovut qilinadi. Harakatchan retrofleksiyada bachadonni ikki qo'llab tekshirishda shu vaziyatdan osongina chiqarish mumkin: bachadonning retroverziya-fleksiya holatida ushlab turuvchi zich tortmalar bo'lganda esa, uni bu holatdan chiqarib bo'lmaydi.

Bachadonning pastga tushishi va tashqariga chiqishi

Bachadonning chanoq o'qi bo'ylab pastga surilishi pastga tushishi deb ataladi. Bachadon normal o'rnidan pastga surilsa-yu, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqmasa, bachadon pastga tushgan (descensus uteri) deb aytiladi. Bachadon pastga ko'p surilib, jinsiy yoriqdan tashqarida qolsa, bachadontashqariga chiqqan (prolapsus uteri) deb aytiladi: jinsiy yoriqdan bachadonning faqat bo'yni chiqib turadi, bachadon qisman tashqariga chiqqan (prolapsus uteri parttalls) deyiladi: bachadon jinsiy yoriqdan

butunlay chiqib qolgan bo'lsa, to'la tashqariga chiqqan (prolapsus uteri totalis) deb ataladi.

Chanoq tubini hosil qiluvchi to'qimalar tug'ruq vaqtida yirtilsa yoki ko'p tuqqan xotinlarning shunday to'qimalari qayta cho'zilaverib funksional kamchilik kelib chiqsa, qorin devori, chanoq tubi va diafragma mushaklarining hamkorlikda ishlashi tufayli qorin bo'shlig'i a'zolarining o'zaro munosabati buzilib, chanoq a'zolarining surilishi uchun sharoit vujudga keladi.

Oraliq yirtilganidan keyin o'z vaqtida choklanmagan bo'lsa, jinsiy a'zolarining pastga tushishiga va tashqariga chiqib qolishiga sabab bo'ladi. Qin devorlari odatda quyidagicha tartibda pastga tushadi, avval qinning oldingi devori oraliq mushaklarining yirtilishi sababli tabiiy tayanchdan mahrum bo'lib, pastga tusha boshlaydi. Qin devori tushar ekan, qovuq devorini ham ergashtirib olib tushadi.

Ayni vaqtda qovuq bilan qin o'rtasidagi mushak - fassiya to'sig'i juda cho'zilib ketsa yoki bir-biridan uzoqlashsa, qovuq devori shu qadar bo'rtib do'mbayib chiqadiki, qovuq churrasi (cystocele) hosil bo'ladi.

Qinning oldingi devori - asta sekin pastga tushar ekan, bachadonning qindagi qismini ham torta boshlaydi, shunga ko'ra bachadonning mazkur qismi oldingi surilib qoladi. Bachadon bo'ynining oldinga surilishi bachadon vaziyatiga ta'sir qilmay qolmaydi, richag qonuniga muvofiq bachadon orqaga og'adi, bachadon retroversiyasi kelib chiqadi. Bachadon bilan birga serbar boylamlar ham o'z vaziyatini o'zgartiradi, shu munosabat bilan venalar qisilib, venoz qon yaxshi yurishmaydi. Yuqorida aytilganlarga ko'ra, chanoqdu qon aylanishining buzilishi natijasida bachadon bo'rtib, og'irroq bo'lib qoladi. Og'riq turadi, oqchil keladi, shuningdek hayz buziladi. Shundan keyin bachadon retroverziya holatidan retroverziya-retrofleksiya holatiga o'tadi, endi bachadon ham pastga tusha boshlaydi.

Nihoyat, so'nggi bosqichda (oraliqning yirtilishi natijasida) orqaga qayrilgan bachadon tashqariga chiqib qoladi, buning ob'ektiv belgisi shundan iboratki, pastga tushayotgan bachadon qin og'zidan tashqariga chiqib boshlaydi. Ba'zan bachadon bo'ynining faqat qindagi qismi (ayniqsa keksa ayollarda) tashqariga chiqadi. Sababi shuki, qarilikdagi atrofiya tufayli mushaklardan mahrum bo'lgan va pastga tushayotgan qin devorlariga qo'shilib tortiladigan bachadon bo'yni qin og'zidan tashqariga chiqib qoladigan darajada uzunasiga cho'ziladi.

Qin orqa devorining pastga tushishi va to'g'ri ichak devorining tashqariga chiqib qolishi qin-to'g'ri ichak to'sig'ining nechog'liq buzilganiga va mushaklarining qanchalik cho'zilganligiga bog'liq.

Qinning orqa devorini to'g'ri ichak bilan birlashtiruvchi kletchatka yumshoqroq bo'ladi, shunga ko'ra to'g'ri ichak qinning tashqariga chiqayotgan orqa devoriga kamdan-kam ergashadi, lekin qinning orqa devori anchagina pastga tushgan bo'lsa, to'g'ri ichakning pastki bo'limi qin devori bilan bari bir pastga tushadi (rectocele). Bachadon boylamlar kuchi bilan o'z vaziyatida tursa, tashqariga chiqqan qin bachadonning boylamlari bo'shashmaguncha va bachadon tanasi pastga tushmaguncha bachadon bo'ynini tortaveradi: ayrim hollarda qining pastga tushayotgan devorlari bachadon bo'ynini shu qadar cho'zadiki, u ikki marta va hatto uch marta uzun bo'lib qoladi (elongation colli uteri). Ammo shuni aytish kerakki, jinsiy a'zolarining pastga tushishi va tashqariga chiqishi hamisha yuqorida aytilgan tartibda boravermaydi va o'z rivojlanishining biror bosqichida to'xtab qolishi mumkin.

Bachadoning noto'g'ri yotish vaziyatiga xos simptomlar

Asosan bachadon retroverziya-fleksiyasida ko'proq eshitaladigan shikoyatlarga avvalo menorragiyalarni qo'shish kerak. Menorragiya chanoqda qon yurishmasligi sababli bachadon giperemiyasining oqibati hisoblanadi. Ko'pincha bemorlar chanoqda qon yurishmasligi sababli bachadon shilliq pardasining sekresiyasi kuchayganligi oqibatida oqsil paydo bo'lganidan zorlanadilar.

Odatda bemorlar defekasiyada dumg'azada og'riq turishini, ba'zan ayniqsa uzoq vaqt tik turilgandan keyin oyoqlar og'rishini aytib, noliydilar. Og'riqlarning joylashuvi va zo'rliги g'oyatda har xil bo'la olishini aytib o'tmoq kerak. Ko'pincha bemorlar defekasiyada og'riq sezilishi yoki to'g'ri ichakning hosilish sezgi bezovta qilayotganini aytib, shikoyat qiladilar. Defekasiyada og'riq sezilishi odam kuchanganida bachadonning surilishiga bog'liq. Defekasiya vaqtida og'riq bo'lishi dastlab ichni ataylab to'xtatib turishga olib keladi, keyinchalik esa ko'pincha surunkali ich qotishiga sabab bo'ladi.

Siydik chiqaruv a'zolarining turli darajada buzilganligi haqidagi shikoyatlar ham ko'p eshitaladi. Patologik antefleksiyada bachadon bo'ynining tazyiq ko'rsatishi tez-tez zahar tang qilishiga olib keladi. Bachadon retroverziya fleksiyasi ba'zan tug'maslikka yo'l ochadi, chunki tashqi teshik

oldinga surilganligi sababli sperma orqa gumbazda to'planib, bachadon kirishi qiyinlashadi. Bachadon bilan qin pastga tushganda va tashqariga chiqqanda simptomlar aksari ma'lum tartib bilan kuchayib boradi. Qovuqning chala bo'shashi oqibatida tez-tez zahar tang qilib turishi III simptom hisoblanadi. Bachadon bilan qin pastga tushgan sayin qovuq churrasi to'planib chiqa boshlaydi, shuning natijasida qovuqning bir qismi uretraning ichki teshigidan pastroqda bo'ladi, undagi siydik esa oqib chiqolmay ushlanib qoladi. Bachadon siydik chiqarilgandan keyin qovuq to'la bo'shamaganini his qiladi, shunga ko'ra, qinning tez orada siygisi keladi. Qinning oldingi devori qovuq bilan anchagina pastga tushganda, qovuq ichki sfinkterining cho'zilishi va chala yuvilishi tufayli bemorlar ko'pincha siydikni qisman to'xtata olmaydilar. Bachadon tashqariga chiqqan bo'lsa, uretraning qisilishi va qayrilib qolishi sababli siydik chiqarish, aksincha, ko'proq to'xtalib qoladi va bemorlar tashqariga chiqqan a'zolar joyiga kirgizib qo'yilgandan keyingina siydik chiqara olishlarini aytadilar.

Bachadon noto'g'ri vaziyatda yotganda qanday bo'lmasin simptomlar aksari bo'lmaydi, bachadonning noto'g'ri yotishi bemorni ko'zdan kechirishda tasodifan aniqlanib qoladi. Bachadonning tashqariga chiqib qolishini aniqlashga kelsak uning diagnostikasi qiyin emas. Tashqi jinsiy a'zolar oldida nok shaklida ag'darilib chiqqan qin turadi, uning bag'rida esa bachadon paypaslab topiladi. Ag'darilib chiqqan qinning eng qavariq qismida bachadonning tashqi (odatda kengaygan) teshigi bo'ladi. Tashqariga chiqqan qinning shilliq pardasi qalin tortgan, dag'allashgan, quruq bo'lib, teriga o'xshaydi. Tashqi teshik atrofida, ba'zan esa shilliq pardaning yon yuzalarida ko'pincha lekubital yaralar ko'riladi.

Kasallikning boshlarida tashqariga chiqqan a'zolari bemorning o'zi bemalol joyiga kirgizib qo'yadi, lekin keyinchalik shilliq parda qalin tortib, dag'allashgan sayin a'zolari joyiga kirgizib qo'yish qiyinlashib qoladi.

Bachadon tashqariga chiqib qolganda bachadon bo'yninnig qindagi qismida va qin devorlarida lekubital yaralar paydo bo'lishi yiringli yopishqoq chiqindilar ajralishi bilan davom etadi. Hayz ko'rish noto'g'ri bo'lib, aksari ko'p qon ketadi.

Qinning katta kistalari va o'smalar qindan tashqariga chiqib turishi mumkin, tajribasi kam odam bu kistani yot o'smalari ba'zan tashqariga chiqib qolgan bachadon deb o'ylab, yanglishadi.

Bachadon bilan qinning tashqariga chiqishi tug'ruq vaqtidagi travma oqibati bo'lishi mumkin, shuni e'tiborga olib, oraliq mushaklarining holatini tekshirish, jumladan orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi mushak holatini bilish zarur.

Buning uchun bemorga gazni to'xtatib turish uchun qilingandek orqa chiqaruv teshigini ichkariga tortish taklif etiladi, shunda oraliq mushaklarning funksional qobiliyatini, bir-biridan qochganligini yoki bo'shashganligini va dumg'aza - bachadon boylamlarining holatini aniqlash mumkin. Bemor shu maqsadda qin va to'g'ri ichak orqali tekshirilishi lozim.

Nihoyat, tashqariga chiqqan bachadonning jinsiy yoriqqa qisilib qolishi mumkinligini esda tutmoq kerak. Bunda ham aksari shok simptomlari paydo bo'ladi: qattiq og'riq seziladi, ko'ngil ayniydi, bemor qusadi, o'zidan ketib qoladi. Bunday bemor o'z vaqtida operatsiya qilinmasa, qisilib qolgan bachadonning irib ketishi (nekroz bo'lishi) mumkin.

Bachadonning ag'darilib chiqishi

Bachadonning ichki yuzasi (shilliq pardasi) tashqariga, qorin tomondagi yuzasi esa ichkariga qaragan holatda surilishi bachadonning ag'darilib chiqishi (inversion uleri) deb ataladi. Butun bachadon joyidanko'chib, qindagi qismi o'z joyida qolgan bo'lsa, bunga bachadonning to'la ag'darilib chiqishi deyiladi. Bachadon chala ag'darilib chiqqan bo'lsa, faqat tubi bo'shlig'iga kirib turadi. Bachadon tanasining devorlari bo'shashib servikal kanali ochilganda va tortuvchi yoki bosuvchi biron kuch bachadon tubiga yuqoridan pastga qarab ta'sir etganda, bachadon ag'darilib qoladi. Tug'ruq vaqtida - yo'ldosh tushish davrida (bachadon bo'shashganda Krede usulini qo'llanish, yo'ldoshni qindikdan tortib chiqarish va shunga o'xshashlar) ko'pincha shu sharoit vujudga keladi. O'smalar, masalan, shilliq parda ostidagi mioma (bachadon tubidan chiqqan mioma) ba'zan bachadonni shu tariqa joyidan ko'chirib yubora oladi. O'sma oyoqchasi uzun, kichqina va mayin bo'lsa, bunday polipning tashqariga chiqishi, bachadonning ag'darilishiga sabab bo'lmaydi; polip oyoqchasi kalta, yo'g'on va cho'zilmaydigan bo'lsa, o'sma tashqariga chiqar ekan, bachadon devorini ergashtirib, bu a'zoni ag'darib chiqqa oladi.

Bachadonning tug'ruqdan keyin ag'darilib chiqqani aniqlanmay qolib, vaqtida bunga davo qilinmasa, bachadon shu noto'g'ri vaziyatda involyusiyalanadi, natijada bachadon mudom (surunkasiga) ag'darilib qoladi.

Bachadonning ag'darilib chiqqanini aniqlash unchalik qiyin emas: qingga barmoq suqilganda yumaloq tuzilmaga borib tegadi, bu tuzilma yuqori tomonda zich halqa shaklida kengaygan teshik chetlariga o'tadi. Ko'zgular bilan tekshirishda topilgan tuzilmaning yuzi ko'kimtir-qizg'ish, ozmi-ko'pmi chuqur yaralar bilan qoplangan, ba'zan nekrozlangan bo'lib ko'rinadi, salga qonaydi.

Bachadon noto'g'ri vaziyatda yotganda davo qilish. Avvalo shuni aytish kerakki, bachadonning noto'g'ri vaziyatda yotishi o'zicha hamisha sub'ektiv shikoyatlarga va funksiyalarning buzilishiga sabab bo'lmasa, shu noto'g'ri bir vaziyatning o'zi davolash uchun asos hisoblanmaydi. Og'riq paydo bo'lishi, tez-tez zahar tang qilib turishi, siyish vaqtida og'riq sezish, siydik tuta olmaslik, noto'g'ri hayz ko'rish va shunga o'xshash simptomlar paydo bo'lganda davolash masalasi yuzaga kelishi mumkin. Bachadonning noto'g'ri vaziyatda yotganiga davo qilish uchun konservativ va jarrohlik usullardan foydalansa bo'ladi.

Harakatchan bachadon retrofleksiyasining konservativ davosi shu vaziyatni qo'l bilan to'g'irlab qo'yish va bachadonni to'g'ri vaziyatda fiksatsiya qilishdan iborat.

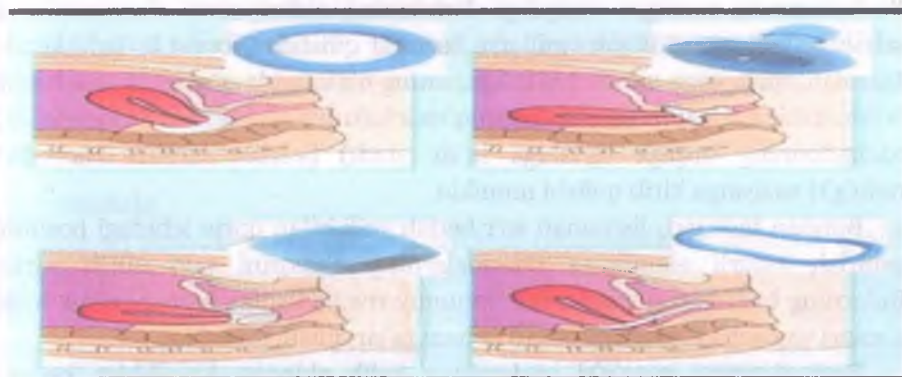
Ginekologik kresloda bemor odatdagicha chalqancha vaziyatda yotadi, o'ng qo'lning ichki barmog'ini qingga suqib, bachadon orqa gumbazli tomonidan bosiladi va bachadon tanasini ko'tarib, dumg'aza chuqurchasidan chiqarishga harakat qilinadi. Shunga muvaffaq bo'linsa, tashqaridagi qo'l bilan bachadon tanasi qov birlashmasiga (simfizga) suriladi. Tashqaridagi qo'l bilan ko'rgan vaqtda qingga kiritilgan barmoqlar oldingi gumbazni surib beradi va bachadon bo'ynining qindagi qismini orqaga bosib, uni normal vaziyatga keltiradi. Bachadonning tuzatilgan vaziyati qingga kiritilgan pessariy bilan ushlab turiladi. Pessariy to'g'ri tanlanib, yaxshi kiritilsa, bemorni hech bir bezovta qilmay, bachadonni normal vaziyatda ushlab turadi.

Pessariylar qattiq kauchuk va selikondan yasaladi. Bemor pessariy tutganda qinini har kuni chayib turishi kerak, aks holda pessariy halqasi bachadon va qin chiqindidan ifloslanadi, natijada chiqindilar haqa atrofiga yig'ilib, shilliq pardani ta'sirlaydi: bundan tashqari, bemorlar bachadon vaziyatini tekshirish va halqaning qisib yara qilmayotganligiga ishonch hosil qilish uchun vaqt-barvaqt vrachga ko'rinib turishlari kerak. Qin qatori va bachadon bo'yni eroziyasida pessariyni qo'llab bo'lmaydi.

PESSARIY

**7.5. Rasm. Pessariy turlari**

Yallig'lanish jarayonlari bo'lib o'tganligi natijasida yuzaga kelgan yumshoq tortmalardan bachadon retroverziya fleksiya vaziyatiga tushgan bo'lsa, ginekologik massaj qilib ko'rish mumkin. Zich yamoq tortmalari

7.6 Rasm. Pessariy qo'yish texnikasi

bo'lganda operatsiya qilib davolagan ma'qul. Bu metod shundan iboratki, tortmalar yemirilgandan keyin yumaloq boylamlarni qisqartirish yo'li bilan bachadon normal vaziyatga keltiriladi yoki qorining oldingi devoriga biriktirib (fiksatsiya qilib) qo'yiladi.

Bachadon retrofleksiyasi chanoq tubidagi mushaklarning shikastlanishi natijasida avj olgan bo'lsa, operatsiya qilib, chanoq tubi tiklanishi lozim.

Bachadonning pastga tushishi va tashqariga chiqishiga davo qilish ham e'tibor bilan chanoq tubini tiklash va bachadonning noto'g'ri vaziyatini tuzatishdan iborat. Hozir halqa va pessariylar kam qo'llaniladi, chunki kelib

chiqishi mumkin bo'lgan oqibatlar(shilliq pardaning yara bo'lishi, yamoq va hokazo) bemorlarga battar azob beradi. jarrohlik usullar ishonchliroq bo'lib, hozir hech qanday xavf tug'dirmaydi.

Tug'ruqdan keyingi davrda ag'darilib chiqqan bachadonga davo qilish shundan iboratki, ag'darilib chiqqan bachadonni avaylab avvalgi joyiga kirgizib qo'yiladi va bachadonga, shuningdek qinga qo'yilgan tamponlar bilan ushlab turiladi. Bachadon bo'shlig'idan miamatoz tugun tushgani sababli bachadon ag'darilib chiqqan bo'lsa ,miamatoz tugun olib tashlangandan keyin bachadon o'zicha joyiga kirmagan bo'lsa, bu holda ham yuqorida aytilgan usul qo'llaniladi.

Agar buning iloji bo'lmasa yoki bachadon ag'darilib chiqqanidan keyin ancha vaqt o'tgan bo'lsa, operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

Bachadonning buralib qolishini faqat operatsiya qilib (o'smalarni olib tashlab, yamoqlarni tikib bachadoni olib tashlab) davolash mumkin.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirishining oldini olish.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirishining oldini olish shu kasallikka sabab bo'ladigan etiologik omillarni bartaraf qilishdan iborat bo'lishi kerak. Masalan, qiz bolaga qarab turilmasa, uning o'z vaqtida qovug'ini va ichagini bo'shatishiga beparvo bo'linsa (qovuq va ichakning o'z vaqtida bo'shamasligi bachadonning orqaga og'ishiga ta'sir etadi) bolalik davrida bachadon noto'g'ri vaziyatga kirib qolishi mumkin.

Bundan tashqari, jismonan zo'r berish yo'li bilan qorin ichidagi bosimni oshirish zararli ekanligiga ota-onalarning e'tiborini jalb qilish zarur. Bularning hammasi qiz bolaning umumiy rivojlanishiga ham, ayniqsa ichki a'zolari va bachadonining vaziyatiga ham ta'sir qilishi mumkin.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatidan kelib chiqqan kasalliklar keyingi davrda - turmushga chiqqandan keyin ham avj olishi mumkin. Bola tashlash, bola tushirtirish (abort), shundan keyin bachadonning yallig'lanishi, noto'g'ri va chala involyusiya qilishi, tug'ruqdan keyingi davrni noto'g'ri o'tkazish, bu davrda turli asoratlarning kelib chiqishi, qo'shilishi-bularning hammasi bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirib qolishiga sabab bo'la oladi. Tug'ruqdan keyingi davrda ayol qorin devorini qattiq taranglashtirmasligi, o'rnidan barvaqt turmasligi (takror tug'uvchilar kamida uchinchi kundan keyin, birinchi marta tug'uvchilar kamida to'rtinchi-beshinchi kundan keyin o'rnidan turishlari kerak), tug'ruqdan keyingi dekret ta'tili davrida og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanmasligi kerak.

Ichak faoliyatiga va bachadonning yetarli involyusiyalanishiga e'tibor berish zarur, chunki bachadon yaxshi qisqarmaganda, ayniqsa tuqqan xotin uzoq vaqt chalqancha yotganda bachadon retrofleksiya verziya holatiga o'tishi mumkin, buning natijasida esa, yuqorida aytganimizdek, bachadonning tashqariga chiqib qolishi ehtimoldan uzoq emas.

Bachadonning noto'g'ri vaziyatga kirishida, bachadon va qin devorlarining pastga tushishida chanoq tubining shikastlanishi muhim rol o'ynaydi. Bu holatlarning oldini olishda malakali yordamchi, tug'ruqni to'g'ri o'tkazish, oraliqni yirtilishdan yaxshi saqlash g'oyat muhimahamiyatga egadir. Oraliq yirtilgan bo'lsa, uni darhol tiklash kerak. Nihoyat, jismonan chiniqmagana ayollarning qorin devorini uzoq vaqt o'ta tarang qilishi bachadonning vaziyatiga, pastga tushishiga va tashqariga chiqishiga ta'sir etmay qolmaydi.

Rokitanskiy-Kyustner sindromi: Homila rivojlanishi davomida organogenezida ichki jinsiy a'zolar- bachadon va qinning aplaziyasi bilan karakterlanadi. Fenotipi - ayol ko'rinishida bo'ladi.

Diagnostikasi: Standart ginekologik ko'ruv, UTT jinsiy a'zolari (bachadon va qin), laparoskopiya. Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi, lekin reproduktiv funktsiya tiklanmaydi.

Vaziyatli masalalar

1-masala

Ayol 63 yoshda, tez siyishga va siydikni tutolmaslikdan shikoyat qiladi. Anamnezda 3 tug'ruq. Oxirgi 5 - 6 yilda tez ozdi. Ko'rganda : qin teshigidan qin devorlari va bachadon bo'yinchasi osilib turmoqda, bachadon bo'yinchasining qin qismi kattalashgan, shilliq qavatidan 1x2 sm li yara ko'rinmoqda. Bachadon tanasi kichraygan, harakatchan, ogriqsiz, qin devorlari orasida aniqlanmoqda. Bachadon tubi qin teshigidan pastda joylashgan. Bachadon tanasi qin ichiga oson kirgiziladi. Per Vaginam: bachadon bo'yinchasi 10 sm gacha uzunlashgan, bachadon tanasi kichraygan, ortiqlari paypaslanmaydi, ajralmalar kam - oqimtir. Tashxisi? Sabablari Davolash.

2-masala

Ayol 35 yoshda, tez siyishga va siydikni tutolmaslikka shikoyat qiladi. Anamnezda 6 ta tug'ruq, chaqaloqlar vazni 3800 - 4600 g gacha. Ginekologik ko'rikda: 2- daraja chot yirtilishi sababli jinsiy yoriq kattalashgan. Engil kuchanishda jinsiy yoriqdan qin devorlari bilan birga siydik pufagi devori va

to'g'ri ichak devori ko'rinadi. Qin ko'zgularida: bachadon bo'yinchasi va qin devori shilliq qavati toza. Per Vaginam: bachadon bo'yinchasi silindr shaklida, tashqi bo'g'zi berk, bachadon tanasi interspinal chiziqchasidan pastda joylashgan, retrofleksio normal hajmli, bachadon ortiqlari paypaslanmaydi.

Tashxis? Bu holatda qanaqa anatomik o'zgarishlar bor? Davolanish usullari va jarrohlik yordam hajmi qanday?

Amaliy ko'nikmalar

Qin devorlari va bachadon pastga siljishi hamda to'la tushishini to'g'ri aniqlash, tashhis qo'yish va davolash prinsiplarini bilish lozim

VIII BOB

ZAMONAVIY KONTRASEPSIYA USULLARI

ZAMONAVIY KONTRATSEPSIYA USULLARI. GORMONAL KONTRATSEPSIYA.TA'SIR MEXANIZMI, SAMARADORLIGI, TARQALGANLIGI, KO'RSATMA, ARALASH ORAL KONTRATSEPTIVLAR VA SOF PROGESTINLI KONTRATSEPTIVLARNI QO'LLASHDAGI EHTIYOTKORLIK

Kontratseptiv vositalarning tibbiy maqbullik mezonilari bo'yicha Jahon so'g'liqni saqlash tashkilotining so'ngi kayta ishlangan va kayta ko'rib chiqildi.

Toifalar tasnifi. Har bir vaziyat konkret shaxsning individual harakteristikasi (masalan, yoshi, akusherlik anamnez va boshqalar) yoki mavjud tibbiy / patologik xolati (masalan, kandli diabet, arterial gipertoniya) bilan baholanadi. Mijozning anamnezi bilan tanishib chiqish ko'pchilik hollarda eng to'liq yondashish bo'lib hisoblanadi.

Har bir kontratseptsiya usulini qo'llash jarayonida kontratseptsiya vositasining har bir ayolga nisbatan maqbulligini 4 ta toifaga asoslangan holda tahlil qilinishi tavsiya qilinadi.

Toifalarga asoslangan holda kontratseptsiya vositalarining qo'llanishi, har bir vositani qo'llashda avvalam bor nojo'ya ta'sirlarning kam uchrashiga va uzoq muddatli qo'llanuvchi vositalarning organizmga ko'rsatadigan ta'sirini kamaytirishga olib keladi.

1 toifa. Kontratseptsiyaning ushbu usulini qo'llashga hech qanday moneliklar bo'lmagan holat. Usulni salomatlikka bo'lgan salbiy ta'siri yo'k.

2 toifa. Kontratseptsiyaning ushbu usulini qo'llashdan kutilaetgan natija nazariy yoki isbotlangan xavflardan ustun tutuvchi holat. Bu nisbiy monelik bo'lishiga qaramastan, ayol uchun kontratseptsiya ta'siri muhim ekanligi va usulni qo'llashdan bo'lgan ta'sir, istalmagan homiladorlikdan ko'ra foydali demakdir. Bunday holatlarda kontratseptsiya vositasidan foydalanish mumkin, amma vaqti-vaqti bilan tibbiy maslahat va nazorat o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir.

3 toifa. Kontratseptsiyaning ushbu usulini qo'llashdan kutilayotgan natijadan nazariy yoki isbotlangan xavflar ustun turuvchi holat. Ya'ni, kontratseptsiya vositasini qo'llashdagi organizmga bo'lgan ta'sir qisqa muddatda turli asoratlarga olib kelishi va kontratseptiv ta'sirda ustunlik qilishi demakdir. Bu holatda vositadan foydalanmagan ma'quldir.

4 toifa. Kontratseptsiyaning ushbu usulini qo'llash qat'iyan man etilgan holat. Kontratseptsiya vositasi qisqa muddatda qaytarilmas asoratlarga olib kelishi mumkin.

Aralash tarkibli oral kontratseptiv vositalar.

Aralash oral kontratseptivlar (AOK) tarkibiga ayol organizmida ishlab chiqariladigan tabiiy gormonlarga yaqin bo'lgan ikki xil gormon moddasi kiradi. Bu estrogen va progesterondir.

Kam dozali ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalar – etinilestradiol -20 mkg dan 35 mkg gacha va progestagen xiliga qarab 0,075 mg dan 0,300 mg gacha miqdorda tashkil topgan.

Ichiladigan aralash kontratseptiv vositalarning turlari qo'yidagilardan iborat:

Bir fazali – 21 dona tabletkada bir xil miqdorda estrogen va progestin bo'ladi

ch fazali- 21 dona tabletkada etinilestradiol va progestin miqdorlari 3 xil kombinatsiyada bo'ladi (masalan 6/5/10)

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni ta'sir mexanizmi:

-Ovulyatsiyani so'ndiradi

-bachadon bo'yni shilligini quyuqlashtiradi va buning natijasida erkak urug'hujayralari uchun to'siq hosilqilinadi.

-endometriyga (bachadon shilliq qavatiga) ta'sir kilib, uni yupqalashtiradi va urug'langan tuxum hujayraning bachadon payvandlanishiga to'sqinlik qiladi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni ichish qoidalari:

-Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni ichishni harqanday vaqtda boshlash mumkin, lekin bundan ayolning homilasi yo'qligiga shubha bo'lmasa.

-Ularni hayz davrining birinchi kunidan yettinchi kunigacha boshlash mumkin.

-Ayol emizikli bo'lsa, 6 oy o'tgandan keyin ichiladi.

-Ayol bolasini emizmaydigan bo'lsa, tug'ruqdan so'ng 6 hafta o'tgandan keyin ichiladi.

-Abortan keyin darhol yoki 7 kun ichida ichiladi

-Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalar har kuni kechqurun ovqatdan keyin ma'lum bir vaqtda ichiladi.

-Mijozga maslahat berilayotganda tabletkalarni ichish qoidalarini unga o'rgatish zarur. Tabletkalarni ichish vaqti o'tkazib yuboriladigan bo'lsa, hayz oralig'ida qon ketish holati sodir bo'lishi tushuntirish lozim.

-Tabletkalarni ichish bir kun utkazib yuborilganda, ertasiga ikkita tabletka ichish lozim. Bordiyu tabletkalar ikki kun davomida ichilmagan bo'lsa, keyingi ikki kunda ularni ikki tabletkadan ichish zarur, lekin vositalarning ichish tartibi buzilganda kontratseptiv vositaning samarasi kamayadi va homilador bo'lish xavfi oshadi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalardan qanday ayollar foydalanishi mumkin :

-Tug'ish yoshidagi ayollar va yuqori samarali kontratsepsiya usulidan foydalanishni istaganlar.

-Kontratsepsiyaning boshqa usullaridan foydalana olmaydigan ayollar

-Emizikli ayollar (tugrukdan 6 oydan keyin)

-Abortan keyin darhol

-Kamkonlikning ogir darajasi bor ayollar

-Giperpolimenoreyaga uchragan ayollar

-Hayz davri og'riqli kechadigan ayollar

-Hayz davri izdan chikkan ayollar

-Chanoq azolarining yallig'lanishi kasalliklari bilan og'rib qolganlar

-Anamnezida bachadondan tashqari homiladorligi bo'lgan ayollar

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarning afzalliklari:

-Samaradorligi yuqori (usuldan bir yil davomida foydalanilgan 100 ta ayol xisobidan olganda homiladorlik bo'lish xolati 0,1-0,8 ta Perl indeksi)

-Tabletkani ichishni boshlaganidan keyin ta'siri darhol boshlanadi.

-Ginekologik ko'rikni talab etmaydi

-Kontratseptiv vositalarni dorixonadan retseptsiz olish mumkin

-Nojo'ya ta'siri kam

-o'rgatilgan o'rta malumotli tibbiyot xodimdan olish mumkin

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni eng muhim afzalliklardan biri shuki, bu vositadan 1-2 yil davomida foydalanish endometriy va tuxumdonlarda saraton kasalligi xavfini 40-60% ga kamaytiradi. Bu narsa ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalar ta'siri tufayli anovulyatsiya xolati boshlanishiga bog'liq, chunki «uzluksiz ovulyatsiya» yoki ovulyatsiya jarayonining tuxtovsiz davom etib turishi tuxumdonlar epiteliysining tinmay usib borishiga olib keladi, follikulalarning usishi esa estragenlar ortiqcha ishlab chiqishiga sabab bo'ladi. Bu endometriyda saraton kasalligini boshlanishiga sabab bo'ladigan giperestrogenemiya xolatiga olib kelishi mumkin. Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalardan foydalanilganda funksional xolatdagi o'sma (kista) lar soni kamayadi.

Hayz boshlanishi oldidan kon zardobidagi prostoglandinlar miqdori ko'payib ketadi. Bu bachadon sillik mushaklar spazmi, yanialgodismenoreya xolatiga olib keladi. Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalardan foydalanganda prostoglandin miqdori kamayadi, hayz davri oldidan bachadon spazmlarining kamayishi shunga bog'liq.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalar ichib yurilganida endometriyda regressiv o'zgarishlar ruy berishi munosabati bilan hayz davrida kon kelishi kamayadi, bu qondagi gemglobin kursatkichlarining yaxshilab borishini taminlaydi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni tarkibidagi progestagen ta'siri tufayli bachadon buyni shilligining quyuklashishi kichik chanoq azolarida uchraydigan o'tkir bakterial kasalliklar xavfini 50% ga kamaytiradi. Bu bachadon buyni shilligining to'siq vazifasini bajarilishi bilan bog'liq.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni ichib yuradigan ayollarda bunday vositalarni ishlatmaydigan ayollarga nisbatan bachadon tashqari homiladorlik xavfi 90% ga kamayadi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarning nojo'ya ta'siri:

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni ishlab chikarish texnologiyasini takomillashtirish borishi, yuqorida aytib utkanimizdek, estrogenlar dozalarini ana (20-30 mkg gacha) kamaytirishga, yani kon zardobidagi estrogenlar miqdoridan kura kamrok daraja tushurishga

imkon beradi. Shu sababdan aralash tarkibli kontratsptiv vositalar ichilganda ruy beradigan nojuya ta'sir juda kam ifodalangan bo'ladi.

-Ichiladigan aralash tarkibli kontratsseptiv vositalar ishlatilganida uchrab turadigan nojuya ta'sirlarning uziga xos ko'ngil aynishi, bosh ogrishi, sut bezlarini dagallashishi va bezillab turishi, bosh aylanishi, hayz orasida konga uxshash surkalmalar kelishi bilan harakterlanadi. Bunday xolat 5-10 % hollarda uchraydi a tabletkalarni ichishni boshlaganidan keyin

2-3 oy mobaynida kuzatilib, keyinchalik utib ketadi.

-Kontrtsseptivlar bilan bazi bir dorilar ichilganda kontratsptiv vositalarning ta'siri susayadi. Masalan: karbamazepin, fenobarbital, benzoal singari talvasaga qarshi preparatlar ishlatilganda, shuningdek , rifampitsin va grizeofulvin singari silga qarshi preparatlar ichilganda xam shunday bo'ladi. Gipoglikemik va trankvlizatorlar xam kontratsseptiv vositalar ta'sirini kamaytiradi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratsseptiv vositalar uzoq muddat (5-10 yil) davomida ichilganda , endometriyda regressiv o'zgarishlar ruy berganligi uchun tugish faolliigi bir muncha susayadi, lekin kontratsseptiv vositalar odatdagi hayz davri 2-3 oy ichmay turilganida endometriy asl xolatiga keladi. Tuxum hujayraning payvandlanib olish uchun imkon beradigan bo'lib koladi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratsseptiv vositalarni ichib yurgan ayollarning yurak-tomir sistemasida xam bazi nojuya xolatlar kuzatilishi mumkin.(bu vositalarni ichib yurgan 100 ming nafar ayolga 1-10 ta shunday xolatlar to'g'ri keladi). Sababi shuki, estrogenlar jigarda protein sintenlanishini bir kadam jonlashtiradi, shunda bu proteinlar fibrinogen, trombin, kon ivishda ishtirok etadigan VII va X omillar miqdorini ko'paytirib kuyadi. YUrak-kon tomir kasalliklari bilan ogrib yurgan ayollarda miokard infarkti, insult , upka va bosh miyya tomirlarining tromboemboliyasi kuzatilishi mumkin. Oxirgi 10 yil davomida tekshirishlar soglom ayolda kam dozali aralash tarkibli kontratsseptiv vositalar kulanilganida kon kuyilish tizimida aytarli darajada o'zgarishlar keltirib chikmasligini kursatib beradi, chunki bu ayollarda kon-koagulyatsion faolliigini zurayib kolishini fibrinolizning tezlashuvi bosib ketadi.

Kontratsseptiv vositalar lipidlar almashuniviga aytarli ta'siro'tkazmaydi, zamonaviy aralash tarkibli kontratsseptiv vositalar bazi hollarda lipidlarga aterogenligini susaytiradi degan malumotlar bor.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalar jinsiy yo'l orqali yukadigan kasalliklar OIV/OITS dan saklamasligini esda tutish lozim.

Ichiladigan aralash tarkibli kontratseptiv vositalarni ishlatishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar:

Aralash kontratseptiv vositalarni ichishga qaror qilinganida, ularning kayal biridan foydalanish kerakligini juda yaxshi bilib olish kerak. Ularni ishlatishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar va tibbiy xolatlarni aniqlash uchun JSST tomonidan ishlab chikilgan tibbiy maqbulliklar mezonidan foydalanish lozim.

Ularning to'g'ri kelish-kelmasligi belgilaydigan tibbiy maqbullik mezonlar ayollarda uchraydigan kasalliklarni xisobga olib tuzilgan. Bundan tashqari tibbiy nuqtai nazardan muammosi bo'lgan va aloxida extiyojlari bor bo'lgan ayollar kontratseptiv vositalar xilini tanlashda, unda qanday kontratseptiv vositalar buyurish kerakligini to'g'risidagi masalaga shifokor aloxida etibor berishi kerak.

Kam dozali oral kontratseptivlar

Ta'sir mexanizmi:

-Ovulyatsiyani sekinlashtiradi (tuxumdondan tuxum hujayralarini ajralib chiqishini)

-Bachadon shilliq qavatini yuqalashtiradi.

-Servikal kanal shilligini kuyuklashtirib, bachadonga spermatozoidlar o'tishini qiyinlashtiradi.

Samaradorligi:

Odatdagicha qo'llangda samaradorlidir- buy il davomida qo'llangan 100 ta ayoldan 6-8 tasida homiladorlik kuzatilgan.

Afzalliklari:

-To'g'ri qo'llanilganligida juda xam samarali

-jinsiy aloqadi paytida biron-bir chora kurishga extiyoj yo'q

-hayz ko'rishlar muntazam, hayz paytida qon ketishlar kamrok, hayz davomiyligi kiskarok, hayz paytidagi og'riqlar kamrok va kuchsiz.

-ayol homiladorlikdan kancha vakt saqlanishni xoxlasa, shuncha vakt davomida qo'llashi mumkin. Qabul qilish paytida tanafus qilishga extiyoj yo'q.

-barcha yoshda- usmirlikdan menopauzagacha qabul qilish mumkin.

-tukkan va tugmagan barcha ayollar qabul qilishlari mumkin

-tabletkalar qabul qilish to'xtatilganidan so'ng, tez vaqt ichida fertillik tiklanadi.

-temir tankisligi anemiyasini oldini olish yoki uning kechigini engillashtirishi mumkin

-qo'yidagi xolatlarining rivojlanishi xavfi kamayadi:

Tuxumdon kistasi

Tuxumdonlar raki

Endometriy raki

YAlliglanish kasalliklari

Kamchiliklari:

-Eng ko'p tarqalgan nojo'ya ta'sirlari (lekin kasallik simptomlari emas)

ko'ngil aynish (ko'pincha biriinchi uch oylikda)

birinchi uch oylikda hayz ko'rish oraligida qindan kon surkalishlari kuzatilishi mumkin

-tabletkalarni ichish yoki ularni kechiktirish ichish

-kuchli bulmagan bosh og'riqlari

-tana vaznining biroz ortishi (bazi ayollar buni afzallik deb xisoblaydilar)

-amenoreya (bazi ayollar bu xolatni afzallik deb xisoblaydilar)

-tabletkalar kunda qabul kilinmasa, ularning samaradorligi susayib ketadi. Bazi ayollar uchun tabletkalarni har kuni qabul qilishni esda saqlash kiyinchiliklarini tug'diradi.

-navbatdagi 28-kunlik davrining boshlanishiga , mijozda tabletkalarning yangi urami bo'lishi kerak.

-tabletkalar emizuvchi ayollar sutining sifatida va miqdoriga ta'sir kursatganligi uchun tavsiya etilmaydi.

-bazi ayollarda kayfiyatning uzgarib turishi, jumladan depressiyalar, shuningdek jinsiy aloqaga bo'lgan kizikishning susayishlari kuzatiladi.

-kamdan-kam hollarda insultning ,oyoklar chukur venalari trombozining yoki miokard infarktining sababchisi bo'lishi mumkin. Eng ko'p xavf ostida kon bosimi yuqori , 35 yoshdan katta, 15 va undan ko'p sigaret chekuvchi ayollar bo'ladilar.

-JYOYUK-larni, shu jumladan OITV/OITSni yuqtirishdan ximoya qilmaydi.

Maqbullikning tibbiy mezonlaridan foydalanish

Qo'yidagi ushbu usulni qo'llashga monelik qiluvchi malum xolatlar yoki kasalliklarning ayolda mavjudligi aniklash uchun zarur bo'lgan savollar ruyxati keltirilgan. Bu savollar maslaxat berishning o'rnini bosa olmaydi.

Ruyxatdagi savollar malum xolatlar yoki kasalliklarga taʼklidir. Odatda ular xakida ayolning uzidan surab bilish mumkin. Laborator taxlillar va tibbiy kuriklarga zaruriyat yo'qdir.

Sof progestinli kontratseptivlar

Sof progestinli oral kontratseptivlar tarkibida juda xam kam miqdordagi bitta gormon-progestin bo'ladi. Sof progestinli oral kontratseptivlarni **minipililar** xam deb ataydilar.

Sof progestinli oral kontratseptivlar-emizuvchi ayollar uchun eng maqbul usuldir.. Olingan malumotlarga karaganda , ular ona suti miqdorini kamaytirmaydi. Ushbu bobda asosan emizuvchi ayollar tomonidan toza progestinli oral kontratseptivlar qo'llanilishi kurib chiqiladi, ammo emizmaydigan ayollar xam undan foydalanishlari mumkin.

Ta'sir mexanizmi:

-Sof progestinli oral kontratseptivlar tservikal shilliqni quyuklashtirib, spermatozoidlarning bachadon ichiga o'tishini kiyinlashtiradi.

-Hayz tsikilining taxminan yarimida ovulyatsiyani (tuxum hujayraning tomonidan chiqishini) susaytiradi. Emizish xuddi shunday usul bilan homiladorlikning oldini oladi.

-Bachadon shilliq qavatini yupqalashtiradi.

Sof progestinli oral kontratseptivlar mavjud homiladorlikka ta'sir ko'rsatmaydi.

Samaradorligi:

Emizuvchi ayollar uchun odatdagicha qo'llanilganda juda xam samarali-bir yil davomida qo'llangan 100 ta ayoldan taxminan 1 tasida homiladorlik kuzatilgan.

Sof progestinli oral kontratseptivlar noto'g'ri qo'llash, aralash oral kontratseptivlarga nisbatan ko'proq homiladorlikka olib keladi, ammo sof progestinli oral kontratseptivlarni qo'llash oson bo'lib , chunki ayol bir kunda , bir xildagi tabletkalardan bittasini ichadi va sikl orasida tanaffus qilishi kerak emas.

Muhim malumot:

Progestinli oral kontratseptivlarni har kuni bir vaqtda qabul qilinsa, samaradorligi yuqori darajada bo'ladi.

Afzalliklari:

-Emizuvchi onalar sof progestinli oral kontratseptivlarni to'g'riktan so'ng 6 hafta utgach qabul kila boshlashlari mumkin. SPOK sutning sifati va

miqdoriga ta'sir ko'rsatmaydi. (AOK ona sutini bir oz kamaytirishi mumkin). Estrogen sababchi bo'lgan nojuya ta'sirlar kuzatilmaydi. Estrogen qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan, infark yoki insult kabi asoratlar rivojlanishi xavfini ko'paytirmaydi.

-Ayollar kunda bir tabletkadan, tanafussiz qabul qiladi. Sof progestinli oral kontratseptivlar qo'llash usuli, 21-kunlik uramdagi AOK-ni qo'llash usulidan osonrokdir.

-Progestin bilan bog'liq bo'lgan xusunbuzarlar toshishi va tana vaznini bir oz ko'payishi xavfi kabi asoratlar SPOK kullanilganda, AOK-dan foydalanilgandagi karaganda ko'prok kuzatiladi.

- Sof progestinli oral kontratseptivlar qo'yidagi xavflar rivojlanishini kamaytiradi:

Sut bezlarini o'smalarini

Endometriy va tuxumdon saratoni

Kichik tos organlarining yallig'lanish kasalliklari

Kamchiliklari :

Emizmaydigan ayollarda eng ko'p tarkalgan nojuya ta'siri bazilari kuzatilishi mumkin (ular kasallik simptomlaridir):

-Hayz ko'risharakterini o'zgarishi ,shu jumladan nomuntazam hayz ko'rishlar.

- qon surtmalari yoki hayz ko'rishlar urtasidagi kon okishlar ko'p kuzatiladi.

-bazan bir necha oy mobaynida kuzatiladigan amenoreyalar (bazi ayollar hayz ko'rishlar yo'qligini afzallik deb biladilar)

Ayollarning malum bir qismidahayz ko'rishlar uzoqrok vakt davom etashi yoki ko'prok kon ketishi mumkin. Emizuvchi ayollarda bir necha oy mobaynida, ularning toza progestinli oral kontratseptivlarni qo'llash-kullamaslikdan katiy nazar, muntazam xayoz kurishlar bo'lmasligi kuzatiladi.

SHuning uchun xam ular sof progestinli oral kontratseptivlar qo'llash natijasida yuzaga kelgan hayz ko'risharakteridagi o'zgarishlarni sezmasliklari mumkin yoki bu xolatda ularda bezovtalik uygotmaydi: shuningdek sof progestinli oral kontratseptivlar emizuvchi ayollarda amenoreya davrini uzaytirishi mumkin.

Bosh og'riqlar va sut bezlaridagi og'riqlar kamroq kuzatiladigan nojuya ta'sirlardan xisoblanadi.

Maksimal samaradorlikka erishish uchun sof progestinli oral kontratseptivlar har kuni bir vaktida qabul qilishi lozim. Emizmaydigan ayollar uchun tabletkalarni qabul qilishni bir necha soatga kechiktirish, homilador bo'lish xavfini yuzaga kelishiga, 2 yoki undan ko'prok tabletkalarni qabul qilmaslik esa homilador bo'lish xavfini kesqin oshirib yuboradi.

Sof progestinli oral kontratseptivlar bachadondan tashqari homiladorlik rivojlanish oldini olmaydi.

Maqbullikning tibbiy mezonlaridan foydalanish

Mijozda sof progestinli oral kontratseptivlar qo'llashga monelik qiluvchi xolatlarda yoki kasalliklar borligini aniklash uchun zarur bo'lgan savollar ruyxati kuyida keltirilgan, ammo bu savollar maslahat berishning o'rnini bosa olmaydi.

Ruyxatdagi savollar malum xolatlar yoki kasalliklarga taluklidir. Odatda ular xakida mijozning uzidan bilish mumkin. Laboratoriya tashxislriga yoki tibbiy tekshirishlarga, odatda extiyoj bo'lmaydi.

Sof progestinli oral kontratseptivlar

Homiladorlikdan saqlovchi ushbu usul ayollarga inektsiya sifatida kilinadi. Ularning suvli va yogli eritma shakllari mavjud.

DMPA-inektsiyasi suspenziya tarzida bo'lib, har 3 oyda bir marta kilinadi. DMPA tarkibida ayol organizmida ishlab chikariladigan tabiiy gormonga uxshash modda progestin bordir. Inektsiyadan so'ng DMPA asta-sekinlik bilan kon-tomir tizimiga utadi. DMPA, shuningdek depomedroksiprogesteron atsetati deb xam ataladi.

Inektsion kontratseptivlarning boshqa turi xam mavjuddir. Masalan, HET-EN (shuningdek, Noristerat, noretindron enantat va noretisteron enantat deb xam yuritiladi) va ularning inektsiyalari yogli eritma tarzida bo'lib, ikki oyda bir marta qo'llaniladi. DMPA-gategishli malumotlarning ko'pchilik qismi, shuningdek, NET-ET ga xam taaluclidir. Bazi mamlakatlarda inektsion kontratseptivlarning bir oy mobaynida ta'sir etuvchilari xam qo'llaniladi.

Ta'sir mexanizmi:

-DMPA asosan ovulyatsiyani susaytiradi (tuxum hujayralarining tuxumdondan chiqishini)

-Bachadon shilliq qavatini yupqalashtiradi

-Bachadon buyni shilligini kuyuklashtirib, spermatozoidlarning bachadonga utishini kiyinlashtiradi.

DMPA mavjud homiladorlikka ta'sir ko'rsatmaydi.

Samaradorligi:

Juda xam samardor – bir yil davomida muntazam ravishda har 3 oyda bir marta inektsiya olgan 100-ta ayolda 0,3 ta homiladorlik kuzatilgan.

Afzalliklari va kamchiliklari:

Afzalliklari:

-Juda xam samardorli usul

-Homiladorlikdan uzoq muddat saqlovchi vosita. Bitta inektsiya homiladorlikdan kamida 3 oy mobaynida saqlanishga imkon beradi.

-Jinsiy aloqaga xalaqit bermaydi. Homilador bo'lib kolishdan xavfsirash bulmaganligi uchun, jinsiy aloqadan kanoatlanish tuygisi ko'prok bo'ladi. Har kuni tabletka qabul qilishga extiyoj yo'q.

Kayta tashriflar muddatida malum bir uzgaruvchanlikka yo'l kuyiladi. Mijoz navbatidagi inektsiyani olish uchun berilgan muddatdan 2-4 hafta oldin yoki keyin (bunday xolat ideal bo'lmasa xam) kelishi mumkin.

-Barcha yoshdagi ayollar tomonidan qo'llanilishi mumkin.

Malumotlarga ko'ra, ko'krak sutining miqdori va sifatiga ta'sir utkazmaydi. Emizuvchi ayollar to'g'rikdan so'ng 6 hafta utgach kullay boshlashi mumkin. Estrogendagi kabi nojuya ta'sirlari yo'q.

-Bachadondan tashkari homiladorlik, tuxumdonlar va enldometriy raki, bachadon fibromalari rivojlanish xavfini kamaytiradi.

Kamchiliklari :

Eng ko'p kuzatiladigan nojuya ta'sirlari (kasallik simptomlari emas)

-hayz paytidagi kon ketishlarning harakteri o'zgarishi mumkin.

Bi roz qon ketishlar yoki kon surkalishlar paydo bo'lishi. Ko'pincha DMPA kullanila boshlagandan kuzatiladi. Ko'p kon ketish xolati xam uchraydi.

Amenoreya.Normal xolat , ayniksa DMPA bir yildan ko'p vakt davomida kullanilayotgan bo'lsa (bazi ayollar amenoreyani afzallik deb xisoblaydilar)

- Yiliga o'rtacha 1-2 kg vazn qo'shilishi mumkin

Fertillik tiklanishining kechiqishi (organizmda DMPA miqdori kamayguncha). Aralash oral kontratseptivlar, BIV , prezervativlar yoki vaginal usullarni qo'llagan ayollarga nisbatan homilador bo'lish taxminan 4 oy keyinroq ro'y beradi.

Inektsiyalarni har 3 oyda qaytarish zarur.

Bazi ayollarda bosh og'riqlar, sut bezi og'riqlar, kayfiyatning uzgarib turishi, ko'ngil aynishi, sochlarning tuqilishi, jinsiy extirosning susayishi va xusunbuzarliklar paydo bo'lishi mumkin.

Jinsiy yo'l bilan yukadigan infeksiyalardan, shu jumladan OITV/OITS dan ximoya qilmaydi.

Maqbullikning tibbiy mezonlaridan foydalanish

Qo'yidagi mijozda DMPA-ni qo'llashga monelik qiluvchi malum xolatlar yoki kasalliklarni aniqlash uchun zarur bo'lgan savollar ruyxati keltirilgan. Bu savollar maslahat berishning o'rnini bosa olmaydi.

Ro'yxatdagi savollar malum xolatlar yoki kasalliklarga taaluqlidir. Odatda ular xakida mijozning uzidan bilib olishi mumkin. Laborator taxlillar yoki tibbiy ko'riklarga odatda extiyoj yo'q.

Muhim malumot:

DMPA tarkibida estrogen yo'q. Tarkibida estrogen saqlovchi aralash oral kontratseptivlarni qo'llashni cheklovchi ko'pchilik mezonlar DMPA-ga taaluqli emasdir.

BACHADON ICHI VOSITASI. BACHADON ICHI VOSITASI BO'YICHA MASLAHLATLASH. TURLARI, TA'SIR MEXANIZMI, SAMARADORLIGI, TARQALGANLIGI, KO'RSATMA, ASORATLARDA YORDAM KO'RSATISH

BIV larning bugungi kungacha 3 ta turi mavjud:

1. Inert ashyodan (plastmassadan) tayyorlangan BIV lar.
2. Mis o'ramasi bilan taminlangan BIV lar.
3. Tarkibida gormon (progestin) bo'lgan BIV lar.

BIV-larning deyarli barcha turlarida, ularga birlashtirilgan 1 yoki 1 ta iplar bo'ladi. Ipchalarni ushlab kurib, BIV joyida ekanligiga ishonch hosil qilishi mumkin. Tibbiy xodim BIV-ni ipchasidan jarrohlik kiskich bilan tortib olib tashlashi mumkin.

Ta'sir mexanizmi:

BIV-lar asosan mexanik va yod jism sifatida tuxum xujayalarning spermatozoidlar bilan uchrashishining oldini oladi va shu usul bilan tuxum hujayralarning urug'lanish imkoniyatini kamaytiradi.

Shuningdek, urnatilgandan so'ng bachadon shilliq qavatida aseptik yalliglanish xolatini keltirib chikaradi, bu esa uz o'rnida bachadon shilliq pardasining kimyoviy va fermentativ balansi o'zgarishiga olib keladi. Buning

natijasida bachadonga tushgan urug harakatlanishi yo'qotib, bachadon naylari tomon uta olmaydi.

BIV lardan foydalanish qoidalari:

- hayz davrining 1-kunidan 7 kunigacha.
- agar ayolda homiladorlik yo'qligiga to'liq ishonch bo'lsa, hayz davrining istalgan vaktida.
- to'g'rikdan keyin 48 soat ichida yoki 6 haftadan keyin.
- laktatsion aminoreya usulidan foydalanayotgan bo'lsa, xafta muddatdan so'ng.
- asoratsiz abortdan so'ng darhol yoki 7 kun muddat utgach urnatish mumkin.

Samaradorligi. Tarkibida mis bo'lgan TSu-380 A BIV- keng tarkalgan bo'lib, juda xam samarali xisoblanadi. Bu vosita tarkibida mis uramasining maydoni 380kv.mm ni tashkil etadi. Bir yil davomida kullagan 100 ta ayoldan 0,6-0,8 tasida (Peri indeksi) homiladorlik kuzatilgan.

Afzalliklari. -Bir marta qabul qilingan karor homiladorlikdan uzoq vakt va samarali saqlanish imkonini beradi.

-Uzoq muddatli usul bo'lib, eng ko'p tarkalgan BIV TSU-380 A kamida 10 yil mobaynida ta'sir ko'rsatadi.

- Juda xam samarali usul.
- BIV jinsiy aloqaga xalakit bermaydi.
- BIV-larning gormonal usullarniqini kabi nojuya ta'siri yo'q.
- Fertillikning shu xaxoti tiklanishi kuzatilib, BIV olib tashlangandan so'ng ayol BIV-ni kullamaydigan ayollar kabi tezda homilador bo'lishi mumkin.
- BIV-lar ko'krak sutining mkidori va sifatida ta'sir ko'rsatmaydi.
- BIV-lar boshqa bironta dorivor vosita bilan uzaro ta'sirga kirishmaydi.

Kamchiliklari:

- Keng tarkalgan nojuya ta'sirlari (shu jumladan, kasallik simptomlari xam)
- uzoqrok va ko'p hayz ko'rishlar
 - hayz ko'rishlar urtasida kon surtmalarning paydo bo'lishi
 - hayz paytidagi spazmlar va og'riqlarni kuchaytirish
- Boshqa keng tarkalmagan nojuya ta'sirlar va asoratlar:
- BIV urnatilgandan so'ng 3—5 kun davomida
 - Kamkonlikni rivojlanishiga olib keluvchi, hayz ko'rish paytida yoki hayz ko'rishlar orasidagi kon ketishlar. Bunday nojuya ta'sirlar tarkibida mis

saqlovchi yoki gormon ajratuvchi BIV-lardan kura ko'prok inert BIV-larni kullanganda kuzatilishi mumkin.

-Bachadon devori perforatsiyasi (BIV to'g'ri urnatilganda kamdan-kam kuzatiladi).

BIV-larni jinsiy yo'l orkali yukuvchi infeksiyalardan (JYOYUK), shu jumladan OITV/OITS-lardan ximoya kilmaydilar. Ushbu usul JYOYUK-lar bilan kasallangan yoki bir nechta jinsiy sheriklari (shiriklarning xam bir nechta jinsiy sheriklari/ bo'lgan ayollar uchun maqbul emas).

BIV-larni urnatish uchun tibbiy muolaja shu jumladan ginekologik kurikdan utish talab etiladi.

BIV-ni urnatib bo'lgan zaxoti ayol og'riq sezishi, qindan kon okishlari va kon surtmalari kuzatilishi mumkin. Odatda, ayolning axvoli bir necha kun ichida normallashadi.

Ayol BIV-ni bachadondan tashkari homiladorlikdan ximoya kila olmaydi.

Vakti-vakti bilan ayol BIV iplarini tekshirib turishi lozim. Buning uchun barmkolarini qin ichiga kiritishi lozim. Bazi ayollar bunday qilishni xoxlamasliklari mumkin.

SHoshilinch kontratseptsiya (SHK):

Kontratseptsiyaning ushbu usuli homiladorlikdan saqlanish vositalarsiz jinsiy aloqa qilinganda (nomuntazam jinsiy xayot, zo'rlashlar va boshqalar) qo'llanilganda. SHK homiladorlikni oldini olishda muhim usul bo'lib, uning yordamida istalmagan homiladorlik masalalari bo'yicha murojat etganlar taklif etiladigan xizmatlar sifatini yaxshilash mumkin. SHK-dan foydalanish uchun malum qoidalar bo'yicha kuyilagi usullar kulaniladi.

-AOK (kombinatsiyalashgan oral kontratseptsiya)

-TPOK (toza progesteronli oral kontratseptsiya)

-BIV (bachadon ichi vositalari)

Tarkibida 30 mkg etinilestradiol va 150 mg levonogestrel bo'lgan kam dozali KOK-larni, ximoyasiz jinsiy aloqalardan so'ng 72 soat mobaynida, boshlang'ich doza sifatida 4 tabletkani, 12 soatdan so'ng esa yana 2 tabletkani qabul qilish lozim.

Tarkibida 0,03 mg levonogestrel bo'lgan tabletkalarni, ximoyasiz jinsiy aloqadan so'ng 72 soat mobaynida boshlang'ich doza sifatida 20 tasini, 12 soatdan so'ng esa yana 2 tabletkani qabul qilish lozim.

Ta'sir mexanizmi. SHK tabletkalarni ovulyatsiyaning, urug'lanishning va implantatsiyaning oldini oladi deb xisoblanadi. SHK tabletkalari

implantatsiya jarayoni boshlangan bo'lsa samarasizdir, shuning uchun xam ularni ximoyasiz jinsiy aloqadan so'ng 72 soat mobaynida qabul qilish lozim. SHK tabletkalari abort keltirib chiqarmasligini esda tutish lozim.

Nojuya ta'sirlar:

-Ko'ngil aynishi- odatda 24 soatdan ortiq davom etmaydi. Bartaraf qilish : tabletkalarni ovqat bilan birga yoki uykuadan oldin qabul qilish ko'ngil aynishini kamaytiradi.

-Kayt qilish- mobodo kayt qilish SHK tabletkalarini qabul kilgandan so'ng 2 soat mobaynida boshlangan bo'lsa, dozani qayta berish lozim. Kayt qilish kuchli bo'lsa, tabletkalarni qin ichiga yuborish mumkin.

-Bachadon nomuntazam qon oqishlari: bazi ayollarda SHK tabletkalarini qabul qilgandan so'ng qon surtmalari paydo bo'ladi.

-SHK tabletkalarining boshqa nojuya ta'sirlari: ko'krakdagi og'riqlar, bosh ogrigi, bosh aylanishi. Odatda bunday nojuya ta'sirlar 24 soatdan ko'proq davom etmaydi.

Qarshi ko'rsatmalar:

SHK tabletkalarini homiladorligi tasdiqlangan ayollar qo'llashi mumkin emas. SHK tabletkalari faqatgina shoshilinch xolatlarda qo'llash uchun mo'ljallangan.

SHK sifatida BIV larini qo'llash:

SHK maqsadida BIV larni ximoyasiz jinsiy aloqadan so'ng birinchi 5 kun davomida kiritish lozim. Ushbu usulning samaradorligi 90% ga tengdir.

Ta'sir mexanizmi:

Bachadon naylari peristaltikasining kuchayishi va endometriyning gistoximik strukturasi o'zgarishi bilan bog'lanadi.

BIV-larni SHK maqsadida tug'magan mijozlarga qo'llash tavsiya etilmaydi.

To'siq soluvchi usullar:

To'siq soluvchi usullarga qo'yidagilar kiradi:

1. Erkak va ayol prezervativlari
2. Qin diafragmalari
3. TServikal kalpokchalar
4. Spermitsidlar

Prezervativlar – rezina (lateks) dan tayyorlangan yupqa qopcha ereksiya xolatida olatga kiyg'iziladi. Prezervativlar ayyollarning jinsiy yo'llariga sperma tushushiga imkon bermaydi, mikroorganizmlarni bir kishidan ikkinchi kishiga o'tishiga yo'l qo'ymaydi. SHu munosabati bilan jinsiy yo'l infeksiyalari, jinsiy

yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan, OIV infeksiyasidan xoli bo'lish uchun bu vositadan foydalanish muhim xisoblanadi.

Afzalliklari:

-Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar va OIV/OITS dan yagona ximoya qiluvchi vosita

-Salomatlik uchun xavf-xatar solmaydi

-Ishlatishga qulay

-Ularni dorixonadan topish oson va retseptsiz sotiladi.

Kamchiliklari :

-Samaradorlik darajasi o'rtacha (100 nafar ayol xisobidan olinganda 1 yil davomida homiladorlik xollari 2-12 tani tashkil qiladi) bo'lib, samadorligi ko'rsatmalarga qanchalik amal qilinishiga va nechoglik to'g'ri foydalanishga bog'liq.

Spermatsidlari – erkak urug'i faolligini yo'qotuvchi kimyoviy moddalar. Ularning qo'yidagi xillari mavjud:

-Aerozollar

-qintabletkalari

-Kremlar

-Plenkalar

-SHamchalarvaboshqalar

Ta'sir mexanizmi- spermitsidlar spermatozoidlar membranasini yemirib yuboradi, natijada spermatozoidlar harakatchanligi susayib, tuxum hujayrani urug'lantira olmaydigan bo'lib qoladi. Spermitsidlar qinga kuyilganidan keyin 10-15 daqiqadan so'ng ta'sirqila boshlaydi.

Qo'yidagi hollarda tavsiya etish mumkin :

-Gormonal usullardan foydalana olmaydigan ayollar uchun

-bachadonichiga quyiladigan vositalarni ishlatishni yoqtirmaydigan ayollar uchun

-emizikli ayollar uchun

-homilador bo'lishdan vaktincha saqlanib turushni xoxlaydigan ayollar uchun

Afzalliklari:

-Darhol korqiladi

-Ona sutiga ta'sir qilmaydi

-Foydalanish oson va salomatlikka zarar yetkazmaydi

-Spermitsidlar retseptsiz beriladi va ulardan foydalanish uchun ayol kishi tibbiy ko'rikdan o'tishi shart emas.

Kamchiliklari :

-Samaradorlik darajasi o'rtacha ekanligi (shu usuldan 1 davomida foydalangan 100 nafar ayol xisobidan olganda homiladorlik bo'lib qolish ehtimoli 3-21 tani tashkil qiladi). Samaradorligi nechog'lik yaxshi bo'lishi ularning ishlatilishiga doir ko'rsatmalarga qanchalik amal qilishga va ulardan to'g'ri foydalanishiga bog'liq.

-Spermitsidlar har safar ishlatilganda faqat 1-2 soat davomida ta'sir ko'rsatadi.

-Har bir yangi jinsiy aloqa uchun yangisidan foydalanish zarur.

-Usul jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va OIV/OITS dan saqlamaydi.

-Allergik reaksiyalarga sabab bo'lishi mumkin. Allergik reaksiyalar sodir bo'lsa saqlanishning bu usulidan voz kechib, kontratsepsiyaning boshqa usulidan foydalanish kerak.

Ixtiyoriy jarroxlik kontratsepsiya usuli

Ixtiyoriy jarroxlik kontratsepsiya usuli (naylar okklyuziyasi) doimiy usul bo'lib, fertillikni to'liq yo'qolishiga olib keladi. Mijoz ushbu usulni ongli va ixtiyoriy ravishda tanlashi lozim.

Uslublar:

1.Minilaporotomiya

2.Laporoskopiya

Erkaklarda vazektomiya amalga oshiriladi.

Ta'sir qilish mexanizmi: fallopiy naylarining yo'li to'silib, erkak urug'ining tuxumdonga o'tish to'xtab, urug'lanish sodir bo'lmaydi.

Amaliyot o'tkazish vahti :

-ayolning xomilasi yo'qligiga to'la ishonch bo'lsa, hayz davrining istalgan kunida.

-hayz davrining 6 kunidan 13 kunigacha

- tug'ruqdan keyin dastlabki 2 kunda

-abortan keyin :darhol yoki 7 kun mobaynida.

Kimlarga tavsiya etiladi

-Doimiy kontratsepsiya usulidan foydalanishni istagan tug'ish yoshidagi ayollarda (odatda 30-35 yoshdan katta bo'lganlarda)

-Salomatligi uchun homiladorlik katta xavf solgan ayollarda

-Etarlicha farzandlari bor, deb ishonch hosil qilgan ayollarda.

Afzalliklari:

-yuqori samarali (1 yil davomida qo'llovchi 100 nafar ayollardan 0,2-0,4 tasida homiladorlik bo'lishi ehtimoli bor)

-Doimiy uslub

-Darhol ta'sir qiladi

-Jinsiy aloqaga bog'liq emas

-Salbiy ta'siri yo'q

-Maxalliy og'riksizlantirish sharoitida bajariladigan murakkab jarroxlilik amaliyoti .

Kamchiliklari:

-Doimiy usul bo'lib, ayol keyinchalik afsuslanishi mumkin

-Muolajadan keyin qisqa muddatli noqulaylik

-YUqori malakali mutaxassis tomonidan amalga oshiriladi.

-Laporoskopik uchun qimmatli asbob-uskunalar zarur.

Ayollarda uchraydigan kasalliklar va tibbiy xolatni nazarda olgan holda jarroxlilik kontratseptsiyasini bajarishga oid ko'rsatmalar va shartli xolatlar

Qo'yida keltirilgan shartli belgilar sterilizatsiya bajarilishi mumkin yoki yo'q degan ko'rsatmadir. Tavsiya qilinmaydigan xolatlarda, jarroxlilikning bajarilmagani maqul, chunki natijadagi asoratlar qaytarilmas va ayol salomatligiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi.

A	Usul maqbul	Sterilizatsiyani bajarishga tibbiy moneliklar yo'q
C	Aloxida ehtiyotkorlik lozim	Sterilizatsiyani oddiy klinika sharoitida xavfsizlikning kushimcha choralarni kurib bajarish mumkin
D	Kechiktirish tavsiya etiladi	Sterilizatsiyani to'liq kurikdan utkazgunga va / yoki patologik xolat bartaraf etilguncha kechiktirish tavsiya etiladi
S	Maxsus sharoitlar lozim	Sterilizatsiya tajribali xirurg tomonidan, umumiy og'riqsizlantirish ostida va boshqa barcha klinik sharoitlar mavjud bo'lsagina bajarilishi lozim.

Amaliyot ko'nikmalar

Eng ko'p tarqalgan BIVni kiritish texnikasi.

1.Ko'zguni kiritish, bachadon bo'yni va qinni antiseptik eritma bilan tozalash.

2.O'qsimon qisqichlar bilan bachadon bo'ynining oldingi labini qisish

3.Bachadon zondi yordamida uning tubini aniqlash

4. BIVni kiritishdan 5 minut oldin gorizontal uchlarini to'g'rilash

5.Bachadon bo'shlig'i uzunligi bo'yicha uzatgichda belgi qo'yish

6.Gorizontal bo'lmlarini qo'yish va belgining uzun qismini gorizontal tekislikda qo'yish

7.BIVni bachadonga kiritish, bunda harakatlanuvchi belgi bachadon bo'yniga kelib taqalishi kerak

8.Temir o'zagini qo'zg'atmagan holda uzatgichni 0,5sm ga tortish (8grasm)

9.Temir o'zagini tortib olib qolgan qismini qo'zg'atmaslik

10.Servikal kanaldan uzatgichni olish

11. BIV ipchalarini 2,5-5sm qoldirib qirqib tashlash

BIVni chiqarish texnikasi.

Bachadn bo'yni va qin antiseptik eritma bilan tozalanadi. Ipchalarni pinset yordamida ushlab sekin tortiladi.

BIVstasionarda quyidagi klinik holatlarda olib tashlanadi:

-ambulator sharoitda BIVni olib bo'lmaydi

-BIV fonidagi homiladorlik

-BIV ipchalari bo'lmaganda

-BIV uzoq muddat qolganda

-BIV-fonida hayz siklining buzilishi.

IX BOB

O'TKIR QORIN. TASHXISLASH. SHOSHILINCH CHORALAR.

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK

«O'tkir qorin» (O'TKIR QORIN) - bu sindrom qorindagi kuchli og'riq, qorin oldingi devor mushaklarni taranglashishi, ko'ngil aynish, qusish, qorin dam bo'lishi, ich kelishi buzilishi bilan kechadi. Yashirin kechganda o'tkir qorinayrimlarda individual holda intoksikatsiya va peritonit bilan kechishi mumkin.

"O'tkir qorin" termini katta guruhni tashqil qilib, qorin bo'shlig'i a'zolarini hayot uchun xavf soluvchi asoratlar bilan kechuvchi, faqat xirurgik davo bilan qutilish mumkin bo'lgan holatdir. O'tkir qorin- haqiqiy va soxta bo'ladi. Haqiqiy o'tkir qorin- qorin bo'shlig'i a'zolarini kasalliklari natijasida kelib chiqadi. Soxta o'tkir qorin- ko'krak qafasi a'zolari kasalliklarida (miokard infarkt, pnevmoniya, plevrit) natijasida bo'ladi. Davolash amaliyotida 2 ta tushuncha mavjud. Haqiqiy O'tkir qorin shoshilinch xirurgik davoni talab qiladi. Soxta o'tkir qorin esa xirurgik davoga qarshi ko'rsatmadir.

O'tkir qorin patogenezi. O'tkir qorinni rivojlanish mexanizmini tushinish uchun vegetativ va pereferik nerv tizimini anatomik reflektor bog'liqni aniqlash o'rganish lozim. Yurak, o'pka, plevra, oshqozon, ichak, o't yo'llari, siydik yo'llari kasalliklarida vegetativ nerv tizimi bilan innervatsiya qilgani uchun tarqaluvchi og'riq, mushaklarni taranglashishi bilan bog'liq. Ma'lumki parietal qorin parda. mushaklar, teri bel nervi va 6 ta juft qovurg'alararo nerv bilan innervatsiyalanadi. Qovurg'alararo nerv ko'krak nervining oldingi shoxi bo'lib, orqa shoxi mushak, terini, *r.meningens* esa orqamiyaning qattiq pardasini nervlaydi. To'rtinchi shoxi *g.communicantes* qovurg'alararo nervlarni birlashtirib ichki a'zolarini nervlaydi va qo'zg'alish tarqaladi.

Savol tug'iladi: Nima uchun qorinda og'riq paydo bo'lib miokard infarqtda, pnevmoniya va boshqa kasalliklarda vegetativ nerv sistemasi ta'sirlanganda

qorin oldingi devor mushaklari taranglashadi? Og'riq qorinda ichki a'zolari vegetativ nerv tizimidagi akson refleks reaksiyasi natijasida yuzaga keladi. Pre-va postganglionar neyron shoxlari birtasibir a'zoni yoki yarimini, ikkinchi shoxi boshqa a'zoni innervatsiyalaydi. Agar bitta nervni shohi ta'sirlansa, boshqa shoh ham ta'sirlanadi, boshqa a'zoga mos javobli qo'zg'alish va og'riq reaksiyasi beradi.

Simpatik gangliyalari va qovurg'alarada nerv aloqasi natijasida, qo'zg'alishi vegetativ va qovurg'alar nerv orqali qorinni oldingi mushaklarini taranglashtiradi. Ko'krak qafas a'zolari va qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklari natijasida ta'sirlanish sayor va nerv orqali simpatik gangliyalarga o'tib qorin mushaklarini qisqartiradi.

Parietal qorin parda, visseroparietal refleks orqali qorinda og'riq hosil bo'ladi. Kuchli ta'sirlanishi natijasida qovurg'alararo nerv teri shoxlari qo'zg'alishi natijasida, teri visseral refleks hosil bo'lib, klinikada qorinda og'riq, mushak va teri mushak paresteziyasi sodir bo'ladi.

Sanab o'tilgan barcha reflekslar yo'li qovurg'alararo nerv orqali o'tib, ular yagona vissero-parieto-motor-teri refleksini hosil qilib ularni ta'sirlanish darajasi patologik o'zgargan a'zo holatiga bog'liq ravishda kechadi.

Soxta o'tkir qorinda faqat qo'zg'alish vegetativ nervda bo'lib uni tarqalishi natijasida mushaklar taranglashadi, qorin bo'shlig'ini surunkali yalliglanish kasalliklari (oshqozon penetratsiyalovchya yarasi, surunkali toshli xoletsistit, surunkali pankreatit, surunkali adneksit, metrit)da impulslar simpatik nervlar orqali simpatik gangliyalarga boradi, u yerdan mushak va terisini innervatsiya qiluvchi ko'krak nervlari biriktiruvchi tolalari orqali tarqaladi. Bu qovurg'a-umurtqa giperesteziya zonalari hosil bo'lishiga olib keladi (Zaharin-Ged zonalari). Bu reflekslar hamma bemorlarda ham hosil bo'lavermaydi. Ular ko'proq markaziy nerv sistemasi qo'zgaluvchanligi oshgan bemorlarda kuzatiladi.

Qo'zg'alish kuchi past bo'lgan impulslar yurakka yetib bormay, yo'lda so'nishi mumkin va aksincha, ko'krak qafasda patologik o'zgarish bo'lganida qorin a'zolariga yetib bormasligi mumkin. Bu bilan o'tkir qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklarida o'pka-yurak simptomlari hamma bemorlarda kuzatilmayligi mumkin va aksincha, o'pka va yurak kasalliklarida har doim ham abdominal sindromlar kuzatilmayligi mumkin.

O'tkir qorin ham ginekologik, ham xirurgik amaliyotda uchragani uchun o'tkir qorin klinikasi bilan kechuvchi qator kasalliklar haqida aniq bilimga ega bo'lishni talab etadi.

Ginekologik amaliyotda o'tkir qorin quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- Bachadondan tashqari homiladorlik
- Tuxumdon apopleksiyasi
- Bachadon ortiqlari o'tkir yallig'lanishi
- Tuxumdon kistasi oyoqchasi buralib qolishi yoki nekrozi
- Qin, qizlik pardasi atreziyasi. Gemotosalpiniks.

BACHADONDAN TASHQARI HOMILADORLIK

O'tkir qorinklinikasi nay homiladorligi (kam hollarda tuxumdon homiladorligi) to'xtaganida yuz beradi. Bemor qorindagi keskin o'tkir og'riqqa, uni orqa teshikka, belga, jinsiy a'zolariga tarqalishiga shikoyat qiladi. Anamnezida hayz to'xtashi aniqlanadi.

Kasallik BIV fonida ham yuz berishi mumkin. Bemor jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari, hayz siklining buzilishi (infantilizm), tez-tez abort qildirish va abortdan keyingi davrda asoratlar kuzatilganligini aytadi. Ko'pincha bachadondan tashqari homiladorlik 4-8 haftalarda to'xtaydi. Ko'zdan kechirganda bemor umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, ba'zan hushsiz, adinamik bo'ladi. Teri qoplamlari rangpar, sovuq, yopishqoq ter bilan qoplangan, taxikardiya, gipotoniya, tana harorati subfebril yoki normalda bo'ladi. Tili nam, qorni kesqin og'riqli (ko'proq pastki bo'limlarida), qorin old devori mushaklari taranglanishi aniqlandi, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat. Perkussiyada ba'zi joylarda bo'g'iqlashgan tovush eshitiladi.

Ginekologik tekshirishda qin va bachadon bo'yinchasi qinqismi sianozi, to'q-qizil yoki jigarrang ajralmalar surkaluvchi xarakterda bo'lishi aniqlanadi. Bu holathomiladorlik to'xtagandan so'ng sariq tana orqaga qayta rivojlanishi va bachadon detsidual qavati ko'chishi tufayli yuzaga chiqadi. Bachadon normaga nisbatan katta, yumshoq. Bachadon nayi yorilishida kuchli ichki qon ketshi va qorin oldingi mushaklari taranglashishi sababli bachadonni aniqlab bo'lmaydi. Bachadon bilan birgalikda, ko'proq uning orqasida kolbasa formal yumshoqkonsistensiyali, og'riqli o'masimon tuzilma aniqlanadi.

Diagnostikasi. Laborator tekshirishida: umumiy qon analizi: Hb, eritrotsit, gematokritkamaygan. UTTda cheti notekis tuzilma, qorin bo'shlig'ida suyuqlik, endometriyda detsidual reaksiya belgilari aniqlanadi.

Bachadon nayi yorilishi aniq klinik belgi bilan kechganda diagnoz qo'yish qiyin emas. Shubhali hollarda orqa gumbaz punksiyasi qilinadi, natijada ivimaydigan qora qon chiqadi.

Jadval 9.1

Rivojlanayotgan va rivojlanishdan to'xtagan bachadondan tashqari homiladorlik belgilari

Rivojlanayotgan bachadondan homiladorlik	tashqari	Rivojlanishdan bachadondan homiladorlik	to'xtagan tashqari
1. muddatli homiladorlik belgilari (qonli ajralma, ko'ngil aynishi, sut bezlarining taranglashuvi, qin va bachadon bo'yni qinqismi sianozi, bachadon bo'yni yumshashi, bachadon o'lchamlari kattalashishi, tez-tez siyish)	Kichik	3. Kollaps va holsizlik 4. puls (110 va yuqori) 5. AQB pasayishi 6. Gipovolemiya 7. Qorinda o'tkir og'riq 8. Qorin damlanishi 9. Qorin oldi devori mushaklari taranglashishi	
2. va qorin pastidagi og'riqlar	Qorin		

Naydagi va bachadondagi abort farqli belgilari

Naydagi abort	Bachadondagi abort
10. Ko'pincha erta muddatda to'xtaydi (4 va 6 xaf.)	16. Ko'pincha 8-12 xafta orasida to'xtaydi.
11. Og'riq ko'pincha bir tomonda chov soxasida, boshida tortiluvchi sung dardsimon. Og'riq xuruji kuchli (tusatdan boshlanadi, shok, kollaps, obmorok, qorin pardasi ta'sirlanish belgilari)	17. Og'riq dardsimon, asosan qorin pasida va dumg'aza o'rtasida. Sekin -asta kuchayib boradi.
12. Jigar ajralma	18. Tashki qon ketish kuchlik, ajralsmalar- och-qizil rangda, ko'pincha laxtalar bilan; og'riqlardan oldin boshlanadi

13. Detsidual pardalar kisman eki bo'tunlay tushadi, suvda stakanda ko'rganda vorsinkalar aniqlanmaydi	19. Detsidual pardalar qisman eki bo'tunlay tushadi, suvda stakanda ko'rganda vorsinkalar aniqlanadi
14. Kamqonlik - ketgan qon miqdori bilan mos kelmaydi	20. Kamqonlik ketgan qon miqdori bilan mos kelmaydi
15. Kattalashgan bachadon noksimon, o'lchamlari homiladorlik muddatiga mos kelmaydi, bachadon bug'zi epiq.	21. Kattalashgan bachadon sharsimon, o'lchamlari homiladorlik muddatiga mos keladi, bachadon bug'zi bir oz ochiq.

TUXUMDON APOPLEKSIYASI

Tuxumdon apopleksiyasi (TA)- bu tuxumdon to'tkir qorin imasigapatologik qon quyilish va undan qorin bo'shlig'icha qon ketishdir. Bu holatga diagnoz qo'yish va bachadondan tashqari homiladorlik bilan taqqoslama tashxis o'tkazishxam juda qiyin ko'p holda bu diagnoz o'tkir qorin tashhisi bilanqilingan operatsiyada aniqlanadi.

TA - o'ng tomonidan chapga nisbatan juda ko'p uchraydi. Tuxumdondan qon ketish soni uni - qon bilan ta'minlanish xususiyatiga bog'lik. Sarik tanazich turli qontomirga ega va tomir bilan kushilib keng anastomoz xosil qiladi. Ko'p holda qon ketish sarik tanadan vaskulyarizatsiya boskichida ketadi. Kam holda yorilgan follikulada bo'ladi. TA - sodir bo'lishi tipik kuni menstruatsiya sikl - 12-13 kuniga to'g'ri keladi.

TA - qorin - pastida kuchli og'riq, taxikardiya, shok, xush dan ketish belgi, ayrim xolda so't bezidan seroz suyuklik ajralish, qindan shokolad rangli ajralmalar ajralishi bilan kechadi. Og'riq - doimiy, xurujsimon, tulgoksimon, sanchuvchi bo'lishi mumkin. Ayol umumiy xolsizlik, bosh aylanish, bosh ogrishi, ko'ngil aynishi, tez-tez siyish, defekatsiya tez bo'lishiga shikoyat qiladi. Teri koplami rangpar, puls tez, kam tuluvchi, gipotoniya, t^o- norma chegarasida. Qorin palpatsiyasida og'riqli, oldingi mushak taranglashish, III^oetqin - Blyuberg simptomi aniqlanadi. Og'riq orqa chiqaruv teshigiga, chov soxasi, tashki jinsiy a'zo, dumg'aza, oyokka tarqaladi.

Perkusiyada qorinni yon va pastki soxasida perko'tor tovush bugiklashishi kuzatiladi. Ichaklar parezi, siydik to'tilishi mumkin. Anamneziyadan xoyz buzilganligi, xayz siklini o'rtasida kasallik qo'zg'alishi mumkin. Qin tekshirishda: YOn, orqa gumbazi og'riqli, osilishi bo'ladi. Bachadon buyni

surilishi kattik og'riq chakiradi. Bachadon normal o'lchamda, ayrim payt biroz kattalashgan. Ortiqlar xam kattalashgan, og'riqli. Ba'zida qin orqali tekshirganda qorin oldinchi devori og'riqligi tekshirishga kiynaladi. Qon taxlili normada bo'lishi mumkin. O'TT: Bachadon uz o'lchamida, endometriy 2- faza transformatsiyasida, orqa gumboz osilishi. Orqa gumboz punksiyasida alvon rangli qon chiqadi.

Ko'p xollarda apopleksiya diagnozi urniga bachadondan tashqari xomilodorlik, appenditsit, peritonit, kistani oyokchasi buralishi tashhisi kuyiladi. Apopleksiyani patognomik belgisi yo'tkir qorinligi uchun tashhislash qiyin. Orqa gumbaz punksiya va laparoskopiya ko'shimcha tekshirish usulidir. Bachadon ortiqlarini o'tkir yallig'lanishi.

Kasallik boshqa ginekologik kasallik fonida rivojdanadi. Bemorda og'riq, xolsizlashish, umumiy kuvvatsizlik, tana harorati oshishi bo'ladi. Og'riq tortuvchi, kesuvchi harakterda, chovga, dumg'azaga tarqalishi kuchaytirib yuboradi.

TUXUMDON KISTOMASI OYOQCHASINING BURALIB QOLISHI. SHOSHILINCH CHORALAR.UZ VAQTIDA VA XAVFSIZ STATSIONARGA YUBORISH.

Tuxumdon kistalari oekchalarining buralib qolishining klinik manzarasi ushbu jarayoning qanchalik tez rivojlanganligi va necha gradusga buralganligicha bog'lik. 180° gacha bo'lgan buralishlar simptomsiz kechishi mumkin. Buralish 270° gacha bo'lganda oson siqiluvchi venalar kisilib koladi, qon okib kelishi saklanib koladi. Tarqalgan qon kuyilishlar hisobiga usma yuzasi kora-kungir rangga kiradi. Kekrik bumligiga gemorragik suyuklik yigiladi. Qon yo'TKIR QORINotilishi ancha sezirlarli bo'lishi mumkin, ba'zan kapsulaning kuchaytirib boruvchi yorilishida 1,5-2 gacha borishing mumkin. Kista oekchalarinig to'liq (360°), usmiga usmon ko'p martali buralishida qon okimi tastaydi, natajada tezda kistaning nekrozi va keyinchalik peritonit rivojlanishi mumkin.

Kasallik qorin pastidagi kesqin og'riqlar bilan boshlanadi, og'riqlar tortuvchi harakterda bo'lib, chov saxasiga, dumg'aza, orqa chiqaruv teshigi soniga tarqaladi. Ko'ngil aynish, kusish, tana haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Ba'zan og'riqlar shok, xushdan ketish manzaralari bilan birga kuzatilishi mumkin.

Teri koplamlari ranglar tusga kiradi, sovuq ter bilan qoplanadi. Tili quruq, oq karaj bilan qoplangan. Qorin tarang, mosan usma joylashgan tomondan og'riq bo'ladi, III etqin - Blyumberg simptomi usma joylashgan tomondan musbat. Puls tezlashtan, to'liqligi susaygan, AKB normada. Qonda - leykositoz dinamikada kuchayib boradi. O'TTda xosila aniqlanadi, ko'pincha perifokal yalliglanish belgilari bo'ladi, orqa gumbazda suyuklik bo'lishi mumkin.

Anamnezida ael ortiqlar yalliglanishi kasalliklari bilan tez-tez ogrigan bo'ladi, tuxumdonlar soxasida kista aniqlanganligi eki uning o'lchamlarini kattalashganligi aniqlangan bo'lishi mumkin.

Qin orqali tekshirganda bir tomonlama usmasimon tuzilma aniqlanadi, u og'riqi, taranglashgan, harakati cheklangan bo'ladi, usma lokalizatsiyasi joyida gumbazlar yassilaagan va og'riqli bo'ladi. Xosila odatda dumalok shaklda yuzasi sillik, zich elastik konsistensiyada bo'lib, ko'pincha bachadonning orqasida yoki yon tomonida va o'ng tomonda (dermoid kista) joylashadi. Tuxumdon kistalari oekchalari buralib qolishining sabablari to'liq o'rganilmagan. Bunda kuyidagi omillar axamiyatga ega: kista oyoqchalari venalarda qon bosimi va kistaning o'zida bosimning oshishi, gavdaning kesqin aylanishi, ichaklarning kuchli peristaltikasi, siydik pufagining xaddan tashqari tuda bo'lishi, kistaning kichiq chanok bo'shlig'idan qorin bo'shlig'iga o'tishi, kista oyokchalarining uzun bo'lishi. Buralish sodir bo'lishi uchun kistoz xosila uzun oyokchali bo'lishidan tashqari, etarli harakatchanlikka xam ega bo'lishi kerak. Ko'pincha urtacha o'lchamli va dermoid kistalar buralishga moyil bo'ladi (dermoid kistalar tarkibi yog va sochlardan iborat bo'lganligi uchun engil bo'ladi).

Miomatoz tugun oyok, chasining buralib qolishi yoki nekrozi.

Bachadon miomasi bor ayollarda uchraydi. Bemorda birdan umumiy axvoli emonlashadi, bosh ogrigi, ko'ngil ainishi, kusish, ishtaxa buzilishi paydo bo'ladi. Ko'pincha kaltirash bo'ladi, tana harorati ko'tariladi.

Qorin pastida tulgoksimon og'riq kuchli, va tortiluvchi harakterda.

Tip kuruk, ok karaj bilan koplangan. Qorin tarang, og'riqli. III etqin - Blyumberg musbat qorinni pastki qismida.

Qin orqali tekshirganda bachadon biroz kattalashgan burmali, (miomani tugunli formasiday) og'riqli xamma yuzasi, oyogida aloxida tuguncha harakatchanligi chegaralangan. Periferik qonda leykotsitoz, chappa siljishi, ECHT oshishi. Leykotsitoz dinamikada oshib boradi.

QIN ANOMALIYASI. KIZLIK PARDASI. GEMOTOSALPINKS.

Bu patologiya xayz vakti boshlanishida bo'ladi (13-14 yoshda). Anamnezini yaxshi o'rganganda kasallikni sekin rivojlanganligini, regular kechishi (har oyda) tulgoksimon og'riq qorin pastida kesuvchi harakterda 4-5 kun chuziladi, xayz to'xtashi bilan qon sekin qinga tuplanadi (gematokolpos), bachadonda (gematolitra), nayda (gematosolpinks). Naydan qon qorin bo'shlig'iga tushadi, qorin bo'shlig'ini ta'sirlaydi.

Kovda qorinni og'riqliligi, qorin taranglashishi, kiynalib siyish, kabziyat bo'ladi. Xumenda teshik bo'lmaganda kurikda tashki jinsiy a'zolar to'g'ri rivojlangan. Xumen shishgan, tortilgan. Rektal tekshirishda yumshok qonsistensiyali, og'riqli, jinsiy a'zolar soxasida. Qin atreziyasida kur tugash, rektal tekshirishda tuzilma jinsiy oralikda. O'TTda: bachadon kattalashishi, qin kengayishi qon tulishi natijasida.

Teri va shilliqqavatlarni och pushti rangligi, ba'zida kulrangliga, tilni kurO'TKIR QORINligi, ok karaj bilan koplanishi bo'ladi. Ko'ngil aynishi. kusish, tez-tez siyish, tenezm. Arterial qon bosimi normaga yaqin, puls tezlashgan. Leykotsitlar biroz oshgan, leykotsitar formula chapga siljigan. ECHT oshgan. Qorin kurikda og'riqli, pastki kismi tarang, SHetqin-Blyumberg simptomi kov ustida musbat.

Ginekologik kurikda: qin sianozi va bachadon buyni sianozi. ajralma yiringli, yoki shilliqli. Ortiqlar paypaslaganda og'riqli, usmasimon kattiklik, harakati cheklanishi, og'riqli. Orqa gumbaz og'riqli (kichiq toxda ajralma hisobiga), bachadon buyni xam og'riqli. Pelvioperitoniya kushilsa harorat birdan ko'tariladi, davriy kaltirash, puls tarang, qorin dam, nafasda ishtirok etmaydi. SHetqin-Blyumberg simptomi musbat xamma soxada, ko'proq gipogastriyada. Axvol ogir bo'lib koladi. El to'tilishi, ich kelishi, siyish buziladi. Leykotsitoz, leykotsitozlar formula chapga siljishi, toksik anemiya kuzatiladi.

Jarroxlikdagi "O'tkir qorin" bilan taqqoslama tashhis o'tkazish.

"O'tkir qorin" klinikasini rivojlanishini taqqoslash uchun, kuyidagi kasalliklar bilan olib boriladi. Appenditsit.

Ko'krak qafas kasalliklari. ung tomonlama pnevmoniya, plevrit, ekssudativ perikardit, o'tkir ung qorincha yetishmovchiligi, miokard infarqti.

Buyrak kasalliklari: - o'tkir gidronefroz, papilyar nekroz, buyrak venalari trombozi, buyrak sanchigi.

Oshkozon-ichak kasalliklari, o'tkir. gastroenterit, pankreatit, xoletsistit, buyrak kolikasi, oshkozon. un ikkn barmokli ichak yarasi perforatsiyasi, ichak to'tilishi. Kron kasalligi, o'tkir diabetik qorin, ichak sanchig'i.

Amaliy ko'nikmalar

Talabalar bachadondan tashqaridagi homiladorlikning klinikasi va tashxis qo'yishni bilishi kerak. Tekshirishning to'g'ri rejasini tanlashni, klinik va laborator tekshirish natijalarini to'g'ri baholashni va bachadon nayi homiladorligini to'g'ri tashxislashni bilishi kerak. Bachadon nayi homiladorligi operatsiyasining texnikasini bilishi va o'tkir qon ketish va shok belgilari bilan kurashishini bilishi kerak. Kasallarni operatsiyadan keyin kuzatishni va olib borishni bilishi kerak.

«Bachadondan tashqari homiladorlik»

Maqsad: Talabalarga bemorni ob'yektiv va sub'yektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, shprints, punksiya qilinadigan igna, probirka, qisqich, steril qo'lqop.

Qadamlar:

- Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukkan holda yotadi.
- Shikoyatlari: hayz to'xtashi, ko'krak bezlarining dag'allashishi, orqa teshikka beradigan qorin pastida o'tkir og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ba'zan hushdan ketishi, jinsiy yo'llaridan qonli ajralma kelishi, sovuq ter qoplami.
- Kasallik anamnezi: o'tkir boshlanadi, hayz to'xtagandan keyin, soppa-sog' paytida.
- Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Oxirgi hayz 1,5 oy avval bo'lgan.
- Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli og'ir, teri qoplamlari oqish, akrotsianoz, sovuq ter, taxikardiya, gipotoniya.
- Qorni ko'ruvda: qorin oldingi devori mushaklari taranglashgan, butun

qorin bo'ylab kuchli og'riq, Shyotkiin-Blyumberg simptomi "musbat".
Perkussiyada: qorin pastki qismlarida perkutor tovushning bo'g'iqligi.

- Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'yektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Qonning umumiy analizi: gemoglobin miqdorining kamayishi. UTT: bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanadi.

Diagnostik laparoskopiya: bachadon ortiqlari sohasida o'smasimon hosila aniqlanadi.

Ko'zgularda ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon ko'kimtir rangda. Qin orqali ko'ruv: bachadon kattaligi taxminiy homiladorlik muddatiga to'g'ri kelmaydi, bachadon ortiqlari sohasida bir tomonlama o'smasimon, xamirsimon hosila aniqlanadi.

Kichik chanoq bo'shlig'ini qin orqa gumbazi orqali punksiya qilish

Maqsad: ginekologik kasalliklar diagnostikasi, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik bor-yo'qligini aniqlash.

Ko'rsatma: bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi, pelvioperitonit, Duglas bo'shlig'i absessi, assit.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari, qisqich, punksiya ignasi, probirka.

Qadamlar:

- Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.
- Qinga ko'zgu kiritiladi.
- Qin gumbazlarini yodonat eritmasi yoki 70%li spirt bilan artiladi.
- Bachadon bo'yni orqa labi qisqichlarga olinadi.
- Orqa gumbazning ko'proq shishib turgan joyidan, 1-2 sm chuqurlikda punksiya qilinadi.
- Suyuqlik probirkaga yig'iladi, olingan suyuqlikninig harakteriga qarab bemorni olib borish taktikasi hal qilinadi.
- Bachadon bo'ynidan qisqichlar olinadi.
- Qin antiseptik eritma bilan artiladi.
- Ko'zgular chiqarib olinadi.
- Ayolni katalkada palataga yoki jarrohlik xonasiga o'tkaziladi.

X BOB

BEPUSHT NIKOH

BEPUSHT NIKOH. AYOLLAR BEPUSHTLIGINING TASNIFI

Bepusht nikoh - er-xotinlarning muntazam jinsiy hayot kechirib, bo'yida bo'lishdan saqlanish vositalari (kontratsepsiya) dan foydalanmasdan bola tug'ish yoshida bo'la turib 12 oy mobaynida farzand ko'rmasligi (JSST).

Ayollardagi bepushtlik– muntazam jinsiy faoliyatning 1 yillik davomiyligi saqlanib qolgan holda reproduktiv yoshdagi ayolning homiladorlik qobiliyatini yo'qotishi.

Erkaklardagi bepushtlik– yetilgan erkakning jinsiy hujayralarni urug'lantirishga qodir emasligi. Bu androlog mutaxasislari o'rganuvchi soha.

Ayollardagi bepushtlik tasnifi

I. Anamnezidahomiladorlikning mavjudligiga ko'ra:

a) birlamchi) ikkilamchi;

II. Homiladorlik vujudgakekishining imkoniyati bo'yicha:

a) mutlaq b) nisbiy;

III. Rivojlanish mexanizmi bo'yicha:

a) tug'ma b) orttirilgan;

IV. Davomiyligi bo'yicha:

a) vaqtinchalik b) doimiy) fiziologik.

V. Etiopatogenez bo'yicha:

1. Endokrin bepushtlik:

- anovulyatsiya

- gipotalamik-gipofiztizimining buzilishi, giperandrogeniya, giperprolaktinemiya, bachadonda o'simtalar, surunkali yallig'lanish, gipo- yoki gipertireoz

2. Nay va qorin pardasining yallig'lanishidagi bepushtlik: bachadon naylari funksiyasining buzilishi, bachadon naychalarining a'zoik shikastlanishi.

3. Bachadon va bachadonbo'yni shaklidagibepushtlik: endometriya va bachadon bo'ynidagi anatomo-funksional holatning buzilishi bilan bog'liq ginekologik kasalliklar, bachadon naychalarining obstruksiyasi va antisperm antikorlarini shakllanishi;

4. Immunologik bepushtlik – antispermik antikorlarning shakllanishi;

5. Psixogen bepushtlik.

6. Noma'lum kelib chiqishli bepushtlik.

Birlamchi bepushtlik – hech qanday saqlanishlarsiz doimiy jinsiy hayotda yashovchi va bir marta ham homiladorlik orttirmagan ayollardagi bepushtlik.

Ikkilamchi bepushtlik – ilgari homiladorlik paydo bo'lgan, ammo undan keyin bir yil davomida saqlanishlarsiz muntazam jinsiy hayot kechirib homiladorlik bo'lmagandagi holat.

Mutlaq bepushtlik – homiladorlik ehtimoli butunlay istisno (bachadonning tug'ma yoki orttirilgan mavjud emasligi, tuxumdon va jinsiy a'zolar rivojlanish anomaliyasi).

Nisbiy bepushtlik – homiladorlik ehtimolibutunlay chiqarib tashlanmaydi.

Tug'ma bepushtlik - irsiy va tug'ma kasalliklar (endokrin kasalliklar, jinsiy a'zoldaginuqsonlar) oqibatida.

Orttirilgan bepushtlik - ko'pincha ikkinchi darajali, tug'ruqdan keyin o'tkaziladigan kasalliklar bilan bog'liq.

Fiziologik bepushtlik - o'tqinchi omillarga bog'liq bo'lib, prepubertal, laktatsiya va postmenopozal davrlarda ayollarda kuzatiladi.

Doimiy bepushtlik - doimo mavjud (masalan, bachadon naychalarining yo'qligi).

Alohida ajratiladi:

Ixtiyoriy ravishdagi bepushtlik – bepushtlikningshunday turiki, ayol ijtimoiy – iqtisodiy yoki boshqa omillar ta'sirida nafaqat ikkinchi balki birinchi farzandniham dunyoga keltirishni istamaydi.

Majburiy bepushtlik- bola tug'ishini oldini olish bo'yicha ma'lum bir choralar bilan bog'liq.

BEPUSHTLIKNING ASOSIY KO'RINISHLARI. TASHXISLASH. TEKSHIRISH. QIYOSIY TASHXISLASH VA TAKTIKA.

Endokrin bepushtlikovulyatsiya jarayonining buzilishibilan bog'liq barchu holatlarni o'zida birlashtiradi, u surunkali anovulyatsiya sindromi, lyutein o'zgarishlar yyetishmovchiligibilan ifodalanishi mumkin. *Surunkali anovulyatsiya* – patologik holatning geterogen guruhi bo'lib, gipotalamo – gipofizar – tuxumdon tizimsida sikl jarayonlarning buzilishi bilan harakterlanadi. Klinikasida ABQK, oligomenoreya, amenoreya, galkokteriya kuzatilishi yoki umuman kuzatilmaligi, girsutizm, virilizastiya bilan birga keladi. Anovulyastiyada androgenlar va LG ning qondagi miqdori normadagiday bo'lishi mumkin va shu miqdori yuqori darajaga yetishi mumkin. Tuxumdonni hajmi me'yoridan bir necha marotabagacha kattalashadi.

Menstrual sikl lyutein faza yyetishmovchiligi – bu tuxumdon funksiyasining buzilishi bo'lib, tuxumdon sariq tana gipofunksiyasi bilan harakterlanadi. Menstrual sikl follikulyar fazada progesteron ishlab chiqarilishi doim past darajada bo'ladi. Konsentratsiyasining oshishi 1-2 kun ovulyastiyadan oldin va siklning lyutein fazaning 7-8 kunida eng yuqori konstentratziyaga yetadi. Bunga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin:

1. Gipotalamo – gipofizar tizim disfunksiyasi. Qaysikim fizik va psixik stresslardan travma, neyroinfeksiya va boshqalardan keyin vujudga keladi.
2. Giperandrogenemiya tuxumdon, buyrak usti yoki aralash genezda.
3. Funksional giperprolaktenimiya. Gonodotrop gormon sekreziyasiga va chiqishiga prolaktinyuqori konstentratziyasi ta'sir qilishi va tuxumdon speriodogenezingibitsiyasi natijasida LFY yuzaga kelishi mumkin.
4. Bachadon ortiqlarining yallig'lanish prostessining cho'zilishi.
5. Gipo yoki giperterioz

Nay bepushtligi – bu bachadon naylarining o'z funkstiyasini bajara olmasligi natijasida kelib chiqadi.

Peritoneal bepushtlik - jinsiy a'zolar yallig'lanishdan, jinsiy a'zolarida, kichik chanoq a'zolari va qorin bo'shlig'idagi operativ aralashuvlardan keyin kichik chanoqda chandiqli jarayon yuzaga kelishi bilan harakterlanadi.

Servikal bepushtlik- Bachadon bo'yni kanali orqali spermatozoidlar bachadon bo'shlig'iga tushadi. Servikal kanal o'tkazuvchanligi buzilishiga

tug'ma noto'g'ri rivojlanishi, yoki abort paytidagi va tug'ruq paytidagi travmalar bepushtlikka sabab bo'ladi. Ayrim hollarda servikal kanal shilliq moddasi, juda yuqori darajada uvishqoqlikka ega bo'lib, tarkibida antispermial antitelo, qaysiki spermatozoidlar harakatini bloklaydi.

Immunologik bepushtlik – bunda ayol yoki erkak organizmida spermatozoidlarga qarshi oqsil ishlab chiqariladi. Bu antitelalar spermatozoidlar harakatini sustlashtiradi va tuxum hujayra urug'lanishiga yo'l qo'ymaydi. Antispermial antitelolar ayol qonida, bachadon bo'yni shillig'i, bachadon naylari sekretida bo'lishi mumkin.

Bepushtlik diagnostikasi. Bepusht nikoh diagnostikasida jinsiy juftlikning ikkalasini ham tekshirish ko'zda tutiladi, diagnostik tadbirlar ayollarda ham erkaklarda bepushtlikning barcha ehtimoliy omillarini aniqlash uchun to'liq o'tkazilishi lozim.

JSST tavsiyalariga ko'ra bepusht ayollarni tekshirishda quyidagilar aniqlanishi va bajarilishi lozim:

1. Anamnezni o'rganish
2. Ob'ektiv tekshiruv
3. Ginekologik tekshiruvlar
4. Laborator va instrumental tekshiruv

JSST bepushtlik bilan murojaat etgan ayollarni laborator tekshirishda quyidagi davriylik va muddatlarga amal qilishini tavsiya etadi:

6. 2-3 sikl-funksional diagnostika testlari;
7. hayz siklining 3-5 kunida; hayz siklining o'rtasi va ikkinchifazasidagi gormonal tekshiruvlar (LG, FSG, prolaktin, testosteron, DEA);
8. hayz siklining 6-8 kunida gisterosalpingografiya;
9. hayz siklining 8-14 kunida follikullar o'sishining UT-biometriyasi;

10. hayz siklining 12-14 kunida - immunologik testlar. *Sims-Xuner sinamasi yoki Shuvarskiy postkoital test (PKT)*. Ayollarda antispermial antitelalar (ACAT) qon zardobida, servikal nay shillig'ida va peritoneal suyuqlik tarkibida mavjud bo'lishi mumkin. Ayollarda servikal kanal shillig'ida ASAT ning aniqlanishi: ovulyatsiya oldi kunlari uch turdagi antitelolar IgG, IgA, IgM miqdorini aniqlash uchun servikal kanal shillig'idan olinadi. IgG miqdori normada 14% dan, IgA - 15%; IgM - 6% dan ortmaydi.

Shuvarskiy postkoital sinamasi shundan iboratki, hayz siklining o'rtasida jinsiy aloqadan bir necha soat o'tgandan so'ng ayol bachadon bo'yni kanali

shillig'i olib tekshiriladi (4-6 soatdan so'ng, VOZ tavsiyasiga ko'ra 9-24 soat) hamda spermatozoidlar soni va harakatchanligi aniqlaniladi.

- Hayz siklining 18-kunida bachadon naylarining o'tkazuvchanligini aniqlash bilan laparoskopiya qilish;
- Hayz siklining 19-24 kunida progesteron miqdorini aniqlash;
- Hayz siklini boshlanishidan 2-3 kun oldin endometriy biopsiyasi.

Bemorlarni gormonal tekshirishlarga tayyorlash. Emotsional stabil, och qoringa qon olinadi, jinsiy aloqadan saqlanadi, tekshirishdan 2 hafta oldin antibiotiklar, antikoagulyantlar, sulfanilamid va antigistamin preparatlar, salistilatlar va gormonlar qabul qilinmaydi. GSG (gisterosalpingografiya) —bachadon bo'shlig'i va bachadon naylari o'tkazuvchanligini rentgenologik tekshirish kontrast modda bilan GSG yordamida endometriydan poliplar, shilliq osti miomasi bachadondagi nuqsonlar aniqlanadi.

Ultratovushli monitoring— bu menstural sikl davomida tuxumdonlarda va bachadonda bo'ladigan o'zgarishlarni UTT yordamida tekshirish.

Laparoskopiya — bu operatsiya bilan mikrokesmalar qorinda qilinib, maxsus optikali asbob yordamida qorin bo'shlig'i a'zolari ko'riladi.

Gisteroskopiya — Optik apparat bilan bachadon bo'yni orqali kiritilib, bachadon bo'shligi tekshiriladi.

Sperma xususiyatlari quyidagi hollarda o'zgaradi:

- Neyroendokrin buzilishlar;
 - Alkogolizm;
 - Morfinizm;
 - Yallig'lanish kasalliklarida (orxit);
 - Chandiqli o'zgarishlar;
 - Uretraning rivojlanish nuqsonlari (gipospadiya, epispadiya);
- Spermaning quyidagi o'zgarishlari bepushtlikka olib keladi:

Azospermiya Nekrospermiya* Aspermiya

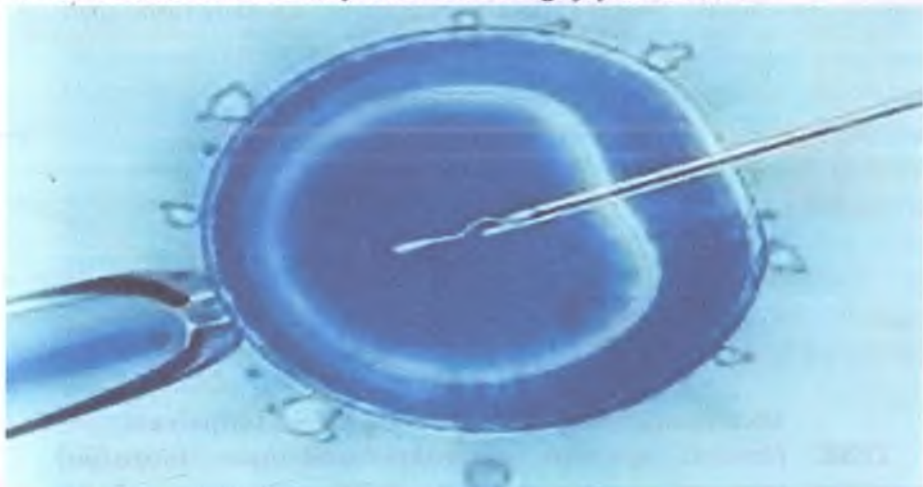
Sog'lom erkak spermogrammasi.

- Eyakulyat miqdori = 2,0 ml RN 7,2*7,8
- Spermialar soni 1 ml = 20x10⁶ /ml
- Aktiv harakatchan = 25%
- Harakatchan = 50%
- Morfologik normal formalari = 50%
- Aglyutinanlar yo'q.

- Agregatlar yoʻq.
- Leykositlar $1,0 \times 10^6$ /ml
- Eritrostitlar yoʻq.

Davolash. ICSI (ICSI - Intra-Sitoplazmatik sperma inyeksiyasi)

Sitoplazmaga spermani kiritish, intra sitoplazmik sperma inyeksiyasi - sun'iy urugʻlantirishning yordamchi usullaridan biri – bepushtlikni davolash usuli. IVF (invitro urugʻlantirish) laboratoriyada tuxumlarning urugʻlantirilishidan iborat boʻlgan asosiy protseduradir, soʻngra homila ayolning bachadoniga joylashtiriladi. Bu holda (ICSI), sperma ichidagi bir jonli sperma hujayrasini aniqlash va uni mikro ignavositasiya joylashtirish kifoya qiladi (bu ignaning ichki diametrik sperma boshining diametridan bir oz kattaroq - 6 mikron). Agar er yoki donorning spermatozoidlari daspermatozoid (azospermiya) mavjud boʻlmasa, ularni moyakdan jarrohlik yoʻli bilan olib tashlash mumkin. ICSI uchun tanlangan spermatozoid immobilizatsiyalanadi va uotsitga kiritilgandan soʻng uchi qolmaydi. ICSI uchun embriolog eng tez va morfologik jihatdan eng oddiy spermatozoidni tanlashga harakat qiladi. U dumini kesib tashlab, mikrone ichiga suqadi. Keyin tuxum hujayrasini mikroprisserga tutib, tuxum qobigʻini mikro igna bilan tiqadi va ichidagi spermatozoidni joylashtiradi. Urugʻlantirilgan tuxum 37° C haroratda va 5% karbon dioksid konsentratsiyasida inkubatorga joylashtiriladi.



10.1-rasm. ICSI - Intra-sitoplazmatik sperma inyeksiyasi

IVF uchun ICSI usuli kamida bitta holat mavjud boʻlganda qoʻllaniladi:

Spermatozoidlar kamayishi;
spermatozoidlarda sperma susayib qolishi;
sperma ichidagi ko'plab anormal sperma;
sperma antisperm antikorlarini (ASAT) o'z ichiga oladi;
noma'lum sperma yoki tuxum patologiyasi.

Tuxumdon biopsiyasi (TESA, TESE, Micro-TESE)

Tuxumdon biopsiyasi - azoospermiya bo'lgan odamdan (spermatozoid) sperma olishning operativ usulidir.

Ushbu usul keyingi davolash usullarini aniqlash yoki IVF dasturlarida keyingi foydalanish uchun spermatozoidlarni olish uchun ishlatiladi.

Maqsadga qarab (keyingi urug'lantirish uchun spermatozoidni to'plash uchun tashxis yoki pankrga qarab), shifokor aralashuvning hajmini belgilaydi va biopsiya usullaridan birini tanlaydi.

TESA (testis sperma aspiratsiyasi) - moyak sperma aspiratsiyasi (testikulyar aspiratsiya). TESA usulining afzalliklari shundaki, u ochiq biopsiya o'tkazmasdan, operatsion mikroskop va mikrocerrahi ishlatishni talab qilmaydi, keng tarqatiladi va bemordan katta moliyaviy harajatlarni talab qilmaydi. Qisqa muddatli intravenöz behushlik ostida buyuriladi. Teshikda testis moyak to'qimalari yig'iladi. Barcha amaliyot 15-20 minut davom etadi. Biyopsiyadan taxminan 1 soat o'tgach, bemor uyga qaytishi mumkin. Keyinchalik olingan tavsiyalar olingan ma'lumotlarga asoslanadi.



10.2-rasm. TESA, TESE, PESA, MESA biopsiyasi

TESE (testisli sperma ekstrakti-testikulyar biopsiya) - moyakdan spermani ekstraksiya qilish. TESE metodining afzalliklari shundaki, bu protsedura bajarilayotganda testikulyar to'qimalar katta hajmda to'planadi, bu materialning bir qismini morfologik tekshirish uchun

yuboradi, bu esa keyingi prognozni baholash imkonini beradi. Jarrohlik intravenöz behushlik ostida amalga oshiriladi. Olingan testikulyar to'qimalar IVF dasturlarida keyingi foydalanish uchun gistologik tekshiruv yoki kriyoprofen saqlash uchun yuboriladi. Barcha amaliyot 15-20 minut davom etadi. Biyopsiyadan taxminan 1 soat o'tgach, bemor uyga qaytishi mumkin. Gistologik tekshiruv natijalari 5-7 kun ichida tayyor bo'ladi. Olingan ma'lumotlarga asoslanib keyin davolanadi.



10.3-rasm. TESE -testisli sperma ekstrakti-testikulyar biopsiya

Micro-TESE (Microdissection TESE) - mikrosurgik metodlarni qo'llagan holda moyakdan spermani chiqarish. 2005 yilda ishlab chiqilgan nisbatan yangi uslub (Schlegel, Tanrikut, Li, Cornell University, AQSh) Micro-TESE ko'p miqdorda spermatozoid bilan moyak to'qimalarining qismlarini (2-3 mm³ massa 3-5 mg) olish imkonini beradi. Bunday holda moyak to'qimasi operatsiya mikroskopi ostida tekshiriladi va spermatozoidlarni o'z ichiga olgan bir necha alohida seminifer tubulalar birdan chiqarib tashlanadi. Ushbu texnikaning standart testikulyar biopsiyaga nisbatan afzalliklari quyidagicha: Micro-TESE bilan:

- olingan spermatozoidlar soni (57% ga nisbatan 32%);
- olib tashlangan moyak to'qimalarining sonini kamaytiradi;
- testikulyar qon tomirlari aniqlangan, qon tomir jarohatlanish va moyakning boshqa joylariga shikast yetkazish xavfini kamaytirish.

IVF (in vitro urug'lantirish) ya'ni **EKU**(ekstrakorporal urug'lantirish.) bu bepushtlikni davolashning eng ilg'or va samarali usullaridan biridir. Usulning mohiyatini to'liq tushunish uchun bu atamani alohida tarkibiy qismlari ekstra (lotin extra- tashqaridan), korporal (lotin corpus - tana) dan tushunish kerak. Shunday qilib, sperma va tuxumlarning birlashishi ayol tanasining tashqarisida, laboratoriya sharoitlarida ("in vitro") paydo bo'ladi. Onaning tuxum hujayrasi va otaning spermatozoidlari maxsus muhitda joylashtiriladi, ular mustaqil yoki sun'iy ravishda bog'lanadi, keyin urug'lantirilgan tuxum homiladorlikning rivojlanishi bo'lgan ayolning bachadoniga implantatsiya qilinadi. IVF - bu juda murakkab jarayon bo'lib, u faqat yuqori malakali tibbiy amaliyotchilar nazorati ostida amalga oshiriladi va olti oygacha davom etishi mumkin.

BEPUSHTLIGI BO'LGAN BEMORLARNI TEKSHIRISHDA GINEKOLOGIK YORDAM KO'RSATISHDA HAMSHIRANING ROLI.

Hamshira akusherlik va ginekologiyada hamshiralik jarayonida ayollarga, oilasiga hayotining har xil davrlarida davolash – profilaktik yordam beradi, ko'ruv, tekshiruvlar, ginekologik bemorlarni reabilitatsiyasini olib boradi, ginekologik patologiyada parvarish va zarur bo'lgan yordamni ko'rsatadi.

Hamshira ayol va uning oilasiga nisbatan Maslahatchi, yordamchi bo'lib rol o'ynaydi. U hamshiralik jarayonining barcha etaplarini bajarishi kerak: birlamchi baxolashni o'tkazish, bemorlarni muammolarini ko'rsatishi, hamshiralik faoliyatini rejalashtirish, rejalashtirilgan parvarish bajarish, parvarishning joriy va yakunlovchi baholash ,hamshira jarayonini to'liq to'ldirish va muolajalarini o'tkazish.

Hamshira ginekologik kasalliklarning xavfli omillari, klinikasi, asoratlari va profilaktikasini bilishi, bemorni diagnostik muolajalariga tayyorlab bilishi kerak, xodim va bemorni infekstion xavfsizligini ta'minlashi kerak. Anamnez yig'ishda bundan oldin o'tkazgan ginekologik kasalliklari, xozirgi kasallik patologik jarayonni aniqlash kerak. Anamnez yig'ishda shu kasallikni boshlanishini, paydo bo'lish sabablari, uning rivojlanishini aniqlash kerak. To'g'ri yig'ilgan anamnez kasallik haqida tasavvur beradi, taxminiy tashxis qo'yishga imkon beradi, yakunlovchi tashxis esa faqat ob'ektiv tekshiruv asosida qo'yiladi.

“Bepushtlik”

Maqsad: talabalarga bemorni ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

Ta'minlanish: kushetka, qin ko'zgulari, ginekologik kreslo, steril qo'lqop, tonometr.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imida bukilgan holda yotibdi.

2. Shikoyatlari: muntazam jinsiy hayot kechirib 1 yil davomida homilador bo'lmasligi.

3. Kasallik anamnezi: kasallikni boshidan o'tkazgan abortlar, operatsiyalar hamda yallig'lanish kasalliklari bilan bog'laydi.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi, 17 yoshdan, 3-4 kundan, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q.

5. Umumiy ko'ruv: o'zgarishsiz

1. Qorni ko'ruvda: o'zgarishsiz

Perkussiyada: patologiya aniqlanmaydi.

7. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.

Kon umumiy analizi: o'zgarishsiz

UTT: bachadon ortiqlari surunkali yallig'lanishi kuzatiladi.

Diagnostik laparoskopiya: bachadon ortiqlari sohasida chandiqli jarayon yoki tuxumdonlar polikistozi va tuxumdonda xamda qorin bo'shlig'ida endomeroid o'choqlari aniqlanadi.

Ko'zgularda ko'ruv: qin shilliq qavati va bachadon bo'yni o'zgarishsiz.

Qin orqali tekshiruv: yallig'lanish alomatlari yoki jinsiy infatilizm aniqlanadi

8. Klinik diagnozni kuyish va asoslash dastlabki diagnoz va klinik - instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

9. Asoratlari: bachadondan tashqari homiladorlik bo'lishi va endokrin buzilishlar.

10. Differensial diagnostikasi: endokrin buzilishlar jinsiy a'zolar nuqsonli joylashishi, mutloq nisbiydan.

11. Operativ davolash

Diagnostik va davolash maqsadida laparoskopiya.

Jarrohlikdan keyingi davrda

Umumiy va mahalliy antibakterial terapiya
Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash

12. Reabilitatsion terapiya

13. Profilaktikasi: Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash.

Masala.

1. Bemor 27 eshda farzand yukligika shikoyat bilan keldi. Jinsiy xaet 23 eshdan. Eri soglom. 3 yildan burun ikki oylikda xomila o'zi-o'zidan tushgan edi. Tana harorati 38 S gradusga kutarilganva qorin pastida og'riq **bo'lgan**. Bir necha marta ortiqlar yallig'lanishidan davolangan.

Ginekologik kurikda uzgarishlar yuk.

Qanday tekshirish usullarini kullash kerak?

Bepushtlikning qanday formasi?

Davolash prinsiplari.

2. « Oila va nikox » poliklinikasiga 3 yil davomida homilador bo'lmayotganligiga shiqoyat kilib, er - xotin murojat kildi.

Diagnoz?

Olib borish taktikasi?

Qanaqa tekshiruvlar o'tkazish lozim?

Qayta murojat qilganda birinchi o'rinda qaysi analizlarni javobi bo'lishi kerak.

1. Birlamchi bepushtlik

2. Erkaklar bepushtligini tekshirib ko'rish kerak.

3. Ayolni funksional diagnostika testlari yordamida tekshirish kerak.

4. Ginekologik ko'ruvdan o'tkazish lozim.

5. 3 ta nuqtadan florani aniqlash uchun surtma olish kerak.

6. Ultratovush ma'lumotlari kerak.

7. Gisterosalpingografiya ma'lumoti kerak.

8. VAZIYATLIMASALA

9. Bemor A., 36 yosh. Bir marta ham homilador bo'lmagan, ayollar maslaxatxonasi shifokoriga hayz ko'rishning buzilishi va bepushtlik bo'yicha murojaat etgan. Hayz ko'rish 11 yoshdan, 60-120 kunda muntazam emas, og'ir kechadi va 7-10 kun davom etadi. 27 yoshda turmushga chiqqan, shu vaqtdan buyon jinsiy hayot kechiradi. Anamnezida ekstragenital kasalliklar yo'q.

10. Tashhis?

11. Shifokor qanday tekshiruvlarni tayinlashi lozim?

Amaliy ko'nikmalar.

1. Bepushtlik bilan ayolni tekshirish usullarini o'tkazish:

bazal temperaturani o'lchash;

ovulyatsiyani aniqlash;

bachadon naychalari o'tkazuvchanligini aniqlash uchun ginekologga yuborish.

UZI, GSG ni natijalarini to'g'ri tushunish.

2. Bemor erini urolog yoki androlog maslahatiga yuborish.

3. Normal spermogrammani bilish.

XI BOB

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI. DIAGNOSTIKASI, SKRINING TUSHUNCHASI

BACHADON BO'YNI VA TANASINING FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI SABABLARI, DIAGNOSTIKASI. SKRINING TUSHUNCHASI.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan ginekologik kasalliklarning 10-15% ni bachadon bo'yni kasalliklari tashkil etadi. Bachadon bo'yni raki hozirgi vaqtda keng tarqalgan bo'lib, yomon sifatli o'smalarning 12% ni tashkil qiladi. Bachadon bo'ynida patologik jarayonni kechishiga ko'ra fon va rak oldi kasalliklariga bo'linadi. Bachadon bo'ynida morfologik o'zgarishlar, kasallik klinik belgilari yuzaga chiqishidan ancha ertaroq sodir bo'lishi bizga ma'lum, buning natijasida esa 75% bemorlarda bachadon bo'yni o'smasi kasallikning kechki bosqichlarida tashxislanadi.

Ektoserviks (bachadon bo'ynining qin qismi) kasalliklari va o'zgarishlari fon kasalliklari deyiladi. Bunda epiteliyning normaplaziyasi saqlanadi. Epitelial hujayralar giperplaziyasi fon jarayonlariga xosdir. «Fon jarayonlari» degan termin aloxida rak oldi xisoblanmaydi, lekin shuning fonida bachadon bo'yni raki va displaziyasi rivojlanish ehtimoli bo'lgan, etiologik va morfologik manzarasi xar xil kasalliklarni o'z ichiga oladi. Fon va rak oldi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va rastional davolash profilaktik onkologik tadbirlar tizimining muhim qismi xisoblanadi.

Normada qin shilliq qavatining davomi bo'lib xisoblanadigan ektosterviks stromadan bazal membrana bilan ajratilib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan 5 qavatli xujayralardan tashkil topgan bo'lib, ma'lum tuzilishga, bir-biriga nisbatan joylashgan va bazal membranaga ega bo'ladi.

Servikal kanal bir qatorli silindrik epiteliy bilan qoplangan.

Ko'p qavatli yassi epiteliy endosterviksning stilindrik endostervikska o'tish joyi muhim ahamiyatga ega, chunki ko'pincha shu joyda xujayralarning atipik transformastiyasi yuzaga keladi. Tug'ish yoshidagi sog'lom ayollarda ko'p

qavatli yassi va stilindrik epiteliy chegarasi aslida tashqi bachadon bo'g'zi soxasida joylashadi. Qiz bolalar va tug'magan ayollarda bu chegara bachadon bo'ynining qin qismida joylashishi mumkin.

Bachadon bo'yni ushbu kasalliklarning paydo bo'lishi sabablari travmatik shikastlar, infitsirlanish, gormonal buzilishlar, autoimmun buzilishlar kiradi. Fon kasalliklarga ektopiya, ektropian, polip, endometrioz, leykoplakiya, eritroplakiya, papilloma, chin eroziya kiradi.

Xavf omillar

Ekzogen omillar

Abort va tug'ruq travmalari

Virus, xlamidiya, mikoplazma chaqiradigan yallig'lanish jarayonlari

kontrasepsiya va davo maqsadida qo'llaniladigan kimyoviy fizik omillar

Endogen omillar

yoshga bog'liq o'zgarishlar

Ichki sekretsiya bezlari kasalliklari

Immunologik holatning susayishi

Jinsiy omillar

Jinsiy hayotning erta boshlanishi

18 yoshgacha erta 1-homiladorlik

Jinsiy hamkorlarning tez-tez o'zgarishi

tug'ruqlar soni ko'pligi

Tasnif

Fon jarayon	Rak oldi jarayon	Preinvaziv rak (Carcinoma in situ)
ektopiya	CIN –cervix	Mikroinvaziv rak
ektropian	intraepithelial neoplasia oddiy	Invaziv rak
polip	yengil epithelial displaziya-	
endometrioz	CIN1	
eritroplakiya	O'rta darajalidisplaziya-	
leykoplakiya	CIN2	
papilloma	Og'ir darajali displaziya-	
yassi	CIN3	
kondiloma		

**Bachadon bo'yni o'smasining gistologik tasnifi:
(JSST 2003.)**

I. Bachadon bo'yni yassi hujayrasi yo'qolishi

1) Yaxshi sifatli yassi hujayrasi yo'qolishi

- yassi hujayra papillomasi
- kondiloma
- fibroz epiteliyli polip
- yassi hujayra metaplaziyasi
- yassi hujayra atipiyasi

2) Intraepitelial

- past daraja
- yuqori daraja
- leykoplakiya

II. Bachadon bo'yni bezining yo'qolishi

1) Yaxshi sifatli (endoservikal polip)

2) Displaziyasi

3) Adenokarsinoma

III. Bachadon bo'yni mezenximal o'smasi (leymiyoma)

IV. Bachadon bo'yni aralash o'smasi (adenomioma, adenofibroma)

V. Bachadon bo'ynining o'smasimon o'zgarishi – giperplaziya, polip, kista, endometrioz

VI. Boshqa bachadon o'smasi (dermoid kista)**VII. Bachadon bo'yni ikkilamchi o'smasi.****Bachadon bo'yni kasalliklarining kolposkopik tasnifi:****(Y.V.Koxanevich 1997.)****I. Bachadon bo'yni yaxshi sifatli fon kasalliklari:**

- Disgormonal jarayon
- posttravmatik jarayon
- Yallig'lanish jarayon

II. Bachadon bo'yni rak oldi kasalliklari:

- Displaziya
- Leykoplakiya
- Eritroplakiya
- Adenomatoz

III. Bachadon bo'yni raki:

- Klinik oldi rak
- Klinik rak

Bachadon bo'yni eroziyasi «eroziya» so'zi lotin tilidan olingan bo'lib, erosio - yuza shilinish deyiladi, ya'ni epitelial qoplam butunligining buzilishidir. Eroziya-bu bachadon bo'yni qin qismidagi patologik jarayon bo'lib, boshlang'ich bosqichlarida ko'p qavatli yassi epiteliy distrofiyasi, deskvamastiyasi bilan, so'ngra esa eroziyalangan yuzada stilindrik epiteliy rivojlanishi bilan ifodalanadi. Tug'ma eroziya, xaqiqiy eroziya va psevderoziyalar farqlanadi.

Tug'ma eroziya-ko'p qavatli yassi epiteliy bilan stilindrik epiteliy o'rtasidagi chegaraning tashqi bo'g'izidan tashqariga, tashqi bo'g'iz atrofiga siljishi bilan ifodalanadi. U yumaloq yoki noto'g'ri shaklda, och qizil rangda, silliq yuzali bo'ladi. Stervikal kanaldan patologik ajralmalar kuzatilmaydi. Ular asosan bolalik va o'smirlik yoshida bo'ladi.

Chin eroziya bachadon bo'yni qin qismining ko'p qavatli yassi epiteliysi shikastlanib ko'chishi, natijada esa yallig'lanish reakstiyali jaroxtat yuzasi (epiteliy nuqsoni) xosil bo'lishi bilan ifodalanadi. U asosan tashqi bo'g'iz atrofiga yoki bachadon bo'ynining orqa labida joylashadi. Eroziya och qizil rangda, noto'g'ri, biroz yumaloq shaklga ega bo'lib, ba'zan teGINGanda qonab ketishi mumkin. Kolposkopiya va mikroskopiyada yallig'lanish reakstiyasi belgilari aniq ko'rinadi. Haqiqiy eroziya qisqa vaqt davom etadigan jarayon

bo'lib, 1-2 xaftadan so'ng keyingi bosqichiga-psevdoeroziyaga o'tadi, shu sababli shifokorlar xaqiqiy eroziyani kamdan-kam aniqlaydilar.

Psevdoeroziyalar xaqiqiy eroziya negizida uzoq kechadigan patologik jarayon tufayli xosil bo'ladi. Ko'p qavatli yassi epiteliy nuqsoni o'rmini stervikal kanal shilliq qavati bir qavatli stilindrik epiteliysi qoplaydi. Tashqi bo'g'iz atrofida joylashib, noto'g'ri shaklga, duxobasimon yoki notekis yuzaga, qizil rangga ega bo'ladi.

Psevdoeroziyaning quyidagi ko'rinishlari mavjud:

Papilyar psevdoeroziya – bunda qo'shuvchi to'qimada so'rg'ichlar paydo bo'ladi.

Follikulyar psevdoeroziyada – bezlar to'qima tubigacha o'sib kiradi.

Bachadon bo'yni polipi- bachadon bo'yni shilliq qavatining o'suvchi, oyoqchaga ega, ko'p qavatli yassi epiteliy yoki silindsimon epiteliy bilan qoplangan hosila. Polipning quyidagi turlari bor:

-*Oddiy polip* - bezli yoki bezli-fibrozli bo'lib, proliferatsiya jarayoni kuzatilmaydi

-*Adenomatoz polip* – bezli hosila bo'lib, proliferatsiya xususiyatiga ega. Chegaralangan va tarqoq bo'lishi mumkin.

Papilloma bachadon bo'yni sohasidagi ko'p qavatli yassi epiteliyning o'choqli ekzofit o'sishi natijasida hosil bo'ladi. Qin ko'zgusi yordamida ko'rilganda xuddi ekzofit o'smaga o'xshab ko'rinadi. Papilloma pushti yoki oq rangda bo'lib, atrofidagi to'qimalardan aniq ajralib turadi.

Rak oldi kasalliklari - jinsiy a'zolar epiteliysining atipik o'sishi, o'choqli noinvaziv proliferatsiyasi, hujayra atipizmi bilan harakterlanadi.

Etiologiyasi: bu jarayon hujayralarning ikkita xususiyati orqali rivojlanishi mumkin.

1) **Ektopiya**- yassi epiteliy shikastlanishi yoki yallig'lanishi tufayli uning o'rniga servikal kanalning silindsimon epiteliysi ko'chadi.

2) **Metoplaziya** - yassi epiteliy hujayralarining boshqa hujayraga aylanishi

Displaziya – hujayra normal strukturasi buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Displaziya 40-64 % hollarda preinvaziv karsinomaga, 15% hollarda mikrokarzinomaga o'tadi. Akantoz, giperkeratoz, parakeratoz, mitotik aktivlikning oshishi, hujayra strukturasi buzilishi (yadro polimorfizmi, vakuolizatsiya) displaziyaga xos xususiyatlar hisoblanadi.

Displaziya darajalari:

I daraja- epiteliy qavatining 1/3 qismini qamrab oladi.

II daraja- epiteliy qavatining 1/3- 2/3 qismini qamrab oladi.

III daraja- epiteliy qavatining 2/3 qismidan ko'prog'ini qamrab oladi.

Leykoplakiya - ko'p qavatli yassi epiteliyning muguzlanishi yoki giperkeratozi. Makroskopik ko'rganda klitor sohasida, kichik jinsiy lablarda, ba'zan oraliq sohasida tashqi chiqaruv yo'li atrofida, shuningdek qinda va bachadon bo'ynining qin qismidahar xil diametrdagi oq dog'lar bo'ladi.

Bachadon bo'yni kondilomasi- ko'p qavatli yassi epiteliyning akantoz tipdagi anomaliyasi. Etiologiyasi : genital herpes, odam papillomasi virusi.

Eritroplakiya - bachadon bo'yni shilliq qavati diskeratozi, yuqqalashishi.

Krauroz hamrak oldi kasalliklar guruhiga kirib asosan qarilik yoshida ko'p uchraydi. Makroskopik kuzatganda tashqi jinsiy a'zolar pergament bargini eslatadi. Ostium vaginae bujmaygan, skleroz va atrofiyaga uchragan bo'ladi. Katta jinsiy lablarda tuklanish yo'qoladi va rangi sut rangiga o'xshash oqish bo'lib qoladi.

BACHADON TANASINING FON VA RAK OLDI KASALLIKLARI

Endometriyning patologik xolatlari fon jarayonlari (endometriy poliplari, bezli giperplaziya) va rak oldi kasalliklari (atipik giperplaziya) deb farqlanadi.

Endometriy rak oldi kasalligi xujayra elementlari atipiyasi, ularning polimorfizmi bilan ifodalanadi. Endometriyning rak oldi o'zgarishlari quyidagi termin bilan tariflanadi: «atipik bezli giperplaziya», «adenomatoz», adenomatoz giperplaziya, «preinvaziv rak».

Rak oldi giperplastik jarayonlari 10% bemorlarda endometriy rakiga o'tishi (turli mualliflar bo'yicha 2% dan 50%gacha), ba'zan uzoq vaqt persistenstiyasi, bazan esa so'rilib ketishi mumkin.

Etiologiyasi: Giperestrogeniya, semirish, giperglikemiya.

Klinikasi: Endometriy rak oldi kasalligi bo'lgan bemorlar ko'p xollarda hech nimadan shikoyat qilmaydilar. Ko'pincha kasallik bachadon bo'yni polipi, mioma va boshqa patologiyalar tufayli diagnostik qirish vaqtida aniqlanadi.

Turli shakldagi giperplastik jarayonlarning simptomlari nisbatan bir xil bo'ladi. Asosan jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar kelishidan shikoyat qilinadi.

Diagnostikasi:

1. Anamnez:
2. Birlamchi ko'zdan kechirish.
3. Aspirastion biopsiya.

4. Gisteroskopiya, gisterografiya.

Endometriy polipida qindan shilliqli qon aralash oqchilli ajralmalar ajraladi, asiklik hayz siklining buzilishi, kontakt qon ketishlar kuzatiladi. Polipning nekrozi va infitsirlanishi ham uchrab turadi. Davolashda polipni qirib olinadi va gistologik tekshirishga yuborilishi kerak.

Endometriyning bezli gipertrofiyasi organizmda esterogenlar miqdorining oshishi, uzoq vaqt davomida esterogenlarning endometriyga ta'siri va tuxumdon gormoni ta'siri natijasida kelib chiqadi. Klinikasida ko'p qon ketish kuzatiladi. Diagnostikasida usha sohadan olingan bioptat gistologik tekshiriladi.

Bachadon raki 40-50 yoshdan va undan katta ayollarda uchraydi. Uning ekzofitli, endofitli, aralash formalari bor. Ekzofitformasi gulli karamni eslatadi va butun qinni egallaydi. Rakning bu ko'rinishida yemirilishdan ko'ra proliferatsiya jarayonlari ustun turadi. Endofitformasi bachadon devorining ichiga qarab o'sadi va rakning bu ko'rinishida yemirilish jarayonlari ustun turadi. Bachadon bo'yni bochka ko'rinishini olib, kratersimon yaralar paydo bo'lib, bachadon bo'ynidan asiklik qon ketishlar paydo bo'ladi.

Klinikasida dastlab bemorlarni hech nima bezovta qilmaydi. Keyinchalik oqchil va kontakt qon ketishlar kuzatiladi. Suvli oqchil bu kasallikning signal simptomi hisoblanadi.

Bachadon tanasi raki 50 yoshdan katta ayollarda uchraydi. Klinikasida qon ketish, sutli, yiringli, qonchil oqchilning kelishi va og'riq (metastaz berganda) kuzatiladi va bu holat juda sekin rivojlanadi. Bemorda shikoyatlar paydo bo'lguncha 2 yil o'tadi.

Diagnostika quyidagi usullarda olib boriladi:

- Qin oynalarida tekshirish
- Qin va to'g'ri ichak orqali tekshirish
- sitologik tekshirish (PAP, mikroskopiya, Romonovskiy-Gimza)
- Kolposkopiya (kengaytirilgan kolposkopiya Shiller sinamasi bilan birgalikda o'tkaziladi.)

Shiller sinamasi paxtali tampon bilan bachadon bo'yni lyugol eritmasi bilan artiladi. O'zgarmagan shilliq qavat yodning glikogen bilan birikishi natijasida to'q jigar rangga bo'yaladi. Patologik o'zgargan sohalar (psevdorziya, leykoplakiya, giperkeratoz) rak hujayralari lyugol eritmasi bilan bo'yalmaydi va chegaralangan oq dog' ko'rinadi, xolos.

- Nishonli biopsiya

- Gistologik tekshirish

Davolash bosqichma-bosqich amalga oshiriladi:

I-bosqich

• -antibakterial va virusga qarshi terapiya- bachadon bo'yni yallig'lanishining klinikasi va laborator belgilari bo'lganda qo'llaniladi.

• -gormonal terapiya : silindsimon epiteliy ektopiyasi disgormonal harakterga ega bo'lganda AOKlar beriladi.

-estrogen-gestagenli AOKlar hayz siklining 5-kunidan 25-kunigacha beriladi (*marvelon, mersilon, logest, femoden, rigevidon*)

-gestogenli preparatlar 14-16- kundan 25-kungacha beriladi. (*dyufaston* 20 mg/ sutka, *orgametril* 0,005g/sutka, *utrojestan-200-300mg/sutka*)

- -immunomodulyator

II-bosqich

- biotsenozni tiklash (*laktobakterin, laktovit, lineks*)

III-bosqich

•jarrohlik davo- ikki xil usulda amalga oshiriladi.

•1) To'qimani yo'qotuvchi jarrohlik usullar:

•-lazer

•-bachadon bo'yni deatermokonzatsiya

•-bachadon bo'yni amputatsiyasi

•-gisterektomiya

•2) lokal to'qima destruksiyasini yuzaga keltiruvchi jarrohlik usullar:

•-diatermokoagulyatsiya

•-kriodeskruksiya

•-ximiodestruksiya.

Diatermokoagulyatsiya-elektrli destruksiya. Diatermokoagulyatsiya yaxshi sifatli fon kasalliklari va bachadon bo'ynining og'ir bo'lmagan deformatsiyasi va gipertrofiyasida qo'llaniladi. Uning quyidagi turlari farqlanadi:

a) monoaktiv- bitta elektrodli

b)bipolyar- ikkita elektrodli

c) bioaktiv- elektrolit eritmasi

Lazerli destruksiya- yuqori energetik lazerlardan foydalaniladi. Quyidagi hollarda qo'llaniladi: soxta eroziya, leykoplakiya, kondiloma, polip, retension kista.

Kriodeskruksiya

-Past haroratli ta'sirda to'qimalar destruksiyasi

-Kriokoagulyatsiya kontakt usulda amalga oshiriladi, muzlatuvchi agent sifatida suyuq gazlardan azot va uning chala oksidi, Freon, karbonat kislota, ultratovush, elektromagnit nurlanish, radioaktiv izotoplar bilan ta'sir etishdan foydalaniladi. Krioplikatsiya 3-4 min qo'yiladi.

Ximiodestruksiya- kimyoviy eritmalar yordamida davolash, buning uchun quyidagi eritmalardan foydalaniladi:

-*Solkovagin*-suvli eritma bo'lib tarkibida azot, sirka kislota, rux nitrat bor. 3-5 kun davomida qilinadi.

-*Vagotil*- 36%li eritmasi shimdirilgan tampon 3 minut davomida eroziya sohasiga qo'yiladi. 1 haftada 2-3 marta amalga oshiriladi.

Diatermokonzatsiya- elektrojarrohlik usul hisoblanadi. Bunda bachadon bo'ynining patologik o'zgargan to'qimasi konussimon kesiladi. Quyidagi asoratlar kuzatilishi mumkin: qon ketish, metaplaziya, hayz sikli buzilishi, endometrioz.

IV-bosqich

•operatsiyadan keyingi terapiya

V-bosqich

•dispansirizatsiya, realibitatsiya

Reproduktiv yoshdagi bemorlarda endometriyninig takrorlanuvchi bezli giperplaziyasi va polioplariida davolash qon ketishini to'xtatish va xayz stiklini shakllantirishga qaratilgan. Qon ketishini to'xtatish uchun stiklik tartibda estrogenlar va progesteragenlar kombinatsiyasi 6-8 stikl davomida beriladi. Homiladorlikdan saqlovchi steroid vositalar: regividon 6-4 tabletkadan kuniga 2-3 marta qo'llaniladi. Qon to'xtagandan so'ng ularning miqdori sutkasiga 1 tabletkagacha kamaytirilib, davolash 21 kun davom ettiriladi.

Qon to'xtatish uchun estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda OPK ni 250 mgdan 3-8kun davomida xar kuni mushak orasiga yuborish mumkin.

Estrogen va progesteronlar tayinlash yo'li bilan xayz stiklini to'g'ri shakllantirishga erishish mumkin. Stiklning 2 - kunidan 12 - 14 kun davomida dietilstilbestrol 0,5 mgdan kuniga 2 marta 14 - 16kun OPK 250 mg dan. Estrogenlarni qo'llashga monelik bo'lganda faqat OPK ni 250 mgdan stiklning 14-16 kunlari m/o ga yuborish mumkin.

Klimakterik va erta postmenopauza yoshidagi ayollarda endometriy polioplari va bezli kistoz giperplaziyasida gormonal terapiya OPKni 500 mgdan

1 haftada davomida 2 marta m/o ga qon to'xtaguncha yuborish, so'ngra 3 oy davomida 250 mg dan 1 haftada 1 marta qo'llash samara berishi mumkin.

Bunday bemorlarga androgenlar berish mumkin - sustanon 250 mg dan 1 oyda bir marta yoki testosteron propionatni 50 mgdan qon ketishi to'xtaguncha 1 haftada 2 marta.

Poliplarni olib tashlash yo'li bilan davolashning samaradorligiga erishish mumkin.

Yosh bemorlarda endometriyning atipik giperplaziyasini davolashda OPK yoki depo - proverani qo'llash to'g'ri bo'ladi. OPK-1, 2oyda 500 mg dan m/o ga 1 haftada 3 marta, 3 va 4 oyda – 500 mgdan 1 haftada 2 marta, 5 va 6 oyda esa 500 mg dan 1 haftada bir marta. Depo–provera 500 mgdan 6 oy davomida xar 7-10 kunda 1 marta qilinadi.

Gormonal davolash to'liq dasturi tugagandan so'ng aspirastion biopsiya, gisteroskopiya, bachadon bo'shlig'ini total qirish so'ng gistologik tekshirishga ko'rsatma bo'ladi.

Amaliy ko'nikmalar.

Klinik va laborator tekshirish usullari, kasallik tarixi, umumiy tekshirish, ginekologik kuzgular erdamida kurish, qin va to'g'ri ichakdan ko'rish, Lyugol bilan tekshirish, qin surtmasining stitologiyasi, kolposkopiya, biopsiya, bachadon stervikal bug'iz va tanasidan qirma olish kerakligini, UTT o'tkazishni bilish kerak. Davo usullari - eroziya davolash, jarrohlik, nur, gormonal va kime preparatlarni o'z urnida foydalanishni bilish kerak.

Lyugol eritmasida sinama

Maqsad: bachadon bo'yni epiteliysidagi patologik o'zgarishlarni aniqlash, xamda biopsiya qilish uchun joy tanlash.

Ko'rsatma: bachadon bo'yni rak oldi va rak kasalliklari (poliplar, eroziyalar)

Ta'minlanishi: qin ko'zgulari, pinstet, paxta, Lyugol eritmasi.

Ko'zgular:

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

2. Bachadon bo'yni ko'zgularda ochiladi.

3. Bachadon bo'yni shilliqdan tozalanadi.

4. Bachadon bo'yni yuzasiga Lyugol eritmasiga byktirilgan tampon qo'yiladi.

5. Bir daqiqa o'tgach tampon olib tashlanib, to'qimalar rangi baxolanadi.

6. Etarlicha glikogen saqlovchi o'zgartmagan epiteliy bir tekisda to'q - jigir rangga bo'yaladi - yod pozitiv uchastka.

7. Patologik uchastkalar to'q jigir rangga bo'yalgan fonda och dog'li yoki umuman bo'yalmagan – yodnegativ uchastkalar aniqlanadi.

8. Yodnegativ uchastkalar rak kasaliga, shubxa qilinib biopsiya qilinadi va gistologik tekshiruvdan o'tkaziladi.

9. Mazkur tekshiruv birinchi marta murojat qilgan va ayniqsa bachadon bo'yni eroziyasi mavjud barcha ayollarda o'tkaziladi.

Bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish texnikasi

Maqsad: endometriy xolati diagnostikasi, bachadon bo'shlig'idan xomila qismlari va endometriyni olib tashlash.

Ko'rsatma: bachadondan disfunktsional qon ketishlar, bachadon miomasi, endometriy fon va rak oldi kasalliklari, abort.

Ta'minlanishi: ginekologik kreslo, 70%li etil spirti, qin ko'zgusi, qisqichlar, bachadon zondi, qirg'ichlar, fiziologik eritma, formalin.

Qadamlar:

1. Ayol ginekologik kresloda oyog'ini tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilgan xolatda yotadi, bimanual tekshiruvda bachadon xolati aniqlanadi.

2. Lidokain, novokain yoki tomirga kalipsol yuborib og'riqsizlantiriladi.

3. Tashqi jinsiy a'zolar va qinni 70 gradusli etil spirti bilan artiladi.

4. Qinga ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi va bachadon bo'yni tashqi bo'g'izi 70 gradusli spirt bilan artib tozalanadi.

5. Bachadon bo'yni oldinigi labiga qisqich qo'yiladi.

6. Bachadon zondi yordamida bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.

7. Qirg'ichlar bilan bachadon bo'shlig'ini, bazal qavatini jaroxatlamasdan qirib olinadi.

8. Olingan qirmaning fiziologik eritmada yuvib idishga formalin solib gistologik tekshiruvga yuboriladi.

9. Qisqichlar olinib stervikal kanal va qin spirtida artilib ko'zgular chiqarib olinadi.

10. Ayolni katakda palataga o'tkaziladi.

Masalalar

1. 48 yoshli aelda profilaktika ko'rigidan o'tkazilganda bachadon bo'ynidan olingan surtma tekshirilganda atipik xujayralar borligi aniqlangan. Tashxis nima? Shifokor rejasi qanday?

2. 52 yoshdagi ayol qorin pastida ezuvchan doimiy og'riqlardan shikoyat qilib kelgan. xayz ko'rish 13 yoshdan, muntazam xar 21 kunda 7 kundan. 10 yil mobaynida surunkali gepatoxolestistit kasaliga chalingan. Keyingi 15 yil ichida tana vaznining ancha oshganini sezdi. So'nggi ikki yil ichida xayz ko'rish 1,5-2 oy ichida 10 kundan, juda ko'p keladi, ba'zida xayz kurish orasida qon aralash surtma keladi.

Ko'zgularda va qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni stilindrsimon shaklda, tashqi og'zi tirqishsimon, bachadon tanasi juda zich, tashqi qavati notekis, kattaligi 8 haftalik xomiladorlikka teng, anteverzio - antefleksio xolatida turibdi. Bachadon ortiqlari o'zgarishsiz, chanoq devorlari bo'sh, oqmalar qon aralash, oz miqdorda.

Tashxisi. Shifokor rejasi.

STATSIONARDA GINEKOLOGIK BEMORLARNI

OLIB BORISH STANDARTLARI

Nazologik kod MKB-10	Simptomlar	Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va diagnostik tekshirishlar hajmi	Davolash va reabilitatsiya
Bachadon nayi va tuxumdonlar absessi (tuboovarial) №70	-Qorinning pastki sohasida og'riq -Intoksikatsiya simptomlari	-Anamnez -umumiy ko'rik ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV Qon guruhi, Rh omil -Ajr Alma tahlili -Ajr Alma ning bakteriologik tahlili -qonning biokimyoviy tahlili -koagulogramma -qondagi glyukoza miqdori -kichik chanoq a'zolari UTT si -EKG -ko'krak qafasi rentgenogrammasi -xirurg, terapevt, anesteziolog maslahati	Laporatomiya yoki laporaskopiya: bachadonni zararlangan sohasini yoki absessni olib tashlash, qorin bo'shlig'ini drenajlash. Keng qamrovdagi antibiotiklar bilan antibakterial terapiya. Reabilitatsiya: fizioterapiya
O'tkir salpingit va oforit №70.0	Belva qorinning pastki sohasidagi og'riq	-Anamnez -umumiy ko'rig -ginekologik ko'rig -umumiy qon tahlili -umumiy siydik tahlili	Konservativ terapiya Antibakterial davo Tavsiya qilingan rejim

	<p>-tana haroratining oshishi, umumiy holsizlik, menometroragiya menstrual siklning buzilishi, dismenariya -psixoemotional buzilishlar. -libidoning o'zgarishi, anorgazmiya, v aginizm, dispareuniya -siydikni tuta olmaslik -ajralma: ko'p hollarda shilliq-yiringli, shilliq</p>	<p>-ajralma tahlili -ajralmaning bakteriologik tekshiruvi antibiotiklarga -biokimyoviy qon tahlili -koagulogramma -(C) reaktiv oqsil -kichik chanoq a'zolari UTT si -termometriya</p>	<p>.ftorxinolin 2-3 avlod+metronidazole 500mg 1sutkada 3mahal .amoksitsilinklavulan t 1.2 g har 8-12 soatda (tomir ichiga astalik bilan inyeksiya qilish yoki tomchilatib 30-40 min)+doksatsilin 100mg 1sutkada 2mahal (per os) .linkozamid (klindomitsin yoki linkomitsin)+aminoglikozidlar (yuqori dozada gentamitsin 2mg\kg, keyin 1.5mg\kg 1sutkada 3mahal, ba'zi hollarda sutkalik dozani kamaytirish mumkin) va metronidazole -infuzion terapiya (ko'rsatmaga qarab) -antigistamin preparatlar -NPVP Reabilitatsiya: fizioterapiya</p>
<p>Ayollard a chanoq bo'shlig'i dagi o'tkir peritonit</p>	<p>-qorinning pastki qismida kuchli og'riq -qorinning ta'sirlanish simptomi</p>	<p>-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili</p>	<p>.Konservativ davo: Antibakterial davo (ikki xildan kam bo'lmagan antibiotiklar bilan.)</p>

<p>(Pelviope ritonit) №73.3</p>	<p>-jinsiy a'zoldan yiringli ajralmaning kelishi -Intoksikat siya belgilari</p>	<p>-Ajralma tahlili -ajralmaning antibiotiklarga chidamliligini bakteriologik tekshirish -Kichik chanoq a'zolarining UTTsi -Termometriya -(C) reaktiv oqsil -Qonning biokimyoviy tahlili -Koagulogramma -Xirurg maslahati</p>	<p>-antigistamin preparatlari -dezintoksikatsion terapiya -NPVP -Infuzionnaya terapiya Davo samarasiz bo'lmaganda- jarrohlik davo: laporatoriya yoki laporaskopiya -qorin bo'shlig'ini drenajlash va sanatsiya qilish Reabilitatsiya: fizioterapiya</p>
<p>Barolin bezlarini ng kistasi №75.0</p>	<p>-katta va kichik lablar sohasidagi og'riq -tug'ruq hissi -jinsiy yaqinlikdagi diskomfort</p>	<p>-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Koagullogramma -EKG -Anesteziolog maslahati</p>	<p>Jarrohlik davo: -kimyoviy preparatlar bilan kista kapsulasini koagulyatsiya qilish va bartolini kistalarini ochib olib tashlash</p>
<p>Bartolini bezleri absessi</p>	<p>-oralik sohasiga irradiatsiyala</p>	<p>-Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish</p>	<p>-Jarrohlik davo: absessi drenajlash va ochish</p>

<p>№75.1</p>	<p>nuvchi katta va kichik lablar sohasidagi pulsatsiyala nuvchi og'riq -jinsiy yaqinlikdagi discomfort -intoksikat siya belgilari</p>	<p>-Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Koagullogramma -EKG -Anesteziolog maslahati</p>	<p>-Antibakterial davo -Antigistamin preparatlari -NPVS</p>
<p>Bachadon endometrioz №80.0</p>	<p>Asosiy belgilar: hayz sikliga bog'liq qorinning pastki sohasidagi og'riq. -dismennoreya -disuriya -dispaneuriya -disxeziya (defekatsiya aktining qi-yinlashuvi) -surunkali chanoqdagi og'riq. -Hayz sikli funksiyasini buzilishi: -kuchayib boruvchi algodismenoreya -menometro</p>	<p>-Anamnez ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy qon tahlili -Umumiy siydik tahlili -Ajralma tahlili -Ajralmaning bakteriologik tahlili -Gepatit C, RW, HbAg, OIV -Qon guruhi, Rh omil -Koagullogramma -Qondagi qand miqdori -Kichik chanoq bo'shlig'I a'zloraning UTTsi -EKG, EXO-KG -Ko'krak qafasining rentgen tasviri -doplerometriya -onkolog va xirurg ko'rsatmasiga ko'ra terapevt va anesteziolog maslahati</p>	<p>Jarrohlik davo: -endometriodli o'choqlarni gisteroskopiya bilan koagulyatsiya qilish -laporatomiya yoki laporaskopiya -total gisteroektomiya -servikal kanalni ochish bilan subtotal gisterektamiya -ambulator sharoitda konservativ davo -NPVP Reabilitatsiya: poliklinikalardagi standartga qaralsin</p>

	ragiya -aloqa mahalidagi qonli ajralma, hayz sikli va hayz siklidan keyingi qonli ajralma -chanoq a'zolar funktsiyasini buzilishi -reproduksi yaning buzilishi-bola tashlash yoki bepushtlik		
Tuxumd onlar endomet rioz №80.1	-har xil intensivlik da chanoqdagi og'riqlar dispareuniya -hayz siklining buzilishi bepushtlik	Anamnez -Umumiy ko'zdan kechirish -Ginekologik ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA- 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG	Jarrohlik davo: Laporaskopiya yoki laporatoriya: -tuxumdom kistalarini burash, tuxumdonlar rezeksiyasi -endometrioz o'choqlarining termokoagulyatsiyasi Reabilitatsiya: poliklinikalardagi standartga qaralsin

		-ko'krak qafasining rentgenografiyasi -onkolog, terapevt, anesteziolog maslahati	
Sistoseli № 81.1	-siydikni tuta olmaslik, kam miqdorda siyish -jinsiy aloqa paytida og'riqlar yoki noxushlik hissi -oraliq sohasida yot jism va og'irlik hissi	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)	Jarrohlik davo: -siydik qopi va siydik yo'lini fassiyaga mustahkamlash old kolporafiyasi bilan
Qin va bachadonning qisman tushishi (bachado	-bel va qorin pastki sohasidagi og'riq -qo'shni a'zolar funksiyasining	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili	Jarrohlik davo: -siydik qopi va siydik yo'lini fassiyaga mustahkamlash old kolporafiyasi bilan, orqa

<p>n bo'ynin g tushishi, qinning tushishi 1-2 darajasi) 81.2</p>	<p>buzilishi oraliq sohasida og'irlik hissining bo'lishi</p>	<p>-Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)-anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>kolpoperiniolevatorpl astika -kerak bo'lganda ventrofiksatsiya</p>
<p>Qin va bachadon ning to'la tushishi 81.3</p>	<p>-bel va qorinning pastki sohasida og'riq -qo'shni a'zolar funksiyasini buzilishi -jinsiy a'zolar sohasida og'irlik hissining bo'lishi</p>	<p>-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori</p>	<p>-konservativ davo: Mahalliy estrogenlar, qin sohasiga plastic halqalar yoki pessari qo'yish jarrohlik davo: -qin gisterektomiyasi, -siydik qopi va siydik yo'lini fassiyaga mustahkamlash old kolporafiyasi bilan, orqa kolpoperiniolevator plastika</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati 	
Rektoselli 81.6	Jinsiy aloqa paytida og'riqlar yoki noxushlik xissining bo'lishi Defekatsiya akti mahalida qiynchilik	<ul style="list-style-type: none"> -Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi 	Jarrohlik davo; -kolpoperniorafiya levatoroplastika bilan

		-kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt, proktolog maslahati	
Gematokolpos (qizlik pardasi ning zararlanishi bilan) 89.7	-hayz sikliga bog'liq tarqaluvchi qorin pastki sohasidagi og'riqlar	-Anamnez Ko'zdan -Umumiy Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	Jarrohlik davo: -qin sohasini drenajlash, jarohat atroflarini tikish, gematokolposni bo'shatish va qizlik pardasini ochish
Tuxumd onlarning	Simptomsiz kechishi ham mumkin, qorin	Anamnez Ko'zdan -Umumiy Kechirish	-tuxumdon kistasi kapsulasini laparoskop

<p>follikulyar kistasi 83.0 Tuxumdonlar sariq tanasida gi kistalar 83.1</p>	<p>pastki simillovchi og'riq, hayz siklining buzilishi. Asorat berganda kelib chiqadigan shikoyatlar: kapsulaning yorilishi, yiringli va zararlangan kapsula (qattiq qorin)</p>	<p>-Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajrالmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>yordamida ochish, kista kapsulasini tekshiruv orqali olib tashlash -reabilitatsiya: KOK 3-6 oyligida</p>
<p>Tuxumdonlar polikistoz E28.2</p>	<p>Hayz siklining buzilishi. Anovulyator bepushtlik</p>	<p>-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajrالmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma</p>	<p>Jarrohlik davo: Laparoskop yordamida: -tuxumdonlar kauterizatsiyasi -tuxumdonlar drilling Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTT si -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, RAR-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati 	
Keng birikmali embrional kista (parovarial kista) Q50.5	Bola tashlash, bepushtlik	<ul style="list-style-type: none"> -Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG 	Jarrohlik davo: Laparoskop orqali -paraovarial kistaning kapsulasini ochish

		<p>-ko'krak qafasining rentgenografiyasi</p> <p>-kolposkopiya, PAP-surtmasi</p> <p>-doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)</p> <p>-anesteziolog va terapevt maslahati</p>	
<p>Tuxumd on yaxshi sifatli o'smasi D 27.1</p>	<p>-hayz sikliga bog'liq bo'lmagan cho'ziluvchi bir tomonlama qorinning pastki sohasiga tarqaluvchi og'riq.</p> <p>-hayz siklining buzilishi</p> <p>-bepushtlik</p> <p>-pollakiuriya va meteorizm</p> <p>-qorin o'lchamlarining kattalashuvi</p> <p>Asoratlari</p> <p>-o'tkir qorin simptomlar, o'smaning aylanishi, tomirlarni qisilishi, ishemiya va nekroz.</p> <p>Belgilersiz kechadigan turi</p>	<p>-Anamnez</p> <p>-Umumiy Ko'zdan Kechirish</p> <p>-Ginekologik Ko'rik</p> <p>-Umumiy Qon Tahlili</p> <p>-Umumiy Siydik Tahlili</p> <p>-Ajralma Tahlili</p> <p>-Ajralmaning Bakteriologik Tahlili</p> <p>-Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv</p> <p>-Qon Guruhi, Rh Omil</p> <p>-Koagullogramma</p> <p>-Qondagi Qand Miqdori</p> <p>-Qonning Biokimyoviy Tahlili</p> <p>-Onkomarkerlar (CA 125, HE-4)</p> <p>-kichik chanoq a'zolarining UTTsi</p> <p>-EKG, EXO-KG</p> <p>-ko'krak qafasining rentgenografiyasi</p> <p>-kolposkopiya, RAR-surtmasi</p> <p>-doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)</p> <p>-anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>Jarrohlik davo:</p> <p>Laparotomiya yoki laparoskopiya:</p> <p>-sistektomiya</p> <p>Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin</p>

<p>Bachadon tanasi poliplari 84.0</p>	<p>Hayz siklidan oldin yoki hayz sikli mahalida qonli ajralmalar bepushtlik metroragiya</p>	<p>-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>Maqsadga muvofiq: gisteroskopiya -polipni olib tashlash va polip qoldiqlarini koagulyatsiya qilish -servikal kanal va bachadon tanasini alohida diagnostic maqsadda qirib olish Qirgandan so'ng: gistologik tekshiruv natijasiga qarab yoshini hisobga olgan holatda gormonoterapiya: 6-oy davomida KOK preparatlari bilan yoki siklning 11-kunidan 25-kunigacha gestogen orqali, yallig'lanish a'lomatlarida antibacterial terapiya. 6 oy davomida dispenser nazorati, har 3 oyda retsidiv berish xavfi tufayli UTT -retsidivlangan endometriy polipozida jarrohlik davo: -gisterektomiya qo'shimcha qismi bilan(ko'rsatmaga ko'ra)</p>
--	---	---	--

<p>Bachadon bo'yni polipi 84.1</p>	<p>Hayz siklidan oldin yoki hayz sikli mahalida qonli ajralmalar -bepushtlik -metroragiya</p>	<p>-Anamnez Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>-bachadon bo'yni shilliq qavatini va bachadon tanasini diagnostik maqsadda qirish, polipni olib tashlash -polip qoldiqlarini koagulyatsiya qilish Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin</p>
<p>Bachadon ichi sinixeyil ari (Asherman sindromi) 85.6</p>	<p>Bachadonning ikkilamchi aminoreyasi -bepushtlik</p>	<p>-Anamnez Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili</p>	<p>Gisterorezektoskopiya, VMS qo'yish. endometriyani diagnostic maqsadda qirilganda sinixiyaning buzilishi</p>

		<p>-Ajrалmaning Bakteriologik Tahlili</p> <p>-Gepatit C, Rw, Hbsag, Oiv</p> <p>-Qon Guruhi, Rh Omil</p> <p>-Koagulloqramma</p> <p>-Qondagi Qand Miqdori</p> <p>-Qonning Biokimyoviy Tahlili</p> <p>-Onkomarkerlar (CA 125, HE-4)</p> <p>-kichik chanoq a'zolarining UTTsi</p> <p>-EKG, EXO-KG</p> <p>-ko'krak qafasining rentgenografiyasi</p> <p>-kolposkopiya, PAP-surtmasi</p> <p>-doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)</p> <p>-anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>-6-oy davomida siklik gormonoterapiyani buyurish</p> <p>Reabilitatsiya: fizioterapiya</p>
<p>Bachadonning shilliq osti miomasi D 25.0</p>	<p>Menorragiya (giperpolimenoraya)</p> <p>Metrorragiya algomenariya, anemiya alomatlari, qorinning pastki sohasida qisuvchi og'riq</p>	<p>-Anamnez</p> <p>-Umumiy Ko'zdan Kechirish</p> <p>-Ginekologik Ko'rik</p> <p>-Umumiy Qon Tahlili</p> <p>-Umumiy Siydik Tahlili</p> <p>-Ajrалma Tahlili</p> <p>-Ajrалmaning Bakteriologik Tahlili</p> <p>-Gepatit C, Rw, HbSag, Oiv</p> <p>-Qon Guruhi, Rh Omil</p> <p>-Koagulloqramma</p> <p>-Qondagi Qand Miqdori</p>	<p>Jarrohlik davo:</p> <p>-submukoz tugunni gisterorezektoskopiya</p> <p>-bachadon tomirlarini embolizatsiyasi</p> <p>Laparotomiya yoki laparoskopiya:</p> <p>-qoldiqlarsiz subtotal gisterektomiya (yoki ko'rsatmaga ko'raqoldiqli)</p> <p>-qoldiqlarsiz total gisterektomiya (yoki</p>

		<p>-Qonning Biokimyoviy Tahlili</p> <p>-Onkomarkerlar (CA 125,HE-4)</p> <p>-kichik chanoq a'zolarining UTTsi</p> <p>-EKG, EXO-KG</p> <p>-ko'krak qafasining rentgenografiyasi</p> <p>-kolposkopiya, PAP-surtmasi</p> <p>-doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)</p> <p>-anesteziolog va terapevt maslahati</p>	<p>ko'rsatmaga ko'ra qoldiqli)</p> <p>Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin</p>
<p>Bachadonning intramural leomiyo masi D25.1</p> <p>Bachadonning subseroz leyomio masi D25.2</p> <p>Bachadonning noaniq leyomio masi D25.9</p>	<p>Simptomsiz</p> <p>Simptomli</p> <p>-algomena reya, bel va qorinning pastki sohasida og'riq</p> <p>-qon ketishlar: menoragiya (giperpolimenariya), anemiyaga olib keladi, metroragiya</p> <p>-qo'shni a'zolar funksiyasini buzilishi</p> <p>-o'smaning o'sishi (tez o'sish</p> <p>4 haftadan 12 oygacha)</p>	<p>-Anamnez</p> <p>-Umumiy Ko'zdan Kechirish</p> <p>-Ginekologik Ko'rik</p> <p>-Umumiy Qon Tahlili</p> <p>-Umumiy Siydik Tahlili</p> <p>-Ajralma Tahlili</p> <p>-Ajralmaning Bakteriologik Tahlili</p> <p>-Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv</p> <p>-Qon Guruhi, Rh Omil</p> <p>-Koagullogramma</p> <p>-Qondagi Qand Miqdori</p> <p>-Qonning Biokimyoviy Tahlili</p> <p>-Onkomarkerlar (CA 125, HE-4)</p> <p>-kichik chanoq a'zolarining UTTsi</p> <p>-EKG, EXO-KG</p> <p>-ko'krak qafasining rentgenografiyasi</p>	<p>Jarrohlik davoga ko'rsatma: homilaning 12 haftadan kattaligi</p> <p>-tez o'sish (4 haftadan 12 oygacha)</p> <p>-kasalda anemiyaga sabab bo'ladigan menometroragiya va medikamentoz davoning effektsizligi.</p> <p>-qo'shni a'zolar funksiyasining buzilishi</p> <p>-tugunning aylanishi, nekrozi, ishemiyasi</p> <p>-miomatoz tugunning hosil bo'lishi</p> <p>.jarrohlik davolarotomiya yoki laparoskopiya:</p>

		-kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan) -anesteziolog va terapevt maslahati	-konservativ mioektomiya -qoldiqlarsiz total yoki subtotal gisterektomiya. Gormon bilan konservativ davo va Reabilitatsiya: poliklinikada yuritiladigan standartga qaralsin
Abdominal (qorindagi) homiladorlik O oo.o	-homiladorlik belgilari -qaytalanuvchi yoki qo'zuvchi harakterdagi qorinning pastki sohalarida og'riq, orqa sohaga tarqalishi. -qonli ajralma	Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, Oiv -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -Onkomarkerlar (CA 125, HE-4) -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -kolposkopiya, PAP-surtmasi -doplerometriya n/k (ko'rsatma bilan)	Xirurg orqali jarrohlik davo: -qorin hmilasini olib tashlash Reabilitatsiya: kontrasepsiya 6-12 oy davomida

		-anesteziolog va terapevt maslahati	
Naydagi homiladorlik orlik O 00.1	-homiladorlik belgilari: -ko'ngil aynishi, qusish, hiqichoq -nay yorilganda gemorragik shok belgilari -nay olib tashlanganda qorin pastki sohasida og'riq va qonli ajralma, homiladorlik belgilari	-Anamnez Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili -Ajralmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rw, Hbag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	Laparoskopiya yoki laparotomiya: -tubektomiya -naydagi homiladorlik bilan birga tubektomiya Reabilitatsiya: kontrasepsiya 6-12 oy davomida
Tuxumdondagi homiladorlik orlik O 00.2	-homiladorlik belgilari -chap va o'ng tarafdagi qorinning pastki sohasida og'riq	-Anamnez Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajralma Tahlili	Laparoskopiya yoki laparotomiya: -tuxumdon rezeksiyasi -tuxumdonlarni olib tashlash -bachadon naylarini olib tashlash

		-Ajrалmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rv, HbSag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	Reabilitatsiya: kontrasepsiya 6-12 oy davomida
Bachadon dagi homilador likning boshqaturlari a) bachadon bo'ynida gi O. oo.8	Homiladorlik belgilari hayz sikli kechikkanda jinsiy a'zolarining qonashi -bachadon bo'ynining bochkasimon kattalashishi	-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajrалma Tahlili -Ajrалmaning Bakteriologik Tahlili -Gepatit C, Rv, Hbag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagullogramma -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UTTsi -EKG, EXO-KG	3-darajali statsionarga yo'llanma berish: -bachadon arteriyasining embolizatsiyasi -24-48 soatdan keyin aspiratsion vakumni homila tuxumiga qo'llash va metatreksat yuborish -laparotomiya- qoldiqarsiz total gisterektomiya

		-ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	
Nayga bog'liq bepustlik 97.1		-Anamnez -Umumiy Ko'zdan Kechirish -Ginekologik Ko'rik -Qondagi XG miqdorini aniqlash -Umumiy Qon Tahlili -Umumiy Siydik Tahlili -Ajr Alma Tahlili -Ajr Alma ning Bakteriologik Tahlili Gepatit C, Rw, HbSag, OIV -Qon Guruhi, Rh Omil -Koagulloqrama -Qondagi Qand Miqdori -Qonning Biokimyoviy Tahlili -kichik chanoq a'zolarining UITSi -EKG, EXO-KG -ko'krak qafasining rentgenografiyasi -anesteziolog va xirurg maslahati	Jarrohlik davo: laparoskop yordamida -salpingovariolizis -salpingostomiya Reabilitatsiya: fizioterapiya, yallig'lanishga qarshi terapiya

GLOSSARIY

Abort (bola tashlash yoki tushirish)	homilaning dastlabki 22 haftaligida, hali yashash qobiliyatiga ega bo'lmagan davrda bachadondan tushishi yoki tushirilishi.
Abort xavfi (tahdid soluvchi abort)	bola tushishining birinchi bosqichi bo'lib, hali homila tuxumi bachadon devoridan ajralmagan bo'ladi, qorinning pastki qismida dardsimon og'riq bilan ifodalanadi.
Bachadon bo'yni rigidligi (yaxshi ochilmasligi)	bachadon bo'ynining ochilish xususiyatining pasayishi hisoblanib, bunda tug'ruqning 1-davrda uning ochilishi qiyinlashadi.
Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish	bachadon devori butunligini va uning bo'shlig'ida yo'ldosh qoldiqlari bor-yo'qligini qo'l bilan tekshirib aniqlovchi akusherlik operatsiyasi.
Bachadonning to'liqsiz (chala) yorilishi	bachadonning qorin parda bilan o'ralgan qavati butun qolgani holda shilliq va mushak qavatining to'liq yoki qisman yorilishi.
Bachadonning to'liq yorilishi	bachadonning barcha qavatlarining yorilishi.
Bachadonning zo'ravonlik natijasida yorilishi	bachadonning tashqi omillar ta'sirida akusherlik amallari va operatsiya qilish paytida yorilishi.

Bachadonning tug'ruqdan keyin ag'darilib qolishi	tug'ruqning kamdan-kam uchraydigan og'ir asorati hisoblanib, bunda yo'ldosh davrini noto'g'ri boshqarish oqibatida bachadonning ichki sathi tashqariga ag'darilib chiqishi va tushishi tufayli bu hodisa ro'y beradi.
Bachadondan tashqari homiladorlik	bachadon bo'shlig'idan tashqarida ko'pincha bachadon naylarida, kamroq hollarda tuxumdonda, qorin bo'shlig'i va bachadon rudimentar shoxida rivojlanadigan homiladorlik.
Bachadon naylaridagi homiladorlik	bachadondan tashqari homiladorlikning ko'p uchraydigan turi hisoblanib, bunda homila tuxumi bachadon naylarida payvandlanadi va rivojlanadi.
Bimanual tekshirish (ikki taraflama qo'l bilan tekshirish)	ginekologik tekshirish usulibo'lib, ikkala qo'lyordamida qin va qorin oldingi devori orqali bajariladi. Akusherlikda homiladorlikning dastlabki oylarida va chilla davrida foydalaniladi.
Bosh konfiguratsiyasi (shakli)	homilaning choklar va liqildoqlar borligi tufayli tug'ruq yo'lining kengligi va shakliga moslashib o'z qiyofasi va o'lchamlarini o'zgartira olish qobiliyati.
Fetoplatsentar tizim	maxsus endokrin tizim bo'lib, u homiladorlik davrida ona va homilaning o'zaro murakkab moslanish jarayonlarini ta'minlab turadi.
Fiziologik tug'ruq	fiziologik, ya'ni ona va homila uchun asoratsiz kechadigan, davrlari normal davom etuvchi, homila boshi ensa bilan yotishining oldingi turidagi tug'ruq.
Hayz ko'rish	bachadondagi siklik o'zgarishlarining deskvamatsiya fazasi bo'lib, bachadondan qon

	ketishi bilan ifodalanadi. Normal hayz sikli davomida hayz ko'rish davomiyligi 7 kundan va ketgan qon miqdori 80 ml dan oshmasligi kerak.
Hayz ko'rish sikli	ayol organizmini homiladorlikka tayyorlovchi fiziologik xarakterdagi tiklik, muntazam takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar bo'lib, ular neyrogumoral boshqaruv tizimi, tuxumdon va bachadondagi o'zgarishlar tufayli amalga oshiriladi va ikki fazaliligi bilan farqlanadi.
Homila asfiksiyasi	homilada kislorod yetishmasligi oqibatida yuzaga keluvchi patologik holat.
Homila a'zolarining joylashishi	nomilaning mayda qismlari va boshining tanasiga bo'lgan munosabati.
Homilaning joylashuvi	homilaning u yoki bu qismining kichik chanoq kirish tekisligiga nisbati bo'lib, u birinchi galda chanoq bo'shlig'iga tushadi va bu homilaning boshi yoki chanog'i bo'lishi mumkin.
Homilaning ko'ndalang vaziyati	bachadondagi homilaning o'qi bachadon o'qi bilan to'g'ri burchak hosil qilib kesishgan holati.
Homiladorlar ekstragenital ratologiyasi	homiladorlik va tug'ruq asoratlarning ko'payishi, ona va bola uchun xavfning oshishi, moslashish mexanizmining pasayishiga zamin yaratuvchi ayollar jinsiy sohasidan tashqarisidagi a'zolar va tizimlar kasalligi.
Homila chanog'ining oldinda yotishi	bachadonda bo'ylama vaziyatda joylashgan homilaning chanog'i bilan pastga o'rtnashuvi. Akusherlikda bunday holat patologik holat hisoblanib, shu sababli homiladorlik va tug'ruqni oqilona olib borishni talab qiladi.

Homilaning dumbasi bilan oldinda yotishi	homilaning chanog'i bilan oldinda yotishining bir turi bo'lib, bunda homila dumbalari bilan kichik chanoq kirish qismida joylashadi.
Homilaning oyoq bilan oldinda yotishi	homilaning oyoq bilan oldinda yotishining bir turi bo'lib, bunda homila kichik chanoqqa kirish paytida oyoqlari bilan kichik chanoq kirish tesikligida joylashadi.
Implantasiya	embrionning bachadon shilliq pardasining ichkarisida o'rnamshib olishi. Bu odatda embrional rivojlanishning 6-8 kunlariga to'g'ri kelib, trofoblastning detsidual to'qimani eritib yuborish qobiliyatiga bog'liq bo'ladi.
Istmik-servikal etishmovchilik	bachadon bo'g'zi va bo'ynining anatomofiziologik buzilishi hisoblanib, bachadon bo'yni mushak qavatining zararlanishi oqibatida homilaning o'z-o'zidan barvaqt tushishiga olib keladi.
Jadallashgan abort	bola tushishining uchinchi bosqichi bo'lib, bachadon devoridan ko'chgan homila tuxumining ochilayotgan bachadon bo'yniga kelib tushishi.
Jinoiy abort	yashirin ravishda davolash muassasalaridan tashqarida bajariladigan sun'iy abort.
Kam suvlilik	qog'onoq suvining 0,5 litrgacha bo'lishi, ya'ni yo'ldosh amniotik pardasi epiteliysi sekretor funksiyasining yetarli bo'lmasligi natijasida ro'y beruvchi patologik holat.
Katta liqildoq	homila va chaqaloq boshining peshana va tepa suyuklari orasidagi rombsimon tolali parda.

Kechikkan tug'ruq	homiladorlikning 40-haftasidan oshgan muddatdagi tug'ruq.
Kechki toksikozlar	homiladorlardagi patogenezi murakkab patologik holat bo'lib, bu organizm moslashuv mexanizmining buzilishi, asosan markaziy asab, qon-tomir, immun tizimlar o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, bunda mikrotsirkulyatsiya, gemodinamika va periferik qon aylanishi o'zgarishlari ustunlik qiladi.
Kindikning o'ralib qolishi	kindik uzun bo'lganida uning homila tanasi yoki bo'yniga o'ralib qolishi.
Laktatsiya	ko'krak bezlarining sut ajratish qobiliyati bo'lib, bu holat gipofiz oldingi bo'lagida ishlab chiqariladigan prolaktin gormoni ta'sirida ro'y beradi.
Mastit	sut bezi parenximasining yallig'lanishi bo'lib, asosan chilla davrining 2-haftasi oxiri, 3-haftasi boshlarida uchraydi.
Neonatologiya	chaqaloqlik, ya'ni tug'ilgandan tortib, to hayotining 28-kunigacha bo'lgan davrining fiziologiyasi va patologiyasini o'rganadigan fan.
Oksitotsin testi	bachadon mushaklarining eng kam miqdorda yuborilgan oksitotsinga bo'lgan reaksiyasi hisoblanib, ona organizmning tug'ruqqa tayyorgarligini ko'rsatadi.
Operativ akusherlik	akusherlik operatsiyalari haqidagi ta'limot bo'lib, u operatsiya ko'rsatmalari, shart-sharoitlari va uni bajarish texnikasini o'rganadi.

Patronaj	bu ayollar maslahatxonalarida, ambulatoriya va feldsherlik-akusherlik punktlarida patronaj doya yoki hamshira tomonidan homilador ayollarni izlab topish, gestatsiyaning ko'ngildagidek o'tishi va sog'lom bola tug'ilishini ta'minlash maqsadida bajariladi.
Patologik tug'ruq	ona va homila uchun bir yoki bir necha xil asorat keltiruvchi tug'ruq.
Perinatal davr	homiladorlikning 22-haftasidan boshlanib, chaqaloqlik davrining dastlabki 7 kuni bilan tugallanadigan vaqt kesigi. U antenatal, intranatal va erta neonatal davrlardan iborat.
Platsenta	homiladorlik davrida vujudga keladigan, homila hamda ona organizmi bilan aloqani ta'min etadigan muvaqqat a'zo.
Platsentaning pastda joylashuvi	platsentaning pastki qirrası bachadonning ichki bo'g'zidan 7 sm pastda joylashuvi.
Qin	ayol ichki jinsiy a'zolarining biri bo'lib, tug'ruq vaqtida keskin cho'zilishi tufayli tug'ruq kanalining bir qismini tashlik qiladi.
Sun'iy abort	tibbiy usullardan foydalanib, ayolning o'z istagi yoki tibbiy ko'rsatmalarga asosan homilani tushirish.
Tug'ruq biomexanizmi	tug'ruq yo'llarida homilaning o'tishida uning ilgarilanma va aylanma harakatlari yig'indisi.
To'lg'oq sustligi	qorin mushaklari kuchsizligi yoki tug'uvchi ayolning charchashi oqibatida sodir bo'ladigan tug'ruq kuchlarining sustligi.

Xoriamnionit	yo'ldosh pardalarining tug'ruq paytida, ko'pincha suvsizlik davrining uzoq cho'zilishi oqibatida infeksiyalanishi.
O'z vaqtida tug'ruq	homiladorlikning 39-40 haftalik muddatidagi tug'ruq.
Chala tug'ish	homiladorlikning 22-37 haftalik muddatidagi tug'ruq hisoblanib, homila chala yoki yetilmasdan tug'iladi.
Chanoq	ikkita nomsiz suyaklar, dumg'aza va dumdan tuzilgan suyak xalqa bo'lib, gavda va oyoqlar uchun tayanch vazifasini bajaradi, unda jinsiy va ichki azolar joylashadi.
Chanoq o'lchagich	chanoqning tashqi o'lchamlarini o'lchashga mo'ljallangan sirkulga o'xshash asbob.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Мирзиёев Ш. М. “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси” тўғ’рисидаги Фармони. Тошкент: Ўзбекистон, 2017 йил 7 феврал.
2. Ayupova F.M, Y.K.Jabborova “Ginekologiya” darslik/. - T.: Mexridaryo, 2008.
3. Ixtiyarova G. A., Matrizayeva G.J., Ismatova M.I. «Ginekologiyada hamshiralik ishi» O’quv qo’llanma. 2018
4. Ixtiyarova G. A., Matrizayeva G.J., Qurbonova Z.Sh. « Akusherlikda hamshiralik ishi» O’quv qo’llanma. 2018
5. Ixtiyarova G. A., Ashurova N.G., Aslonova M.J. “Akusherlik va ginekologiya” O’quv qo’llanma. 2018
6. Ixtiyarova G. A., Negmatshaeva X.N, Shodieva X. T. “Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi” Darslik. 2018
7. Rahmatullayeva M.M. “Ginekologiyada qon ketishlar” O’quv qo’llanma. 2015
8. В.К.Лихачев “Практическая ГИНЕКОЛОГИЯ с неотложными состояниями” rukovodstvo dlya vrachev M:OOO “meditsinskoj informatsionnoj agentsvo” 2013.-840 s.
9. М.Ф.Вольфф, П.Шутте “Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина” M:OOO “МЕДпресс” 2016
10. Радзинский В.Е., Фукс А.М.“Гинекология”M:OOO “МЕДпресс” 2014
11. Адамян Л.В.“Миома матки. Диагностика, лечение и реабилитация” M:OOO “МЕДпресс” 2015
12. Трусов Ю.В., Крамарский В.А. В книге “Цервициты” M:OOO МЕДпресс” 2016

13. Подзолкова Н.М. “Заболевания молочных желез в гинекологии. Практикующему врачу-гинекологу” Издатель ГЭОТАР-Медиа 2018

14. Selac V., Farguhar C., PrentisA. et al Danazol for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane Review) // The Cochrane Library. — Chichester: John Wiley & Sons, 2004. — Issue 2. .

15. Наказ МОЗ Украины «Про затвердження стандарте та кліничних протоколов надання медичио! допомоги :п спеціальност! «Хірургія* № 297

16. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д., Вартанов В.Я. Инфузионно-трансфу зионная терапия в акушерстве. — Петрозаводск: Интел-Тек 2005 — 300 с.

17. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / под ред. М.В. Медведева. - Мл Реальное время, 2003. 170 с.

18. DiebenГ., van Beek A, Cotlingh Bennink //,. et al. Efficacy, cycle control& user acceptability of a novel combined contraceptive vaginalringManuscript in preparation. - 2002.

19. Радзинский В.Е. и др. Современный подход к лечению и профилактике последствий хирургической менопаузы // Здоровье женщины. — 2009. - № 7 (43).

20. Брагина М. Эликсир здоровья и молодости: компас в мире ЗГТ // 3 турботою про жшку. — 2010. — № 1 (13). — С. 14-16.

MUNDARIJA

Soʻz boshi	3
Kitob mualliflari haqida qisqacha maʼlumot	4
Qisqartma soʻzlar	6

I BOB

AKUSHERLIK FANI

Oʻzbekistonda akusherlik fani va tugʻruq xizmatining rivojlanishi	7
Respublikamizdagi bugungi professor akusher-ginekologlar	13
Ayollar jinsiy aʼzolarining klinik anatomiyasi va fiziologiyasi.	21
Ichki jinsiy organlar	24
Jinsiy organlarning boylamlar apparati.	27
Kichik chanoq klechatkasi.	27
Jinsiy organlarining qon tomirlar sistemasi.	28
Jinsiy organlarning nerv sistemasi	28
Sut bezlari	29
Homila tugʻruq obykti sifatida.	34
Urugʻlanish. Homiladorlarni	39
Tekshirish usullari.	
Homiladorlik erta va kechki	
Muddatlarida tashxislash.	
Homiladorlik muddati va tugʻruq vaqtini aniqlash	41
Homila boshining orqa koʻrinishda ensa qismi bilan kelishi	43
Tugʻruq. Tugʻruq davrlari. Partogrammani olib borish. Tugʻruqning	48
III davrini faol olib borish. Chaqaloqlar holatini apgar shkalasida baholash.	
Tugʻruq diagnostikasi va belgilari	56
Homilaning yetilganlik belgilari	63
Leopold – levitskiy boʻyicha tashqi akusherlik tekshiruv usuli	75

II BOB

Homilaning chanogʻi bilan kelishi	79
-----------------------------------	----

Homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.	83
III BOB	
Homiladorlik toksikozlari. Homiladorlar erta toksikozlari, ko'ngil aynishi va qusishi	88
Homiladorlar gipertenziv sindromi. Preeklampsiya va eklampsiya etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari. Eklampsiya va help sindrom birinchi yordam.	92
	104
IV BOB	
Ekstraginital kasalliklar va homiladorlik	108
Buyrak kasalliklarida homiladorlik, tug'ruq va chilla davrining kechishi.	
Kamqonlikning homiladorlikka ta'siri	114
V BOB	
Akusherlikda rezus omilning o'rni	127
Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligi. Chaqaloqlar sariqligi. Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari. Gemolitik kasallikning patogenezi.	128
Gemolitik kasallikning og'irlik darajasining ko'rinishlari	131
Antenatal davrdagi diagnostikasi	132
Chaqaloqlar gemolitik kasalligini davolash	134
VI bob	
Homiladorlik muddatiga yetmasligi va muddatidan o'tib ketishi	136
Homiladorlik muddatiga yetmasligi. Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash. homila qog'anoq pardasining muddatidan oldin yorilishi.	
Muddatidan oldin tug'ishda akusherlik taktikasi.	138
Muddatiga yetmagan tug'ruqda tug'ruqni olib borish.	141
Muddatidan oldin tug'ishning oldini olish.	141
Homiladorlik muddatidan o'tib ketishi. Tug'ruq induksiyasi	143
Muddatidan o'tganlik belgilari	149
Muddatdan o'tgan homilador ayollarni olib borish protokoli	155
VII BOB	
Homiladorlikda qon ketishlar. Yo'ldoshning oldinda joylashishi	159
Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chish	163
VIII bob	
Tug'ruq va tug'ruqdan keyingi vaginal qon ketishlar.	168

Bachadon yorilishi. Tasnifi, etiologiyasi va patogenezini, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari, oldini olish.
 Yo'ldosh birikishi nuqsonlari, bachadon gipo va atoniyasi, yo'ldosh qismlarining qolib ketishi. 172

Tug'ruq travmalari. Bachadon bo'yni va oraliq yirtilishlari sabablari. 178

IX BOB

Bachadon yorilishi. Tasnifi, etiologiyasi va patogenezini. Klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari, oldini olish. 182

Qoniqarsiz tug'ruq faoliyati.

Yelkalar distotsiyasi. Kelib chiqish sabablari va klinik simptomlari. 184

X BOB

Tug'ruqni amalga oshiruvchi operatsiyalar. Akusherlik qisqichlari 187

Vakuum ekstrakstiya 190

Kesar kesish operatsiyasi 192

XI BOB

Homilada shoshilinch holatlar va chaqaloqda muammolar 197

Chaqaloqlar reanimatsiyasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda reanimatsiya asosiy prinsiplari

Yurak tashqi massaji 206

Traxeya intubatsiyasi 208

Serebral ishemiya 213

XII BOB

Chilla davri infeksiyalari. Akusherlik peritoniti, sabablari, tashxislash, davolash. 216

Xorionamnionit 225

Sepsis. Septik shok. tasnifi, infeksiya tarqalish yo'llari, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari, oldini olish. 228

Septik shok 232

Chilladagi septik kasalliklarning oldini olish (profilaktika). 235

Chilla yarasi 235

Metroendometrit 236

Metrit 237

Parametrit 237

Salpingooforit (adneksit) 238

Tromboflebit 238

Chilladagi mastit 240

XIII BOB

Oiv/oits. Onadan bolaga transmissiyaning oldini olish	244
Onadan bolaga oiv transmissiyasi	

XIV BOB

Homilaning noto'g'ri joylashishida homiladorlikning kechishi va tug'ruqning o'ziga xos xususiyatlari. Fetoplasentar yetishmovchilik	250
Homilani noto'g'ri holati, sabablari, tashxislash, shifokor taktikasi.	
Homilaning noto'g'ri joylashishida homiladorlikning kechishi va tug'ruqning o'ziga xos xususiyatlari	251
Homiladorlik va tug'ruqni boshqarish	252
Fetoplasentar yetishmovchilik	252

I BOB

GINEKOLOGIYA

Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari. Normal hayz sikli va uning boshqarilishi.hayz sikli buzilishlari.	262
Ayol jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi	262
Jinsiy a'zolarining nerv tizimi	269
Ginekologik bemorlarni tekshirish usulari	270
Hayz sikli buzilishlari	285
Amenoreya. Gipomenstrual sindrom. Yosh ayollar va qiz bolalarda funksional va jinsiy rivojlanishini orqada qolishi	286

II BOB

Bachadondan anomal qon ketishlar. Bachadondan anomal qon ketishlar	293
Bachadondan disfunktsional qon ketishlar (yuvenil davrda qonketishlar). Etiopatogenezi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari.	295

III BOB

Homiladorlikning yarmida qon ketishlar anomal qon ketishlar.	305
Abort va uning asoratlari. Tashxislash. Olib borish. O'z-o'zidan sodir bo'lgan abortlarda shoshilinch yordam. Tibbiy abortga ko'rsatmalar.	
Medikamentoz va artifitsial abortlar	
Septik abort	309
Sun'iy abort	310
Bachadondan tashqari homiladorlik, yelbo'g'oz, xorionepitelioma.	313
Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash,	
Davolash tamoyillari. Bachadondan tashqari homiladorlik	
Yelbo'g'oz	324

IV BOB

Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik va nospetsifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari. Ayollar jinsiy a'zolari spetsifik va nospetsifik etiologiyali yallig'lanish kasalliklari.	328
Qizlarning neytral davrida vulvovaginitlar va kolpitlar.	330
Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari	
Trixomoniaz	342
Xlamidioz	344
Genital herpes	345

V BOB

Bachadon miomasi. Endometrioz. Bachadon miomasi.	345
Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari	
Endometrioz. Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari. Davolash va profilaktika kilishni zamonaviy tamoyillari.	363
Ginekologik va akusherlik operastiyalaridan so'nggi ayollarni sog'lomlashtirish.	

VI BOB

Tuxumdonning xavfli va xavfsiz o'smalari. Tuxumdonning xavfli va xavfsiz o'smalari	371
Qizlarda va o'smirlarda uchraydigan tuxumdon kista va kistomalari.	375
Etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davolash tamoyillari	

VII BOB

Ayollar jinsiy a'zolari nuqsonli rivojlanganligi va no'tog'ri joylashishi	383
Qizlarda, o'smirlarda va yosh ayollarda jinsiy a'zolarining anomaliyalari. Kyustner-rokitanskiy sindromi	
Qizlik pardasidagi nuqsonlar	388
Soxta germafroditizm	389
Ayollar jinsiy a'zolari noto'g'ri joylashishi	390
Bachadonning noto'g'ri joylashishi	
Bachadoning noto'g'ri yotish vaziyatiga xos simptomlar	397

VIII BOB

Zamonaviy kontrasepsiya usullari. Zamonaviy kontratsepsiya usullari. Gormonal kontratsepsiya.ta'sir mexanizmi, samaradorligi, tarqalganligi, ko'rsatma, aralash oral kontratseptivlar va sof progestinli kontratseptivlarni qo'llashdagi ehtiyotkorlik	407
--	-----

Bachadon ichi vositasi. Bachadon ichi vositasi bo'yicha maslahatlash. 416
 Turlari, ta'sir mexanizmi, samaradorligi, tarqalganligi, ko'rsatma,
 asoratlarda yordam ko'rsatish

IX BOB

O'tkir qorin. Tashxislash. Shoshilinch choralar. Bachadondan 424
 tashqari homiladorlik
 Bachadondan tashqari homiladorlik 426
 Tuxumdon apopleksiyasi 428
 Tuxumdon kistomasi oyoqchasining buralib qolishi. Shoshilinch 429
 choralar.uz vaqtida va xavfsiz statsionarga yuborish.
 Qin anomaliyasi. Kizlik pardasi. Gemotosalpink. 431

X BOB

Bepusht nikoh. Ayollar bepushtligining tasnifi 434
 Bepushtlikning asosiy ko'rinishlari. Tashxislash. Tekshirish. Qiyosiy 436
 tashxislash va taktika.
 Bepushtligi bo'lgan bemorlarni tekshirishda ginekologik yordam 442
 ko'rsatishda hamshiraning roli.

XI BOB

Ayollar jinsiy a'zolarining fon va rak oldi kasalliklari. Diagnostikasi, 446
 skrining tushunchasi. Bachadon bo'yni va tanasining fon va rak oldi
 kasalliklari sabablari, diagnostikasi. Skrining tushunchasi.
 Bachadon tanasining fon va rak oldi kasalliklari 451
 Statsionarda ginekologik bemorlarni olib borish standartlari 458
 Glossariy 478
 Foydalanilgan adabiyotlar 485

Ayupova F.M., Ixtiyarova G.A., Matrizayeva G.J.

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA

DARSLIK

<i>Muharrir:</i>	<i>G. Murodov</i>
<i>Texnik muharir:</i>	<i>G. Samiyeva</i>
<i>Musahhih:</i>	<i>M. Raximov</i>
<i>Sahifalovchi:</i>	<i>M. Arslonov</i>

Original – maketdan bosishga ruxsat etildi: 15.12.2021. Bichimi 60x84. Kegli 16 shponli. « Georgia » garn. Ofset bosma usulida. Ofset bosma qog' ozi. Bosma tabog'i 31. Adadi 70. Buyurtma № 187.



«Sharq-Buxoro» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Buxoro shahar O'zbekiton Mustaqilligi ko'chasi, 70/2 uy.
Tel: o(365) 222-46-46



Ayupova Farida Mirzayevna – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-son Akusherlik va Ginekologiya kafedrasini mudiri. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash a'lochisi ko'krak nishoni sohibi. Akusherlik va ginekologiya milliy standartini muallifi. 250 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, Oliy ta'lim talabalari uchun 4 ta darslik, 2 ta elektron darslik, 6 ta o'quv qo'llanma, 100 dan ortiq o'quv uslubiy qo'llanmalar, 8 ta patent, 10 ta grant, 10 dan ortiq monografiyalar, xalqaro nufuzga ega bulgan Scopus maqolalar muallifi. Xalqaro s'ezd va konferensiyalar ishtirokchisi va tashkilotchisi. Sog'liqni Saqlash Vazirligida attestatsion komissiya a'zosi, TTA ilmiy kengash a'zosi, bir qator respublika va xalqaro ilmiy jurnallar fahriyat a'zosi. Ayupova Farida Mirzayevna rahbarligida 7 nafar fan doktori, 26 nafar fan nomzodi himoya qilgan.



Ixtiyarova Gulchehra Akmalovna – tibbiyot fanlari doktori, professor, Buxoro davlat tibbiyot instituti №1 Akusherlik va ginekologiya kafedrasini mudiri. 200 dan ortiq ilmiy metodik ishlar, 5 ta darslik, 7 ta o'quv qo'llanma, 30 ta o'quv uslubiy qo'llanma, 180 dan ortiq ilmiy maqolalar, 4 ta patent, 2 ta grant, 3 ta elektron darslik, 6 ta monografiya muallifi. Bir qator chet el universitetlarida malaka oshirgan. 2018 yil Respublikada "eng yaxshi pedagog" nominatsiyasi g'olibi bo'lgan. Uning rahbarligida 15 ta maqisti va 50 dan ortiq ordinatorlar, 8 ta xalqaro, 3 ta respublika olimpiada g'oliblari va 2 ta davlat stipendiantlarni tayyorlagan. Gulchehra Akmalovna rahbarligida 1 nafar fan doktori, 2 nafar fan nomzodi himoya qilgan.

ISBN 978-9943-7782-5-2



9 789943 778252