

Ya.N. ALLAYOROV, F.Q. ASQAROVA

**AKUSHERLIK VA
GINEKOLOGIYADA
HAMSHIRALIK ISHI**



618
A 590

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM,
FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

YA. N. ALLAYOROV, F. Q. ASQAROVA

**AKUSHERLIK VA
GINEKOLOGIYADA
HAMSHIRALIK ISHI**

Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi
5.71.03.01 - Hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari uchun darslik



TOSHKENT - 2023

UO'K: 57.1ya723

KBK: 618(075,32)

A 59

A59

Ya.N. Allayorov, F.Q. Asqarova. Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi. Darslik. – T.: "Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi", 2023, 486 bet.

ISBN 978-9910-735-68-4

Ushbu darslik hamshiralik amaliyotida asosiy o'rinlardan birini egallaydigan homiladorlik, tug'ruq, chilla va chaqaloqlik davrlarida hamshiralik parvarishi hamda ginekologik bemorlar parvarishining o'ziga xos xususiyatlarini o'z ichiga olgan. O'quv adabiyotiga ifodali rasmlar, tayanch so'z va iboralar, nazorat va test savollari, vaziyatli masalalar kiritilgan.

Darslik Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi "Hamshiralik ishi" yo'nalishi o'quvchilari hamda "Akusherlik va ginekologiya" fanidan dars beruvchi o'qituvchilar uchun mo'ljallangan.

UO'K: 57.1ya723

KBK: 618(075,32)

TAQRIZCHILAR:

- D.R.Xudayarova** – Samarqand davlat tibbiyot univesiteti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, t.f.d., dotsenti;
- K.B.Rajabova** – Samarqand Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi "Akusherlik va ginekologiya" fani katta o'qituvchisi.

Ushbu darslik O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligining 2023-yil 17-iyuldagi 314-sonli buyrug'iga asosan nashr qilindi.

ISBN 978-9910-735-68-4

© "Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi", 2023.

KIRISH

O'zbekiston Respublikasi "Ta'lim to'g'risida"gi va "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi Qonunlarining, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi "Onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi PQ-1096-sonli hamda 2009-yil 1-iyuldagi "2009-2013-yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to'g'risida"gi PQ-1144-sonli, 2019-yil 8-noyabrdagi "Reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini oshirish va ko'lamini yanada kengaytirish to'g'risida"gi PQ-4513-sonli Qarorlarining, 2022-yil 28-yanvardagi "2022-2026-yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning Taraqqiyot strategiyasi to'g'risida"gi PF-60-sonli Farmonining e'lon qilinishi Sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inida faoliyat ko'rsatayotgan mutaxassislarni yuqori darajadagi kasb malakalariga ega bo'lishi, sog'lom avlodni dunyoga keltirish, ma'naviy va jismonan barkamol avlodni tarbiyalash borasidagi ishlarni amalga oshirishda ularning avangard bo'lishlariga chorlaydi. Yuqoridagilarni inobatga olib, hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari uchun mo'ljallangan, Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti talablari asosida dunyoning rivojlangan mamlakatlari tajribalaridan kelib chiqib (Yaponiyaning JICA taraqqiyot agentligi), bo'lajak umumiy amaliyot hamshiralari akusherlik va ginekologiya fanidan o'zlashtirishi lozim bo'lgan mavzularni o'z ichiga olgan o'quv adabiyoti yaratildi. Amaldagi o'quv adabiyoti Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan 2021-yil 23-noyabrdagi 500-sonli buyruq bilan tasdiqlangan o'quv dasturi asosida yaratilgan bo'lib, Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumlari hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari foydalanishi uchun mo'ljallangan.

Darslikda akusherlik va ginekologiya fanining anatomiya, fiziologiya va patologiya asoslari, hamshiralik ishi, pediatriya, ichki kasalliklar, anesteziologiya va reanimatsiya asoslari fanlari bilan bog'lab o'tiladigan mavzularga alohida o'rin berilgan.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan protokollardan foydalanib, "Homiladorlikda gipertenziv buzilishlar", "Akusherlik qon ketishlari", "Akusherlikda septik infeksiya" kabi mavzularga tegishli o'zgartirishlar, yangiliklar kiritildi. Shuningdek, "Tug'ruq komplekslarining tuzilishi", "Chaqaloqlarni parvarishlashning zamonaviy usullari" mavzulari Sog'liqni saqlash vazirligi maxsus buyruqlari va yo'riqnomalaridagi ma'lumotlar bilan boyitildi.

Shuningdek o'quv darsligi onalik haqida tushunchadan boshlab, qiz bolalar, o'smir qizlar, jinsiy yetilish va yetuklik, klimakterik va qarilik davrlarida ayollarda hamshiralik parvarishining o'rni va ahamiyati, o'ziga xos xususiyatlarini, shuningdek, homiladorlik, tug'ruq va chilla davrida hamshiralik parvarishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash usullari, ularni jonlantirishning zamonaviy tamoyillari, ginekologik bemorlarni tekshirish va davolashda hamshiraning o'rni kabi mavzular o'quvchilar ongiga sodda va ravon tilda singdirilishi hisobga olib yozilgan.

O'quv adabiyoti umumiy amaliyot hamshiralari bilishi va bajarishi lozim bo'lgan amaliy ko'nikmalar va muolajalar, ginekologik bemorlarni umumiy davolash, operatsiyaga tayyorlash, ularni umumiy parvarishlash masalalari alohida yoritildi. Darslik 3 qism va 35 bobdan iborat. Har bir bobda tayanch so'z va iboralar, nazorat uchun savollar hamda sinov testlari keltirilgan bo'lib, o'quvchilar tomonidan mavzularni o'zlashtirilishini yanada osonlashtirishiga ishonchimiz komil.

Ushbu o'quv adabiyoti Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumlarida tahsil olayotgan hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari va shu fandan dars beradigan o'qituvchilar uchun foydali manba bo'ladi degan umiddamiz.

I QISM. AKUSHERLIKDA HAMSHIRALIK ISHI

I BOB. AKUSHERLIKDA HAMSHIRALIK ISHI FANI. AKUSHERLIKDA HAMSHIRALIK ISHI ASOSLARI. ONALIK HAQIDA TUSHUNCHA

Akusherlikda hamshiralik ishining asosiy tamoyillari: akusherlikda hamshiralik ishini tahlil qilishdan oldin onalik tushunchasiga ta'rif berishga to'g'ri keladi. Onalikning turli xil ta'riflari mavjud, Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan berilgan ta'rif quyidagicha.

Onalik tushunchasi faqat ayni paytda bolani tug'ish va tarbiyalash emas, balki kelajakda ham bolani tug'ish va tarbiyalash imkoniyati hamda o'tmishda shu vazifalar qanday bajarilganligi, haqidagi ma'lumotlar to'plamidir. Shunday qilib, ta'rifda ayolning butun hayoti qamrab olingan, bundan tashqari, onalik ikki xil ma'noda izohlanishi mumkin: a) ona bolani tug'ib, uni tarbiyalash jarayoni; b) ayolning hayoti davomidagi faoliyati.

Nima bo'lganda ham onalik deganda ayolning bolani tug'ish va tarbiyalash xususiyatlarini tushunish mumkin (tug'ish va sut bilan boqish qobiliyati). Umumiy qilib aytganda, ayollar erkaklardan: hayz (ovulatsiya borligi) funksiyasi, homiladorlik, tug'ish, sut bilan boqish kabi xususiyatlari bilan farq qiladi. Onalikning ma'nosi JSSTning ta'rif.

Onalik bu:

1. Ayni paytda bolaning tug'ilishi, uning tarbiyasi va ulg'ayishiga mas'ullik.
2. Kelajakda bolaning tug'ilishi va tarbiyasi.
3. Shu vazifalarni o'tmishda bajarilganligi.

Onalikni 2 xil nuqtayi nazardan tushuntirish mumkin:

1. Onalik (tor ma'noda) – qachonki ona bolani tug'ib tarbiyalaydi.
2. Onalik (keng ma'noda) – ayol hayotining bir qismi sifatida ifodalanadi.

Onalik obyektlarini tushunish

Chaqa- loqlik davri	Bolalik davri	O'smirlik davri	Yetuklik davri Onalik davri	Klimakterik davr	Qarilik davri
Sog'lom onalik, kelgusi avlodni sog'lom tarbiyalash					

Onalikda hamshiralik parvarishini o'qitish jarayoni nimaga qaratiladi?

Agar onalikning bu ta'rifini ko'rib chiqadigan bo'lsak, tabiiy savol tug'ilishi mumkin, onalikdagi parvarishda va bu fanning tarkibiga kiradigan har bir bo'limda nimani o'qitish kerak?

Akusherlikdagi hamshiralik ishining obyektlari

Onalikni his etish. Ona bo'lish bu ayolning tug'ma tabiiy fazilatidir. Ayol organizmida homila rivojlanadi, tug'iladi va onaning vazifasi sog'lom insonni tarbiyalash, shuning uchun u ma'naviy, fiziologik, jismoniy va instinktiv xususiyatlarga ega. Ona mehri bu onani himoyasiz go'dakka bo'lgan mehridir. Reproduktiv faoliyatidan tashqari, ayolda g'amxo'rlik qilish hissi mavjud, bu uning ruhiy-psixologik holati bilan bog'liq.

Onalikni his etish, bu onaning bolaga nisbatan g'amxo'rligi. Farzandning ruhiyatini tushunish. Onalikni his etishning mohiyati - bolani chuqur tushunish hissiyoti mavjudligidir. Onalikni his etishning eng ko'p tarqalgan va ko'ringan omili - ko'krak suti bilan bolani boqishdir. Onalikni his etishni rivojlanishi go'daklik davridanoq boshlanadi. Asosiy ishonchli munosabatlar, ota-onaning o'zlarini tutishlari, tarbiyasi, bolani emizish - buning barchasi onalikni his etishga katta ta'sir ko'rsatadi. Onalik avloddan avlodga o'tadi, deyishadi. Agar ona go'daklik davrida yetarli mehr va g'amxo'rlikda voyaga yetgan bo'lsa, kelajakda u ham g'amxo'r bo'lishi va farzandlaridan ham buni kutishi mumkin.

Ota-ona bo'lish. Insonda ikkita aspekt mavjud: biri naslni saqlash (reproduksiya) bo'lsa, ikkinchisi - shaxsiyatni saqlash. Onalikda hamshiralik parvarishi asosan naslni (jins va reproduksiya) saqlab qolishga qaratilgan.

Insoniyat paydo bo'lganidan boshlab, naslni saqlab qolish reproduksiyaga yo'naltirilgan.

Tabiiy sharoitda homila ona qornida rivojlanadi, tug'iladi va ona-bolani sut bilan boqadi. Biologik nuqtayi nazarida ota-ona bo'lish, bu naslni saqlab qolish, chunki erkak va ayol genlari kelajak avlodga reproduksiya orqali, homiladorlik, tug'ilish va emizish orqali o'tadi.

Naslni saqlab qolish jarayonida erkak va ayol ishtirok etadi, ammo bunda, onaning ahamiyati beqiyos, chunki u farzandini homiladorlik davrida ko'tarib yuradi, tug'adi, ona suti bilan boqadi, bundan tashqari, o'z zimmasiga jismoniy zo'riqish xavfini oladi. Shu tariqa, erkak va ayolning ota-ona bo'lishning biologik faoliyati farqlanadi. Ayolda onalik hissi paydo bo'lishi osonroq kechadi, chunki u homiladorlik davridanoq buni his etadi. Odatda, esa otalik hissi, farzandini ko'zi bilan ko'rganda, ovozini eshitganda va ushlab ko'rganda paydo bo'ladi. Biologik tomondan jinlar orasidagi farq boshidanoq yaqqol ko'zga tashlanadi bu psixik va ijtimoiy tarafdin ota-ona bo'lishga ta'sir ko'rsatadi.

Rivojlanayotgan psixologiya nuqtayi nazarida ota-ona bo'lishning ahamiyatini Erikson materiallarini qo'llagan holda quyidagicha talqin etish mumkin. Rivojlangan psixologiya nuqtayi nazarida ota-ona bo'lishning ahamiyatini tushunish uchun Erikson bo'yicha inson hayotining 8ta bosqichiga asoslanib ko'rib chiqish kerak. Inson hayotining ruhiy-ijtimoiy masalalarini Erikson birinchi to'rtta bosqichlarga bo'ladi: birinchi bosqich (ishonch-ishonchsizlik), ikkinchi bosqich (mustaqillik-jur'atsizlik), uchinchi bosqich (tashabbuskorlik-aybdorlik hissi), to'rtinchi bosqich (layoqatli-layoqatsiz). O'smirlik davridan boshlab qolgan to'rtta bosqich davom etadi: beshinchi bosqich (shaxsni identifikatsiyasi-rollarni chalkashtirish), oltinchi bosqich (yaqinlik-yolg'izlik), yettinchi (insonparvarlik-o'z-o'zini tortadigan), sakkizinchi (maqsadga erishish-tushkunlikka tushish).

Inson yuqorida aytib o'tilgan bosqichlardan o'tib o'zini rivojlanishiga (o'zini anglab yetishga) erishadi. Ota-ona bo'lishda har xil muammoli vaziyatlar uchraydi, ayniqsa, ayollar bu holatlarga (krizis vaziyatlarga) erkaklarga nisbatan ko'proq uchraydi, agar ayol rivojlanish bosqichlaridan qoniqarli o'tsa, insonlar bilan tez topishadi, sevadi, homilador bo'lib, bolaga mehri ortadi va butun jamiyat uchun

shaxs sifatida ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Rivojlangan psixologiya nuqtayi nazarida ota-ona bo'lish: bola rivojlanishi bilan birgalikda ota-onaning shaxs sifatida rivojlanishidir.

Ota-onaning ijtimoiy-madaniy ahamiyatining mohiyati farzandni dunyoga keltirish va keyingi avlodga nasl qoldirish. halqaro standartda reproduktiv salomatlik va huquq konsepsiyasida ayollar yoki juftliklar o'z xohishlariga ko'ra qachon va qancha farzand ko'rish kerakligini o'zlari hal etadilar. O'zbekistonda o'ziga xos urf-odatlar mavjud bo'lib, oilaviy qarashlar va jinsiy rollar farq qiladi.

Onalikning jismoniy xususiyatlari

Onalikni jismoniy xususiyatlari bu ayolning tug'ishi va bola tarbiyalashi uchun organizmning o'ziga xos tuzilishi va faoliyati. Ayollikka xos jismoniy xususiyatlar va faoliyat birlamchi jinsiy belgilar bilan namoyon bo'ladi, bu irsiyat orqali o'tadi.

Jinsiy yetilish davri. Ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'lishi bilan birga organizm o'sib, rivojlanib ona bo'lishga tayyorgarlik ko'radi, gavda tuzilishi shakllanib hayz sikli doimiy bo'ladi. Bu davrda jismoniy va ruhiy rivojlanishga qiz bolaning hayot tarzi kuchli ta'sir qiladi.

Jinsiy yetuklik davri. Jinsiy yetilgan qiz ma'lum xususiyatlarga ega bo'ladi; homilador bo'la oladi va tug'ishi mumkin – bu uning jismoniy xususiyatlaridir, bundan tashqari, erkaklardan farqli o'laroq, hayz sikli, ayollarga xos gavda tuzilishi va ayollar reproduksiyasiga ega.

Onalikning jismoniy xususiyatlari: urug'lanish, homiladorlik, tug'ruq va chilla davridagi ruhiy hamda jismoniy salomatligiga bog'liq. Bundan tashqari, bu holatlar onani va bolaning salomatligiga ta'sir qiladi. Demak, onaning jismoniy va ruhiy sog'lig'ini muhofaza qilish – kelajakda sog'lom avlod tug'ilishi garovidir.

Onalikni ruhiy-ijtimoiy xususiyatlari. Onalikning ruhiy ijtimoiy xususiyatlari – bu bir ayolning hayoti bo'lib, uning rivojlanish bosqichlarida fe'l-atvorining rivojlanishi, tarbiyaning xususiyatlari va keyingi avlodni shakllanishida namoyon bo'ladi.

Ona muhabbati - bu onaning himoyasiz go'dakka bo'lgan muhabbati, u bolaga g'amxo'rlik qilishida, qayg'urishida, biologik va ruhiy ehtiyojlarini qondirishda namoyon bo'ladi. Yaponiyada umumiy onalik bilan ona muhabbati tushunchalari chalkashtiriladi. Dalillarga asoslangan holda, ayolga onalik tabiatdan berilgan bo'lib, bola tug'ilgandan so'ng, shu zahoti uni sevib, tarbiyalay oladi. Lekin doim yig'laydigan bolani sevimli deb bo'lmaydi, bolani parvarishlash qobiliyatiga yetarli bo'lmagani uchun, bunday holatda nima qilishini bilmay ba'zilar bolani uradilar, ba'zilar bolalar taqdiri bilan umuman qiziqmaydilar, ba'zilar esa, hattoki bolalarini tashlab ketadilar. Bundan kelib chiqadiki, onalik muhabbati tabiatdan berilgan bo'lmay, balki hayot davomida tarbiyalanib paydo bo'ladi.

Ayolda hayz boshlanishi bilan homilador bo'lishi, tug'ishi, o'zida hamma reproduksiya bilan bog'liq bo'lgan sinovlarni o'tkazadi. Bundan keyin u yana rivojlanadi va ayol bo'lib yetiladi. Sog'lom avlodni tarbiyalash uchun onalikni qanday bo'lishi kerakligini ko'rsatish kerak.

Akusherlikda hamshiralik ishining o'рни va ahamiyati

Onalikda hamshiralik parvarishi deganda nima tushuniladi. Bu savolni hal qilishdan avval, bugungi kunda onalikda hamshiralik parvarishiga jamiyatning talablari va ushbu parvarishga muhtojligini chuqur o'rganish kerak. Onalikda hamshiralik parvarishining asosiy obyekti bu - ayol hayotining turli davrlaridagi ayollardir: farzand tug'ib, uni tarbiyalayotgan ayol, homilador ayol, kelajakda tug'ishni rejalashtirayotgan ayol, tug'ib, bola tarbiyalab bo'lgan ayollar va boshqalar. Bu ayollarning asosiy vazifasi sog'lom avlodni yangi avlodga yetkazib berish va ularning oldida insoniyatni rivojlantirish vazifalari turadi. Onalikni ayollar ruhan va jismonan anglashlari kerak. Onalikda hamshiralik parvarishi boshqa bloklar kabi insonning har qanday salomatlik holatida parvarishni ta'minlaydi, ammo, onalik obyekti bo'lib, har xil davridagi ayollar kiradi. Bu ayollar o'z salomatligini va o'z-o'zini parvarish qilish darajasini oshirishi kerak hamda o'z mavqeini egallash huquqiga egalar. Onalikda hamshiralik parvarishining xususiyatlari shundan iboratki, unda ayolning bir o'zi emas, balki oilasi, bolasi bilan birgalikdagi parvarishi ko'rib chiqiladi.

Ayol va uning oilasining jamiyatdagi o'рни, oilasining o'sishi va rivojlanishi katta ahamiyatga ega, chunki ular ayol salomatligiga ta'sir etadi. Onalikda hamshiralik parvarishi obyektı ayol va uning oilasi bo'lganligi sababli, ayol salomatligini saqlash va yaxshilash hamda salomatligidagi buzilishlarini oldini olishda, hayot sharoitlarini yaratish jarayonida unga yordam ko'rsatish va uning qobiliyatlarini aniqlash kerak.

Onalikda hamshiralik parvarishini boshqa bloklardan farqi quyidagilarda aks etadi: Obyektı ayol bo'lib, u insoniyatning kuchsiz yarmını tashkil qilib, uning insoniy huquqlari ijtimoiy-madaniy tomondan qiyinchilik bilan tan olinadi. Keyingi obyekt - uning bolasi bo'lib, unga ham hamshiralik parvarishini to'liq ko'rsatish lozim. Ayolning butun hayoti davomida reproduktiv salomatligini saqlash va yaxshilash, ota-ona bo'lish rolini egallashda unga yordam ko'rsatish va salomatlik bilan bog'liq buzilishlarni oldini olish hamda sog'lom turmush tarzini kechirish va o'z-o'zini parvarishlashga yo'naltirilgan yordamni ko'rsatish. Hamshiralik parvarishi oilaning barcha a'zolariga qaratilgan bo'lib, bunda ona va bola orasidagi, ota-ona va farzandlar orasidagi hamda oilaviy munosabatlarning ahamiyati katta.

BJSST ta'rifi bo'yicha akusherlikda hamshiralik ishining o'рни faqat ayol hayotining homiladorlik, tug'ruq, chilla davridagina emas, balki uning butun hayoti davomini qamrab oladi. Hamshiralik parvarishi ayol hayotining homiladorlikdan oldingi davrida ham amalga oshirilishi kerak, zero, bu ish amalga oshirilmasa kutilgan natijaga erisha olmaslik mumkin. Buning uchun kelajakda ota-ona bo'luvchi yosh avlodni sog'lom turmush tarzi aqidalariga rioya qilib tarbiyalash, oilani jamiyatdagi o'rnini ahamiyatini idrok etishlariga erishish maqsadida onalar maktabi, ota-onalar maktabi singari ta'lim maskanlarini tashkil etib, oilani rejalashtirish, klimakterik va klimakterik davrdan keyingi parvarish mavzularidagi sanitar-oqartuv ishlarni olib borilishi kerak. Onalikda hamshiralik parvarishining obyektleri, onalikni chaqaloqlik, bolalik, o'smirlik, yetuklik, menopauza va qarilik davrlariga bo'lib o'rganadi, demak, har bir bosqichdagi onalik hamshiralik ishining obyektı bo'lib xizmat qiladi.

Ayniqsa, akusherlikdagi hamshiralik ishida yetuklik davriga, ya'ni homiladorlik, tug'ruq va bolalarni tarbiyalash davriga katta e'tibor

qaratiladi. Akusherlikda hamshiralik ishida faqatgina homiladorlik davrini, kechayotgan tug'ruq paytidagi yoki chilla davridagi ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga o'z e'tiborini qaratish bilan chegaralamaydi. Bunday parvarishning obyektlari deb onaning butun hayoti davomida barcha hayot davrlaridan o'tadigan vaqtdagi o'zgarishlarni ularning o'ziga xos xususiyatlarini qamrab oladi. Bundan kelib chiqqan holda aytish mumkinki, onalikdagi parvarish obyektlarning ma'lum bir qismiga e'tiborni qaratadi. Bu - onalikning keng ma'nosiga (ayollik hayoti) asoslanadigan bo'lsa, butun e'tibor tor ma'nodagi onalikka qaratiladi, ya'ni homiladorlik, tug'ruq, chilla davriga. Masalan: agar onalikdagi parvarishning tuzilishini onalikdagi parvarish nazariyasi, onalar salomatligini asrash nazariyasi, kasalxonadagi onalikning parvarishi nazariyasi sifatida baholaydigan bo'lsak ham e'tibor asosan homiladorlik, tug'ruq va chilla davriga qaratiladi. Bundan shunday xulosa kelib chiqadiki, agar o'qitish jarayonida ayollarning o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida keng ma'noda gapirsak ham, ayolning homiladorlik, tug'ruq va chilla davri bilan bog'liq butun hayot jarayoni (barcha hayot davrlari) asosida parvarishni olib borish kerak bo'ladi.

Onalikdagi parvarishning ayolning o'sishi va rivojlanishi (jinsiy garmonlar ta'sirida) nuqtayi nazaridan hamshiralik ishining boshqa sohalari bilan bo'lgan aloqasi quyidagicha yoritiladi: a) Onalikdagi parvarish doirasida inson funksiyalaridan faqat onalik funksiyasi keng yoritiladi. b) Shuning bilan birga bolalar parvarishi, kattalar parvarishi, jamoatdagi parvarish va ruhiy parvarish bilan bo'lgan o'zaro aloqasi ham nazarda tutiladi.

Akusherlikda hamshiralik ishining vazifalari va tendensiyalari

O'zbekistonda onalikda hamshiralik ishining hozirgi kundagi muammolari. Boshqa davlatlarda bo'lgani kabi O'zbekistonda ham hozirgi vaqtda oilada, ona va bola salomatligidagi o'ziga xos muammolar mavjud. Statistik ko'rsatgichlar va tekshiruv natijalariga asoslangan holda hamshiralik parvarishi o'rnini aniqlab, muammolar yechimini aniqlash kerak, bunda ona oiladagi markaziy shaxs hisoblanadi.

Onalik va bolalikni himoya qilish tuzilmasida (strukturasi) parvarish faoliyati.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimi O'zbekiston Respublikasi mustaqillikka erishgandan keyin respublika hukumatining diqqat markazida turgan eng dolzarb masalalardan biri hisoblanadi.

Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish masalalari bo'yicha bir qancha qonunlarni qabul qilingan va maxsus qonun hujjatlari to'plami chop etilgan.

O'zbekiston Respublikasining "Oila kodeksi", "Fuqarolar sog'lig'ini saqlash to'g'risida" gi 1993-yil 3-sentyabrdagi 938-XII-sonli Qonuni, 1995-yil 21-dekabrda 161-1-sonli Qonuni bilan tasdiqlangan "Mehnat kodeksi", "Xotin-qizlarga qo'shimcha imtiyozlar to'g'risida" gi 1999-yil 14-aprelda 700-1-sonli Qonuni, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 1996-yil 10-dekabrda "Bolali oilalarni davlat tomonidan qo'llab-quvvatlashni yanada kuchaytirish to'g'risida" gi PF-1657-sonli Farmoni, "Xotin-qizlarning ijtimoiy muhofazasini kuchaytirishga oid qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida" gi 1999-yil 17-martda PF-2246-sonli Farmoni, O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining "Yosh avlodni sog'lomlashtirish muammolarini kompleks hal etish to'g'risida" gi 1993-yil 3-dekabrda 589-sonli qarori, "Bolali onalarni ijtimoiy qo'llab-quvvatlashni kuchaytirish chora-tadbirlari to'g'risida" gi 1996-yil 10-dekabrda 437-son qarori, "Bolalikdan nogiron tug'ilishning oldini olish uchun yangi tug'ilgan chaqaloqlarni hamda homilador ayollarda tug'ma va boshqa patologiyani barvaqt aniqlash bo'yicha "Ona va bola skriningi" davlat tizimini tashkil etish to'g'risida" gi 1998-yil 1-aprelda 140-son qarori, "Sog'lom avlod" davlat dasturi to'g'risida" gi 2000-yil 15-fevralda 46-son qarori, "Ona va bola" davlat dasturi to'g'risida" gi 2001-yil 5-fevralda 68-son qarori, "Ayollar va o'sib kelayotgan avlod sog'lig'ini mustahkamlashga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida" gi 2002-yil 25-yanvarda 32-son qarori, "Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollarning sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom avlod tug'ilishi va uni tarbiyalashning ustuvor yo'nalishlarini amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida" gi 2002-yil 242-son Qarori va boshqa me'yoriy hujjatlarda Respublikada onalik va bolalikni himoya qilish, onalar sog'lig'ini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi uchun

shart-sharoitlar yaratish borasida salmoqli ishlar amalga oshirilishi belgilab qo'yilgan.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining ona va bola salomatligini muhofaza qilish ishlarini ya'nada takomillashtirish maqsadida 2009-yil 1-iyuldagi PQ-1144-sonli "2009-2013-yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni ya'nada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to'g'risida"gi Qarori qubul qilinib unda quyidagi vazifalar belgilandi.

1. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash tizimini takomillashtirish, sog'lom bola tug'ilishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

2. Tug'ruqqa yordam ko'rsatish, onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasalari hamda onalar va bolalarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'ini muassasalarining moddiy-texnik bazasini yanada mustahkamlash.

3. Aholi o'rtasida sog'lom bolalar tug'ilishi va ularni tarbiyalash, yoshlarda sog'lom va ahil oila qurish, sog'lom turmush tarzini olib borishga intilishni shakllantirish bo'yicha tushuntirish ishlarini kuchaytirish.

4. Bolalar va o'smirlarni jismoniy jihatdan bekamu kust hamda uyg'un kamol toptirish, jismonan baquvvat va ma'nan barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

5. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasida faoliyat ko'rsatayotgan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, ayollar va bolalarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash.

Dasturda belgilangan vazifalarni bajarishda quyidagi masalalarga jiddiy e'tibor qaratilishi ko'zda tutilgan.

1. Aholi o'rtasida targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borish bo'yicha:

a) Aholining turli soha guruhleri o'rtasida reproduktiv salomatlik, onalik va bolalikni muhofaza qilish, sog'lom turmush tarzini shakllantirish masalalari bo'yicha mahallalar, maktablar, kollej-litseylar, oliy o'quv yurtlarida tematik suhbatlar, konferensiyalar, savol-javob kechalari, davra suhbatlari o'tkazish.

b) Homiladorlik, tug'ruq va chilla davri hamda chaqaloqlik davrlarining xavfli belgilari, homiladorlar va go'daklar ozuqasi va parvarishi masalalari, unda oilaning mas'uliyati (qaynona va erining rolini alohida ta'kidlash) haqida maslahatlar berish.

2. Poliklinika va QVPlarida davolash – muhofaza ishlarini olib borish:

a) tuman tibbiyot birlashmalarida tor mutaxassislarni jalb qilib, rejali va tizimli ravishda o'smir qizlarni profilaktik ko'rikdan o'tkazish;

b) QVP, tuman tibbiyot birlashmalari, viloyat markazlari sharoitida tug'ish yoshidagi ayollarni profilaktik ko'rikdan o'tkazish, ular orasidan homiladorlikka mutlaq va nisbiy moneliklari bo'lgan ayollarni aniqlash;

d) tug'ish yoshidagi ayollarga homiladorlikdan saqlanish usullari haqida maslahatlar berish;

e) homiladorlikka mutlaq va nisbiy moneligi bo'lgan ayollarni kontraseptiv (BIV, OK, IK, IJK va boshqalar) vositalar bilan qamrab olish;

f) bolalar bog'chalari, maktablarda kasalliklarni aniqlash va dastlabki davrlarida diagnostika qilish va profilaktikasi uchun rejali va tizimli ravishda profilaktik ko'rikdan o'tkazish.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2014-yil 1-avgustdagi 2221-sonli "O'zbekistonda 2014–2018-yillar davomida aholining reproduktiv salomatligini yanada mustahkamlash, onalar, bolalar va o'smirlar salomatligini muhofaza qilish bo'yicha Davlat dasturi " to'g'risidagi Qarorida: 1. Sog'liqni saqlash tizimining barcha bo'g'inlarida aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, onalar, bolalar va o'smirlar salomatligini muhofaza qilish bo'yicha sifatli meditsina xizmatiga keng va ravon shart-sharoit yaratish, rivojlanishdan orqada qolgan bolalarni ijtimoiy rehabilitatsiya qilish, nogiron bolalar va o'smirlarni sog'lomlashtirish, ularning jamiyatda to'laqonli o'rnini topishlari uchun kerakli shart-sharoitlar yaratish;

2. Tibbiy yordam ko'rsatish tizimi barcha bo'g'inlarida, xususan sog'liqni saqlash birlamchi zvenolarida

1. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasini malakali meditsina kadrlari bilan mustahkamlash.

2. Onalar, bolalar va o'smirlarga malakali, ixtisoslashgan hamda yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha zamonaviy infrastrukturani yanada rivojlantirish.

3. Onalar, chaqaloqlar, bolalar va o'smirlar parvarishini yaxshilash, ular orasida sog'lom turmush tarzini, sog'lom va oqibatli oila qurishni targ'ib qilish bo'yicha tadbir hamda dasturlarda aholini faol jalb etish va ishtirokini ta'minlash.

4. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, onalar, bolalar va o'smirlar sog'lig'ini muhofaza qilish borasida sog'liqni saqlashda axborot tizimini takomillashtirish, idoralararo hamkorlik faoliyati koordinatsiyasi, monitiringi va baholash tadbirlarini ta'minlash masalalari bo'yicha 2014-2018-yillarga mo'ljallangan Davlat dasturi tasdiqlandi va 2014-2018-yillar davomida uning bosqichma-bosqich amalga oshirish tadbirlari belgilandi.

Xotin-qizlarning mehnat faoliyati hamda ona va bola salomatligini himoya qilish bilan bog'liq bo'lgan qonunlar tegishli moddalarida belgilangan ayrim me'yorlar haqida qisqacha ma'lumot keltiriladi.

O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasi II bo'lim 37 va 46-moddalarida inson va fuqaroning asosiy huquqlari, majburiyatlari hamda erkinliklari, har bir kishi mehnat qilishga, ishni erkin tanlashga, qoniqarli mehnat sharoitiga va qonunda ko'rsatilgandek ishsizlikdan himoyalani huquqiga ega, ayol va erkak teng huquqli ekanliklari o'z aksini topgan.

Homilador ayollarning mehnat muhofazasi, ayrim toifadagi homiladorlarga beriladigan qo'shimcha kafolatlar va imtiyozlar O'zbekiston Respublikasi "Mehnat kodeksi" da belgilab qo'yilgan. Kodeksning:

224-moddasida. "Homilador ayollarni va bolasi bor ayollarni ishga qabul qilishni rad etish va uning ish haqini kamaytirish taqiqlanadi. Homilador ayolni yoki 3 yoshga to'lmagan bolasi bor ayolni ishga qabul qilish rad etilgan taqdirda ish beruvchi rad etilishining sabablarni ularga yozma ravishda ma'lum qilishi shart. Mazkur shaxslarni ishga qabul qilishni rad etganlik ustidan sudga shikoyat qilinishi mumkin".

225-moddasida. Ayollar mehnatini qo'llanishi taqiqlanadigan ishlar.

Mehnat sharoiti noqulay ishlarda, shuningdek, yer osti ishlarida ayollar mehnatini qo'llash taqiqlanadi, yer ostidagi ba'zi ishlar bundan

mustasnodir. Ayollarning salomatligi uchun normadan ortiq mumkin bo'lmagan yuk ko'tarish va tashishlari man etiladi.

226-moddasida. Homilador ayollarni yengilroq yoki noqulay ishlab chiqarish omillarning ta'siridan xoli bo'lgan ishga o'tkazish.

Tibbiy xulosaga muvofiq homilador ayollarning ishlab chiqarish normalari, xizmat ko'rsatish normalari kamaytiriladi yoki ular avvalgi ishdagi o'rtacha oyliqi saqlangan holda yengilroq yoki noqulay ishlab chiqarish omillarining ta'siridan xoli bo'lgan ishga o'tkaziladi.

233-moddasida. Homiladorlik va tug'ish ta'tili. Ayollarga tuqqunga qadar 70 kalendar kuni va tuqqanidan keyin 56 kalendar kun (tug'ish qiyin kechgan yoki 2 va undan ortiq bola tug'ilgan hollarda 70 kalendar kuni) muddati bilan homiladorlik va tug'ish ta'tillari berilib, davlat ijtimoiy sug'urtasi bo'yicha nafaqa to'lanadi.

234-moddasida. Bola 2 va 3 yoshga to'lgunga qadar parvarishlash uchun beriladigan ta'tillar. Homiladorlik va tug'ish ta'tili tugagandan keyin ayolning xohishiga ko'ra unga bolasi 2 yoshga to'lgunga qadar bolani parvarishlash uchun ish haqi saqlanmaydigan qo'shimcha ta'til ham beriladi.

236-moddasida. Bolani ovqatlantirish uchun beriladigan tanaffuslar. 2 yoshga to'lmagan bolasi bor ayollarga dam olish va tushlik uchun beriladigan tanaffusdan tashqari, bolani ovqatlantirish uchun qo'shimcha tanaffuslar beriladi. Bolani ovqatlantirish uchun beriladigan tanaffuslar ish vaqtiga kiritiladi va o'rtacha oylik ish haqi hisobi bo'yicha ham to'lanadi.

237-moddasida. Homilador va bolasi bor ayollar bilan tuzilgan mehnat shartnomasini bekor qilishdagi kafolatlar. Homilador ayollar va 3 yoshga to'lmagan bolasi bor ayollar bilan tuzilgan mehnat shartnomasini ish beruvchining tashabbusi bilan bekor qilishga yo'l qo'yilmaydi. Korxonaning butunlay tugatilish hollari bundan mustasno, bunday hollarda mehnat shartnomasi ularni albatta ishga joylashtirish sharti bilan bekor qilinadi.

2019-yil 11-martda O'zbekiston Respublikasining "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi qonuni, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019-yil 8-noyabrdagi "Reproduktiv

yoshdagi ayollar, homiladorlar va bolalarga tibbiy yordam sifatini oshirish va ko'lamini kengaytirish to'g'risida"gi PQ 4513-sonli Qarori O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 28-yanvardagi "2022-2026-yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning Taraqqiyot strategiyasi to'g'risidagi"gi PF 60-son Farmoni bilan reproduktiv yoshdagi va ayollar, bolalar uchun yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish, perinatal markazlarni zarur tibbiy texnika va buyumlar bilan ta'minlash vazifasi belgilandi. So'nggi besh yil davomida amalga oshirilayotgan ijtimoiy-siyosiy onalik va bolalikni tizimli ravishda muhofaza qilish imkonini yaratdi, natijada onalar va go'daklar o'limining kamayishiga erishildi.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish. Onalar va bolalar salomatligini himoya qilish - butun mamlakat aholisining salomatligini saqlash va mustahkamlash garovidir. Salomatlikni tiklash va muhofaza qilish bolalikdan boshlanadi. Bolalar sog'lig'ini saqlash va mustahkamlash uchun sog'liqni saqlash tizimida maxsus tashkil etilgan onalik va bolalikni himoya qilish tizimi katta ahamiyatga ega. Onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimining asosiy vazifalaridan biri ona va bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam masalasi. Tibbiy yordam maxsus ambulatoriya - poliklinika va kasalxonalar sharoitida ayollar salomatligini muhofaza qilish, turli kasalliklarning oldini olish, ayniqsa, homiladorlik va tug'ruq davri asoratlari sonining kamayishiga, bolaning sog'lom rivojlanishi va tug'ilishiga yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Bu xizmatlar poliklinika, QVP, akusher-ginekologik majmualarda, ayollar maslahatxonalarida amalga oshiriladi.

Tibbiy yordamni rejalashtirish. Uni muvaffaqiyatli o'tkazish uchun maqsadni ifodalash, tibbiy aralashuv sferasini tanlash, aralashuv mezonlarini aniqlash, komanda a'zolari orasida vazifalarini aniqlab olish, xususiy kuzatish va axborotni yozib borish sistemasini ishlab chiqish muhim hisoblanadi. O'zbekistonning sog'liqni saqlash tizimida birlamchi bo'g'in shahar va tumanlarda oilaviy poliklinikalar, ko'p tarmoqli tuman markaziy poliklinikalari, ayniqsa, aholining asosiy qismini tashkil etadigan qishloq joylarda esa qishloq tibbiy punktlarida

SamDTU
axborot-resurs markazi

319298

(QVP) xotin-qizlar va 0-14 yoshgacha bo'lgan bolalarga tibbiy xizmat ko'rsatish ishlari amalga oshiriladi.

O'zbekiston QVP lar zamonaviy loyihalar asosida qurilgan, Jahon banki, Salomatlik-I, Salomatlik-II dasturlariga binoan tegishli diagnostik, davolash va profilaktika maqsadlari uchun foydalaniladigan asbob-uskunalar bilan jihozlangan. Aholi salomatligini muhofaza qilish uchun tegishli shart-sharoitlarga ega. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2009-yil 13-apreldagi PQ-1096-sonli Qaroriga ko'ra namunali QVPlari modelini yaratish bo'yicha samarali ishlar olib borilmoqda. Ya'ni QVPlarning moddiy texnik bazalarini yanada yaxshilash, ularni suv va elektr ta'mini, asbob-uskunalarining uzluksiz ishlashi, xodimlar malakasini oshirishga katta e'tibor qaratilmoqda.

Birlamchi bo'g'inning profilaktik va davolash ishi: ona va bolaning salomatligini himoya qilish, homiladorlikdan oldin, homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrda malakali ambulator akusher-ginekologik yordam ko'rsatishga yo'naltirilgan.

Ayol hayotining turli davrlarida akusherlik yordami ko'rsatish

Ayollarga homiladorlik davrida, tug'ruqdan keyingi davrda yordam ko'rsatish, ayollarni homiladorlikka va tug'ruqqa tayyorlash, ko'krak suti bilan emizishga tayyorlash, ginekologik kasalliklari bor ayollarga ambulator yordam ko'rsatish, oilani rejalashtirish bo'yicha maslahatlar va yordam berish: abortning oldini olish, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning oldini olish, zamonaviy kontrasepsiya usullarini qo'llashni tatbiq etish, kunduzgi statsionar sharoitida akusher-ginekologik yordam ko'rsatish, qonunga mos ravishda ijtimoiy-huquqiy yordam ko'rsatish, davolash - diagnostik jarayonning sifatini oshirish uchun izlanish, infeksiyani tarqalishini oldini olish, tibbiy xodimlar va bemorlarning xavfsizligini ta'minlash uchun sanitar-gigiyenik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazish, aholi orasida reproduktiv salomatlikni himoya qilishga qaratilgan bilimlarni oshirish uchun sanitar-oqartuv chora-tadbirlarini o'tkazish, ginekologik kasalliklari bo'lgan ayollarga dispanser kuzatuvini olib borish.

Homilador ayollarga dispanser kuzatuvini olib borish

Homilador ayollarni erta o'z vaqtida nazoratga olish, homilador ayollarning sog'lig'ini sistematik ravishda nazorat qilish, homilador ayollarni har tomonlama tekshiruvdan o'tkazish va somatik kasallik aniqlanganda kasalliklarni davolash, homilador ayol hujjatlarini to'ldirish, perinatal tekshiruvni o'tkazish, homilador ayolni «xavfi yuqori guruhga» aloqadorligini aniqlash, homilador ayollarga tug'ruqdan oldingi patronaj ishlarini tashkil etish, homilador ayollarni mehnat sharoitini o'rganish, homilador ayollarga o'z vaqtida tug'ruq muddatini va tug'ruqdan oldingi ta'til vaqtini aniqlash, o'z vaqtida malakaviy davolashni ta'minlash, homilador ayollarni tug'ruqqa ruhan va jismonan tayyorlash, "Onalar maktabi"da mashg'ulotlar o'tkazishni tashkil qilish va mashg'ulotlar olib borish, tug'ruqdan keyin ayollar salomatligini tiklashda yordam berish va nazorat qilish.

II BOB. O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIK YORDAM KO'RSATISH MUASSASALARINING ISHINI TASHKIL QILISH

TUG'RUQ KOMPLEKSINING (BO'LIMINING) TUZILISHI

Tug'ruq kompleksida (bo'limida) quyidagi tarkibiy bo'linmalar bo'ladi: statsionar, davolash-diagnostik bo'linmalar va ma'muriy-xo'jalik qismi.

Tug'ruq kompleksining (bo'limining) yoki ko'p tarmoqli shifoxonalarning tug'ruq bo'limlari tuzilmasi davolash-profilaktika muassasalari qurilishi me'yorlari va qoidalari talablariga, jihozlanishi, sanitariya va epidemiyaga qarshi kurashish tartibi - amaldagi me'yoriy hujjatlarga mos bo'lishi kerak.

Tug'ruq majmuasi (bo'limi) quyidagi qulayliklarga ega bo'lishi lozim:

1. Kislород ta'minoti.
2. Issiq va sovuq suv ta'minoti.
3. Kanalizatsiya.

4. Ko'chiriladigan va ko'chmas bakterisid nurlatgichlar va ventilyatsiya qurilmasi. Tug'ruq kompleksi tuzilmasida quyidagi bo'linmalar bo'lishi lozim:

■ qabul qilish va tekshirib ko'rish bo'linmasi (sanitariya ishlovidan o'tkazish xonasi);

■ homiladorlik patologiyasi bo'limi (palatasi) - umumiy akusherlik o'rinlarining 30-35% ni tashkil etadi;

■ I akusherlik bo'limi (umumiy akusherlik o'rinlarining 25-30% ni tashkil etishi lozim);

■ chaqaloqlar bo'limi;

■ II akusherlik bo'limi (umumiy akusherlik o'rinlarining 25-30% ni tashkil etishi lozim);

■ homilador, tug'ayotgan va tuqqan ayollar reanimatsiyasi va intensiv davolash bo'limi (palatasi);

■ yangi tug'ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi va intensiv davolash bo'limi;

■ ginekologiya bo'limi (akusherlik majmuasi umumiy o'rinlarining 15-20% ni tashkil etishi kerak);

■ sterilizatsiya va laboratoriya bo'limi.

Barcha bo'limlar tegishli tibbiy asbob-uskunalar, jihozlar, parvarish vositalari bilan ta'minlangan bo'lishi kerak. Tug'ruq komplekslarida (bo'limlarida) ortiqcha jihozlar, foydalanilmaydigan apparatlarni saqlash taqiqlanadi.

Barcha bo'limlardagi choyshab, kiyim-kechaklar va boshqalar tug'ruq majmuasi (bo'limi) uchun ajratilgan kirxonada yuvilishi kerak. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va tuqqan ayollarning kiyim-kechaklarini yuvishda ketma-ketlikka qat'iy rioya qilinishi lozim.

Tug'ruq kompleksining (bo'limining) har bir tarkibiy bo'limlari xodimlari grafik asosida ishlaydilar.

Tug'ruq komplekslarida (yoki ko'p tarmoqli kasalxonalarining tug'ruq bo'limlarida) akusherlik va ginekologiya bo'limlari alohida binolarda yoki qavatlarda joylashadi. Bunda tug'ruq bo'limi infeksiyon statsionar, kirxona va oshxonadan uzoqroqda bo'lishi kerak.

Akusherlik bo'limlarining' qabul qilib o'tkazish bloki orqali faqat homiladorlar, tug'ayotganlar va tuqqan ayollargina yotqiziladi.

Ginekologik bemorlar uchun alohida qabul bo'limi bo'lishi lozim.

TUG'RUQ KOMPLEKSI (BO'LIMI) TARKIBIY BO'LINMALARINING JIHOZLANISHI VA ISHINI TASHKIL QILISH

Qabul va tekshirib ko'rish bo'limi

Qabulxonada bo'lishi lozim: tibbiy xodim uchun stol, 2-3 ta stul, tarozi, bo'y o'lchagich, birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish uchun lozim bo'lgan dorilar saqlanadigan shkaf (masalan: karaxtlik yoki eklampsiya).

Qabul bo'limiga kelib tushgan ayolning umumiy ahvoliga baho beriladi, tana harorati o'lchanadi, tomog'i va terisi ko'riladi, tomir urishi sanaladi, ikkala qo'lida ham arterial qon bosimi o'lchanadi. Doya ayolning almashuv xaritasi bilan tanishib chiqadi, homiladorlikka va homiladorlik davrida, ayniqsa, akusherlik kompleksiga (bo'limiga) kelib tushishdan oldin boshidan kechirgan surunkali yallig'lanish-yuqumli kasalliklarini aniqlaydi. Homilador va tug'ayotgan ayolda atrofida uchun xavf tug'diruvchi kasallik mavjud bo'lsa, uni shu zahotiyoq bu to'g'risida xabardor qilish va kuzatish yoki tug'ish uchun maxsus ajratib qo'yilgan (bokslangan) xonaga yotqizish zarur.

Ayolning almashuv xaritasi bo'lmasa yoki almashuv xaritasida HvsAg, RW, VICH/OITSGa oid tekshiruv ma'lumotlari yo'q bo'lsa, ushbu infeksiyalarga tekshirish zarurati to'g'risida ayolni xabardor qilish va kerakli tekshiruvlar bilan ta'minlash zarur.

Qabul bo'limida barcha qon guruhlariga mansub, shu jumladan, rezus-manfiy omillikka, tekshirilgan zaxira donorlarining ro'yxati bo'lishi kerak.

Qonning umumiy tahlilini o'tkazish uchun kapillar, predmet oynasi, skarifikator va ikkita paxta shariklaridan iborat individual yig'malar zaxirasi bo'lishi kerak. Undan tashqari bu yerda qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun zarur bo'lgan zardoblar yig'masi (shu jumladan, albatta AB(IV) guruh zardobi), likopcha va boshqa kerakli vositalar bo'lishi zarur.

Tekshirib ko'rish xonasi.

Qabul bo'limining tekshirib ko'rish xonasida rezina choyshab (kleyonka) bilan to'liq yopilgan kushetka, ginekologik kreslo, 2 ta javon, sochiq, homiladorlar patologiyasi bo'limiga qabul qilinayotgan ayollar uchun xalatlar bo'lishi kerak.

Tekshirib ko'rish xonasida tarozi, bo'y o'lchagich, arterial qon bosimini o'lchash uchun tonometr (simobli yoki membranali), stetofonendoskop, akusherlik stetoskopi, qavatlangan, steril dokali va paxtali shariklar, har ehtimolga qarshi (ayol o'zi bilan olib kelmasa) tug'ayotganlar uchun steril, individual kiyim-kechak jamlanmasi, steril qo'lqop va rezina kateterlar, shuningdek,

shoshilinch tug'ruq qabul qilish uchun zarur bo'lgan vositalar to'plami bo'lishi lozim.

Tug'ruq tarixini rasmiylashtirishda anamnez yig'ilishi zarur. Anamnez yig'ilib, tana a'zolari va tizimlari obyektiv tekshirilib, tana vazni hamda bo'yi o'lchangach, homilador yoki tug'ayotgan ayolni shifoxonaning yoki uni o'zi olib kelgan toza choyshabi bilan yopilgan kushetkaga yotqiziladi. Unda homilani joylanish holati, pozitsiyasi, homila boshining chanoq kirish tekisligiga bo'lgan munosabati turi va holati aniqlanadi, bir daqiqa davomida homilaning yurak urishi sanaladi, qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun qon tahlili va oqsilni aniqlash uchun siydik olinadi.

Barcha obyektiv tekshirish ma'lumotlarini ayol tegishli bo'limga o'tkazilgandan keyin tug'ruq tarixiga yozishi kerak. -Ayolni qabulxona bo'limida bo'lish vaqtini mumkin qadar qisqartirish lozim.

Iloji bo'lsa, ayolni o'zining toza ko'ylagi, xalati, oyoq kiyimiga kiyintirish lozim. O'ziniki bo'lmasa, shifoxonaning steril kiyimi beriladi. Ayolning shaxsiy narsalarini uni kuzatib kelganlar olib ketadilar yoki ularni 2 ta xaltachaga solib (ikkinchi xalta oyoq kiyimi uchun) omborga topshiradilar. Akusherlik majmuasining barcha bo'limlariga qabul qilingan ayollar, yaxshisi, kir bo'lganda almashtirish sharti bilan o'z kiyimlaridan foydalanganlari ma'qul,

Homilador yoki tug'adigan ayollar:

■ qon ketish (normal joylashgan yo'ldoshni muddatidan oldin ko'chishi, plasentaning oldinda yotishi, bachadon yirtilish xavfi yoki yirtilishi);

■ gemorragik shok;

■ homilani tug'ish jarayonida ko'ndalang kelishi kabi asoratlar bilan kelib tushganda, ularni zambilda ko'tarib, shifokor yoki doya kuzatuvida zudlik bilan operatsiya xonasiga o'tkazish zarur.

Qabul bo'limida bo'lishi kerak:

■ homiladorlar, tug'adigan va tuqqan ayollarni qabul qilish jurnali;

■ bitga qarshi preparatlar bilan ishlov berishni qayd qilish jurnali;

■ umumiy tozalash grafigi va qayd qilish jurnali.

Bularning barchasi ayolning ko'ziga tashlanmaydigan joyda turishi kerak.

Sanitariya ishlovi berib o'tkazish xonasi

Homilador va tug'adigan ayollar o'z xohishlari bo'yicha sanitariya ko'rigidan o'tadilar. Dush qabul qiladilar, dushxona polida rezina gilamcha bo'lishi kerak. Tekshirib ko'rish xonasidan ayollar tibbiyot xodimi kuzatuvda tug'ruq blokiga yoki homiladorlik patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi.

Homiladorlik patologiyasi bo'limi (HPB)

Homiladorlik patologiyasi bo'limi ham akusherlik, ham ekstragenital patologiyasi bo'lgan homiladorlarga yuqori malakali tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. Har bir homilador ayol uchun tug'ruqqa tayyorlash va uni olib borishning individual taktikasi ishlab chiqiladi. Somatik patologiyasi bo'lgan barcha homilador ayollar albatta terapevt, zarurat tug'ilganda tor ixtisosli mutaxassislar ko'rigi bilan ta'minlanishlari lozim.

Homiladorlik patologiyasi bo'limi:

1. homiladorlar uchun xonalar;
2. intensiv davolash xonasi;
3. muolaja xonasi;
4. prosedura xonasidan iborat.

Homiladorlik patologiyasi bo'limini rejalashtirishda homiladorlarni tug'ruq majmuasining boshqa bo'limlarini chetlab o'tib, akusherlik bo'limiga to'g'ridan-to'g'ri o'tkazish ehtimolini e'tiborga olishi kerak,

HPBning ish tartibi somatik statsionar ish tartibiga moslashtiriladi.

Intensiv davolash xonasi (palatasi).

Intensiv davolash xonasi odatda, HPBda, tug'ruq bo'limida esa zarurat tug'ilganda tashkil qilinadi.

Xonada funksional karavot, karavot yoniga qo'yiladigan tumbochka, tuvak, tuvak qo'ygich, tomchilab quyish uchun shtativ, zarur miqdordagi dorilar uchun shkaf, shprislar, ninalar, til ushlab turgich, og'iz kengaytirgich, laringoskop, asboblari uchun stol bo'lishi kerak. Agar xonada bemor ayol bo'lsa, unda karavot yonida narkoz apparati turishi lozim. Eklampsiya bo'lgan ayol uchun individual tibbiy post o'rnatiladi.

Muolajalar xonasi

Muolaja xonasi homilador ayollarni tashqi va ichki (qin orqali) akusherlik tekshiruvlari va kichik jarrohlik amallarini o'tkazish uchun mo'ljallangan.

Bu xonada quyidagilar joylashtiriladi: qinni tekshirish uchun ginekologik kreslo, 1 shkaf, 2 ta stol, 1 stul, kushetka, tumbochka, arterial qon bosimni o'lchaydigan asboblar, chanoq o'lchagich, santimetrli tasma, stetoskoplari, harorat o'lchagich termometrlar.

Shkafda bachadon bo'yni yetishmovchiligini operatsiya yo'li bilan bartaraf etish uchun tibbiy asboblar (qin ko'zgulari, ko'targich), 2 ta qisqich, 2 ta stol, mayda tishli qisqichlar, 2 ta anatomik va jarrohlik pinsetlari, to'g'ri va egri uzun qaychilar, ignaushlagich, skalpel, har xil tikish ignalari), iplarni olish to'plami (anatomik va jarrohlik pinsetlar, qaychi, skobkani olish pinseti). Bachadon bo'yni va qin sanatsiyasi uchun zarur dokalarning sterillash sanasi ko'rsatilgan va o'zi ham sterillangan qoplamada bo'lishi shart.

Homilador ayol kelib tushgan kunida qin tekshiruvlari zaruratga qarab o'tkaziladi. Plasenta oldinda joylashganligiga gumon qilinsa, qin tekshirishlari operatsiya xonasida o'tkaziladi.

Shuningdek, yetarli miqdorda kleyonka xaltada saqlanadi, dezinfeksiyalangan, to'shaladigan kleyonkalar ham bo'lishi zarur. Har bir ayol tekshirib ko'rilgandan keyin, foydalanilgan yelim to'shak maxsus idishlardagi kimyoviy suvlar bilan zararsizlantiriladi.

Prosedura xonasi

Prosedura xonasida tahlil uchun tomirdan qon olinadi, inyeksiyalar, homiladorlarga tomir orqali dori yuborish, qon quyish va boshqa amallar bajariladi.

Ushbu xonada: 2 ta javon, 2 ta stol, 1 ta stul, kushetka, suyuq va surtma dorilar, qon guruhlarini aniqlash uchun zardoblar saqlanadigan muzlatgich, qon quyish uchun shtativ, dorilar uchun seyf bo'lishi lozim.

Javonlarning birida dorilar, dori tarqatish uchun emal idishda menzurkalar, ikkinchisida – qon guruhlarini aniqlash uchun likopchalar,

Petri kosachalari, suv termometri, 3-4 ta Koxer qisqichlari, suv hammomi, qon quyish uchun steril sistema saqlanadi. Stolning birida mato va dokadan tayyorlangan shariklar hamda niqoblar saqlanadigan biks, steril shpris va ignalar joylashtiriladi. Ikkinchi stol qon quyishda va boshqalarda foydalaniladi.

Akusherlik bo'limi

Akusherlik bo'limlari o'rinlar soniga qarab I akusherlik bo'limi va II akusherlik bo'limi tashki etiladi. Bo'limlarning ikkalasi ham bir-biriga o'xshash bo'lib, tug'ruqlar qabul qilish va tug'ruqdan keyingi davrni olib borish uchun mo'ljallangan. Atrofidagilar uchun xavf tug'diruvchi infeksiyaning klinik belgilari bo'lsa, ayollar maxsus ajratib qo'yilgan (boks) xonalarga joylashtiriladi. Akusherlik bo'limi tug'ruq zallari (xonalari), tug'ruqdan keyingi xonalar (palatalar), infeksiyasi bor ayollar uchun maxsus ajratilgan xona, operatsiya bloki hamda sanitar xonalaridan tarkib topadi.

TUG'RUQ BLOKI

Tug'ruq xonalari (zallari)

Tug'ruq zalida xodimlar aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda ishlaydilar. Tug'ruq zallari yaxshi tabiiy va sun'iy yorug'likka ega bo'lishi, havo harorati 26 darajadan kam bo'lmasligi (albatta termometr bo'lishi kerak), eshiklari yopiq bo'lishi kerak.

Tug'ruq blokida quyidagi xonalar bo'lishini nazarda tutish kerak:

a) tuvaklarni yuvish va dezinfeksiyalash, kleyonkalarni yuvish, dezinfeksiyalash va quritish xonasi;

b) yo'ldoshni vaqtinchalik saqlash uchun muzlatgich turadigan xona;

Individual tug'ruq zalida kushetka, tug'adigan ayol va tug'ruq qabul qilish uchun karavotlar, sterillangan bikslar qo'yiladigan o'rindiqliq, asboblari uchun stol, dori-darmonlar va tibbiy asboblari uchun javonlar, aylanadigan taburet, 1-2 ta stul, ko'chma reflektor, ehtiyot yoritgichlar, tomchilab quyish uchun shtativlar. Barcha inventar oson ishlov beriladigan narsa bilan qoplangan bo'lishi lozim. Elektr so'rg'ich, narkoz

apparati, chiqindi materiallarni yig'ish uchun 2 ta emallangan tog'ora, qattiq inventar va jihozlarga ishlov berish uchun dezinfeksiyalovchi eritma solingan qopqoq bilan yopilgan emallangan raqamli idish, suv o'tkazmaydigan materialdan qilingan fartuklar ham bo'lmog'i lozim.

Dezinfeksiyalash uchun steril vetosh bir marta ishlatiladi, so'ngra u yuviladi, quritiladi va sterilizatsiya bo'limiga topshiriladi.

Og'riqsizlantirish va reanimatsiya yordami ko'rsatish uchun zarur barcha vositalar, veneseksiya, o'mrov osti vena qon tomiri punksiyasi, spinal, epidural va peridural og'riqsizlantirish uchun steril to'plamlar alohida saqlanishi kerak. Bundan tashqari, likopcha, suv termometri va qon guruhi hamda Solovev uslubi bo'yicha qon mosligini aniqlash uchun Petri kosachalari (zardoblar yig'masi muzlatgichda saqlanadi), qon quyish uchun sterillangan sistema, Li-Uayt bo'yicha qonning ivish vaqtini tekshirish uchun 2-3 probirka, qon olish uchun 5-6 ta flakonlar, shprislar, ninalar, yodning 5%li spirtli eritmasi, 1%li yodonat yoki 700, 960 li etil spirti bilan artilgan shisha flakonlar, qaychilar, yopishqoq malham (leykoplastir) va chiqindilarni tashlash uchun idish ham zarur bo'ladi.

Dori-darmonlar uchun javonning bir qavatiga qon ketishda shoshi-linch yordam ko'rsatish uchun barcha zarur dorilar joylashtiriladi, ikkinchisiga - gestozlarda va uchinchisiga - yurak - qon tomir sistemasi kasalliklari bo'lgan ayollarda qon aylanishining buzilishida ishlatiladigan dorilar quyiladi. Stollarning biriga maxsus o'rindiqlarga sterillangan to'shagichlar, tagliklar, doka shariklar, xalatlari, rezina kateterlar solingan bikslar qo'yib qo'yiladi. Boshqa stolda 3 ta kornsang, 3-4 ta to'g'ri qisqichlar, uzun egilgan qaychilar, qin ko'z gusi va ko'targich, katta kyuretka (tug'ruqdan keyin bachadonni asboblar yordamida tekshirish uchun), 1-2 ta Koxer qisqichi, 2-3 ta metall kateterlar, steril shprislar, ninalar, yodning 5% li spirt eritmasi yoki 1% li yodonat saqlanadigan yaxshi yopilgan keng bo'yinli qora shisha banka, 700 li spirt, sterillangan vazelin yog'i bo'lgan flakon, steril matoga o'ralgan kornsang solingan sterilizatorlar joylashtiriladi. Stol va maxsus o'rindiqlarga steril materiallar va tug'ruq qabul qilish uchun steril jamlanmalar solingan bikslar qo'yib qo'yiladi.

Tug'ruq qabul qilish uchun kerak bo'lgan jamlanma ichiga quyidagilar kiradi:

a) tugʻadigan ayol uchun: koʻylak, toʻshaladigan kleyonka, choyshab, kateter, mato shariklar;

b) doya uchun: xalat, qoʻlqop, qalpoqcha. Shifokor va doya uchun alohida toza respiratorlar;

d) yangi tugʻilgan chaqaloq uchun kiyim va tagliklar.

Yangi tugʻilgan chaqaloq uchun uydan olib kelingan kiyim-kechak (paxtalik, toza, dazmollangan) yoki chaqaloqlar uchun maxsus jamlanma: ishlatilsa yanada yaxshi boʻladi.

Kindikka birlamchi ishlov berish uchun jamlanma 2 ta qisqich, qaychi, steril shariklardan tashkil topadi.

Kindikka ikkilamchi ishlov berish uchun jamlanma qaychi, qisqichlar, Rogovin qisqichi, 2 dona diametri 1 mm va uzunligi 1,5 sm boʻlgan ipak ligatura yoki steril rezina halqalar, steril shariklardan iboratdir.

Tuqqan ayol uchun jamlanma quyidagilardan iborat:

- bachadon boʻynini tekshirib koʻrish uchun jamlanma (keng uzun plastinkasimon akusherlik koʻzgulari, katta koʻtargich, 3 ta abortsang, 1 ta kornsang, 1 ta Koxer qisqichi);

- bachadon boʻyni, qin, oraliq yirtilishini tikish uchun toʻplam (igna ushlagich, qaychilar, pinsetlar, bachadon boʻynini ushlash uchun qisqich, oynalar); rezinali vakuum ekstraktori.

Yigʻmalar miqdori tugʻruq blokida bir sutka davomida oʻrta hisobda nechta tugʻruqlar qabul qilinishiga bogʻliq boʻladi.

Tugʻruq zalida kislorod taʼminoti boʻlishi zarur.

Markazlashgan kislorod taʼminoti boʻlmasa, palatadan tashqarida mahkamlangan kislorod ballonlaridan foydalaniladi. Barcha idishlar yogʻli boʻyoqlar bilan raqamlangan boʻlishi, bikslarga yorliqlar bogʻlangan boʻlishi kerak.

Tugʻruq zallarida tozalikni saqlashda quyidagi tamoyillariga qatʼiy rioya qilish zarur:

- qoʻllarni tozalash, steril qoʻlqop kiyish;

- oraliqni toza tutish (toza suv bilan yuvish mumkin, dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuvish tavsiya etilmaydi);

- tugʻruq karavotini sovunli suyuqlik bilan yaxshilab yuvish, kleyonkalarga ishlov berish;

- kindikni steril sharoitda kesish;
- yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarishlashda tozalikni saqlash (tibbiyot xodimi steril qo'lqoplar kiyishi lozim);

- kindik kesilgan joy qurishi va bitishi uchun ochiq qolishi kerak. Kindik kesilgan joyga biron-bir maxsus ishlov berish talab qilinmaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqqa onaning ko'kragi tutilsa bachadon qisqarishini tezlashtiradi.

Bachadon qisqarishi uchun muz qo'yish tavsiya qilinmaydi.

Tibbiyot xodimi yangi tug'ilgan chaqaloqqa qilinayotgan har bir muolajadan oldin va undan keyin qo'llarini sovunlab yuvishi lozim.

Ona va bolani tug'ruq zalidan tug'ruqdan keyingi palataga o'tkazishda gipotermiyani o'ziga xos zararini esda tutish va yangi tug'ilgan chaqaloqni sovqotishdan saqlash choralarini ko'rish zarur. Bu xususda eng samaralisi yangi tug'ilgan chaqaloqni ona ko'kragida issiq adyol tagida olib o'tishdir.

Yuqumli kasallik belgilari bo'lgan qarindoshlar tug'ruq zaliga kiritilmaydi.

Tug'ruqdan keyingi bo'lim.

Akusherlik bo'limining tug'ruqdan keyingi palatalar soni bo'limdagi o'rinlar miqdoriga bog'liq bo'ladi. Bo'limda quyidagilar ko'zda tutilishi kerak:

- tekshirib ko'rish xonasi (bu yerda tuqqan ayollarni ginekologik kresloda tekshirib ko'riladi va tashqi jinsiy a'zolari tozalanadi);

- prosedura xonasi;

- vaksinalarni saqlash xonasi (muzlatgich bilan);

- oshxonadan olib kelingan ovqatni tarqatish xonasi;

- dushxona;

- tuvaklarni yuvish va zararsizlantirish uchun qo'shimcha yuvg'ich joyiga ega bo'lgan sanitariya shaxobchasi.

Akusherlik bo'limlarining barcha tug'ruqdan keyingi palatalarida ish tuqqan ayol va uning chaqalog'ini birgalikda bo'lishi tamoyili bo'yicha tashkil qilinishi kerak. Kasal bo'lib qolgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ixtisoslashgan yordamning II bosqichiga, ya'ni ko'p tarmoqli bolalar kasalxonasining yangi tug'ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi. Ruhiy kasallik aniqlangan tuqqan ayol oldida

uni yaqin qarindoshlaridan biri yoki tibbiyot xodimi doimo bo'lishi lozim.

Ona tug'ruqdan keyingi palataga o'tkazilgandan so'ng uning umumiy holati tekshiriladi, tana harorati va qon bosimi o'lchanadi, bachadoni paypaslab ko'riladi, uni qisqarish darajasi tekshirib ko'riladi, shuningdek, tug'ruqdan keyingi ajralmalar hajmi nazorat qilinadi.

Tuqqan ayolning siydik pufagi tug'ruqdan keyingi 8 soat davomida bo'sh bo'lishi lozim. Agar siydik pufagi to'la bo'lsa, bachadon bo'shashishi mumkin va bu esa gipotonik qon ketishga olib keladi. Ayrim hollarda kateter ishlatishga to'g'ri kelishi mumkin, lekin infeksiya xavfini e'tiborga olib iloji boricha buni qilmaslikka harakat qilishi kerak.

Tuqqan ayolni tug'ruqdan bir necha soat o'tgandan keyin oyoqqa turib yurishga sharoit yaratish zarur. Erta harakat qilish chaqalog'ini parvarish qilishida yordam beradi.

Alohida maxsus (boks) palatalar.

Bu palatalar havo-tomchi yo'li bilan yuqish xavfi bo'lgan infeksiyon kasalliklar (silning ochiq shakli, O'RVI) belgilari bo'lgan tug'adigan va tuqqan ayollarni yotqizishga mo'ljallangan.

Alohida maxsus palatalar bitta ayolni joylashtirilishiga hisoblangan bo'lishi kerak. Bolasi alohida palataga yotqiziladi.

Alohida maxsus palataga o'tkazish, uning yotqizilishi yoki o'tkazilishi sababi ko'rsatilgan holda maxsus jurnalda qayd qilib qo'yilishi lozim.

Infeksiyalar asorati profilaktikasi

Infeksiya xavfini pasaytirish uchun tuqqan ayol shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilishi lozim. Bolaga qarashdan oldin qo'llarini muntazam ravishda yuvish, ayniqsa, muhimdir. Ona tashqi jinsiy a'zolari sohasini doimo, ayniqsa, siydik va axlat chiqarishdan keyin toza tutishi kerak. Engashib yoki tog'ora ustida o'tirib oraliqni yuvib turish uni ozoda saqlashga imkon beradi. Yuvib bo'lgandan keyin oraliqni quritish kerak, lekin buning uchun talk yoki dezodorant ishlatmaslik lozim. Infeksiyani oldini olish uchun gigiyenik taglikni tez-tez almashtirib turishi kerak.

Tuqqan ayol tug'ruqdan keyin paydo bo'lishi mumkin bo'lgan infeksiya alomatlarini kuzatib borishi lozim. Agar ko'krak so'rg'ichi quruq, toza bo'lsa va bolaga ko'krak tutish to'g'ri bajarilsa, so'rg'ichlar

shikastlanmaydi hamda bu orqali sut bezlarining infeksiyaga chalinishining oldini olish mumkin.

Uydan olib kelingan ichki kiyimlar unchalik toza bo'lmasa, u holda statsionar toza kiyimlaridan foydalanish zarur.

Operatsiya bloki.

Operatsiya bloki statsionarning tarkibiy bo'linmalaridan bo'lib, akusherlik bo'limlari va bokslangan palatalardan alohida operatsiya amallarini bajarishga mo'ljallangan xonalar majmuasidan iboratdir.

Operatsiya blokiga quyidagilar kiradi:

- operatsiya oldi xonasi;
- operatsiya xonasi;
- materiallar xonasi;
- maxsus kiyimlar va xodimlarning ishchi kiyimlari xonasi;
- apparatlar va asbob-uskunalarni joylashtirish xonasi;
- katta hamshira uchun xona.

Operatsiya bloki statsionar bakterisid nurlatgichlar va havoni tashqaridan tortib oladigan shamollatgich qurilmalariga ega bo'lishi lozim.

Namlik tartibida ishlaydigan hamda joriy namlab tozalanadigan xonalar (operatsiya, operatsiya oldi, boylov, narkoz, reanimatsiya xonalari, shuningdek, dushxona, hojatxona, huqna, ifloslangan kiyim-kechaklar saralanadigan xonalar) devorlari to'liq glazurlangan plitkalar yoki namlikka chidamli boshqa materiallar bilan qoplanishi kerak. Bu xonalarning shiftlari yog'li bo'yoqlar bilan bo'yalishi lozim.

Pollar suv o'tkazmaydigan materiallar, operatsiya, operatsiya oldi va boshqa xonalarning poli esa antistatik marmar, plitka va hokazolar bilan qoplangan bo'ladi.

Operatsiya xonalari bir-birini ustiga joylashtirilganda (ko'p qavatli binolarda), sog'lom ayollar uchun operatsiya xonasi yuqorida, infeksiya alomati bo'lgan ayollar uchun esa pastki qavatda bo'lishi kerak.

Operatsiya blokida xodimlarni o'z oyoq kiyimida yurishiga ruxsat berilmaydi.

Jarrohlar, hamshiralar va operatsiya jarayonida ishtirok etadigan boshqa shaxslar operatsiyaga kirishidan oldin maxsus kiyimlarini kiyadilar (ko'ylak-ishton, oyoq kiyimi, bosh kiyimi), operatsiya oldi

xonasida baxil, niqob kiyadilar, qo'llarini yuvadilar, operatsiya xonasida sterillangan xalat va qo'lqop kiyiladi (ularni operatsiya hamshirasi sterillangan biksdan olib berib turadi). Zarur bo'lsa, operatsiyada qatnashayotganlar saqlanish vositalarini kiyadilar (ko'zoynak).

Steril asboblari stoli operatsiya amaliyotidan oldin steril choyshab bilan yopiladi va unga steril asboblari yoyib qo'yiladi hamda ustidan steril choyshab tashlanadi.

Boylov materiali, ichki kiyimlar va operatsiyada foydalanilgan boshqa narsalar ichida kleyonkalik xaltachasi bo'lgan, usti yopiladigan va raqamlangan maxsus ajratilgan idishga yig'iladi.

Ayol operatsiya xonasidan intensiv davolash xonasi yoki operatsiyadan keyingi xonaga (palataga) o'tkazilishidan oldin va u yerdagi karavot, karavot oldi tumbochkasi dezinfeksiyalovchi suyuqlik bilan artiladi. Karavotga toza ko'rpa-to'shak to'shaladi.

Operatsiya bloki, boylash xonalari, reanimatsiya bo'limi va intensiv davolash xonasi kuniga kamida 2 marta ho'l latta bilan tozalanadi. Haftada bir marta operatsiya blokida va boylov xonalarida umumiy tozalash o'tkaziladi.

Operatsiya oldi xonasi

Operatsiya oldi xonasining jihozlanishi: 2 ta tumbochka, 2 ta stol, jarrohlari qo'lini yuvishi uchun emallangan tog'ora va uni qo'yadigan taglik, qon va uni o'rnini bosadigan suyuqliklarni saqlash uchun muzlatgich (operatsiya blokida buning uchun maxsus xona bo'lmasa).

Muzlatgichlarda qon zaxirasiga ega bo'lish kerak: rezus-musbat - O(I) guruh 2 flakon va qolgan guruhlarniki 1 flakondan, rezus-manfiy - O(I) guruh 2 flakon, A(II) va V(III) guruhlarniki 1 flakondan. Muzlatgichda qondan tashqari qonning barcha guruhlarning yangi muzlatilgan zardoblari 1 flakondan, albumin (2-3 flakon). Shuningdek, 6% li poliglyukin, reopoliglyukin, 5% li gemodez, 8% li jelatinol, kristalloid eritmalar (disol, trisol, xlosol va boshqalar) bo'lishi kerak.

Operatsiya blokida og'riqsizlantirish xizmati uchun xona bo'lishi shart. Xonada nafas oldirish va narkoz apparatlarini yuvish, ivitish, ho'llash va distillangan suv bilan chayish uchun ishlatiladigan idishlar to'plami bo'lishi lozim.

Operatsiya oldi xonasidagi suv jo'mragi oldiga qo'llarni yuvish uchun sterillangan cho'tkasi bo'lgan og'zi qopqoq bilan yopiladigan emal idish joylashtiriladi, shuningdek, steril matoga o'ralgan qaychi va kornsang qo'yiladi.

Qo'llar sovun va so'ngra dezinfektant bilan yuviladi.

Qorin bo'shlig'ida akusherlik operatsiyalari amaliyoti uchun kamida 2-3 ta, yangi tutilgan chaqalloqqa qon almashtirib quyish uchun 1-2 ta asboblardan va materiallardan jamlanmasiga ega bo'lishi kerak. Bikslar amaldagi me'yoriy hujjatlarga asoslangan holda to'ldirilishi lozim.

Operatsiya xonasi

Jihozlanishi: operatsiya stoli, asboblardan uchun 2 ta stol (birida operatsiya ishi bajarilayotganda zarur bo'lgan hamma narsalar, jarrohga yaqin turadigan ikkinchi ko'chma stolda – operatsiya ishining hozirgi bosqichida kerak bo'ladigan narsalar turadi), narkoz berish va nafas oldirish apparatlari, monitor, elektrokardiograf, elektr so'rg'ich (elektrootso), vakuum – ekstraktor, koagulator, defibrillator va boshqalar, qon quyish tizimlari (sistemalari) uchun shtativlar, bir necha taburetka, qo'shimcha yoritish uchun ko'chma reflektor, foydalanilgan material uchun tog'oralar, yangi tutilgan chaqaloqni yo'rgaklash uchun kleyonka, g'ilofli matras to'shalgan yo'rgaklash stoli va yangi tug'ilgan chaqaloq o'pkasini sun'iy nafas oldirish uchun apparat bo'lishi kerak. Maxsus javonda steril shprislar, ninalar, bo'yni keng va tiqin bilan yopilgan, ipak va ketgut solingan shisha idishlar, ketgutlik ampulalar, bachadonni qisqartiruvchi vositalar, steril eritmalar (natriy xloridining izotonik eritmasi, 5% li glukoza, yodning 3% va 5% li spirtli eritmasi solingan flakonlar) va 70% li etil spirti saqlanadi.

Operatsiya xonasida anesteziolog-reanimatolog shifokor uchun tortib ochiladigan yashiklari bo'lgan ko'chma stol bo'lishi lozim. Stol yashiklarida umumiy og'riqsizlantirish va reanimatsiya choralarini o'tkazish uchun zarur bo'lgan dori-darmonlar, ingalatsion narkoz uchun anestetiklar (geksenal, teopental natriy anesteziolog-reanimatolog stolida turishi mumkin) ingalatsion anestetiklar-ftorotan yorug'lik tushmaydigan joyda saqlanishi kerak.

Operatsiya xonasi kislorod va azot oksidi bilan ta'minlanishi kerak, Markazlashgan kislorod berish mumkin bo'lmaganda, maxsus ajratilgan joyda uni ushlab turadigan qurilmalari bo'lgan va kavlab qo'yilgan joyga o'rnatilgan kislorod balloniga ega bo'lishi lozim. Katta operatsiya xonasida stol va yangi tug'ilgan chaqaloqqa qon almashtirib quyish uchun zarur bo'lgan maxsus jamlanmalarga ega bo'lish kerak,

Operatsiya maydonini dezinfeksiyalash uchun 70°li spirt, 5%li yod, 1%li yodonat, yodopirin va xlorgeksidin biglyukonat (sterillangan salfetka bilan 2 marta surtish uchun) qo'llaniladi.

Qorinni tikishdan oldin hamshira barcha asboblari va doka salfetkalar borligini sanab chiqadi hamda bu to'g'risida jarrohga hisobot beradi.

Tikish materialini saqlash

Ketgut yodning 2%li spirtli eritmasida og'zi mahkam yopilgan shisha idishda saqlanadi; ipak va kapron iplar 70°li etil spirtida og'zi yopilgan bankalarda alohida saqlanadi.

Tikish materialini har bir yangi olingan partiyasini bakteriologik sterillikka tekshirish lozim, Tikish materialini laborator tekshirish ma'lumotlari maxsus daftarda qayd qilib qo'yilishi kerak. Musbat natija olingan holatlarda yozma ravishda darhol hududiy davlat sanitariya epidemiologiya nazorati tashkilotiga xabar berish zarur.

Har bir operatsiya xonasida o'zining tikish materiali bo'lishi kerak. Ketgut 2 marta, ipak, kapron iplar 1 marta maxsus muhitga ekilgandan so'ng bakteriya topilmay steril holatda bo'lsa, ishlataverish mumkin.

Operatsiya xonasida havo harorati 22-26 °C darajada, namligi 50%da saqlanishi kerak, operatsiya va tozalash tutagandan keyin operatsiya bloki qulflab qo'yiladi. Kalit navbatchi operatsiya hamshirasida saqlanadi.

Tibbiy asboblarga dastlabki sterilizatsiya ishlovi berish markazlashgan sterellash bo'limida bajariladi.

Operatsiya blokining sanitariya xonasi quyidagi xonalardan iborat:

- a) ifloslangan kiyim-kechakni vaqtinchalik saqlash xonasi (kamida 6 kv. m);
- b) toza kiyim-kechaklarni saqlash uchun omborcha (kamida 6 kv. m);
- d) xonalarni tozalashda ishlatiladigan narsalarni qo'yish uchun omborcha (kamida 4 kv. m.).

Anesteziologiya – reanimatsiya bo'limi

Anesteziologiya – reanimatsiya bo'limi tug'ruq majmuasi (bo'limi) tarkibida tashkil qilinadi va uning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- operatsiyada, tug'ruqlarda, diagnostik va davolash muolajalarida umumiy og'riqsizlantirish, narkoz va regionar og'riqsizlantirishga tayyorlash va bajarish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish;

- kasallik, operatsiya aralashuvi va boshqa sabablar tufayli yuzaga kelgan hayotiy muhim a'zolar faoliyatini qo'llab-quvvatlash hamda tiklash bo'yicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish;

Asosiy vazifalariga mos ravishda xodimlar:

- ko'rsatmalar bo'yicha homiladorligi asoratli kechgan, ekstragenital kasalliklari bo'lgan homilador va tuqqan ayollarga hamda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga intensiv davolash choralari o'tkazadi;

- umumiy va regionar og'riqsizlantirishning optimal uslubini aniqlaydi;

- operatsiya, tug'ruqlar, diagnostik va davolash muolajalarida umumiy va regionar og'riqsizlantirish hamda operatsiyaga tayyorlash ishlarini amalga oshiradi;

Tayanch so'z va iboralar:

Tibbiy hamshira, oilaviy poliklinika, patronaj, gigiyena, akusherlik ginekologiya majmuyi, qabul bo'lim, fiziologik akusherlik bo'limi, observatsiya bo'limi, homiladorlik patologiyasi bo'limi, chaqaloqlar bo'limi, ginekologiya bo'limi, sanitariya-gigiyenik tadbirlar, epidemiyaga qarshi kurash

III BOB. AYOL JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI



1-rasm. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari

1 - qov; 2 - klitor; 3 - siydik chiqarish kanali (uretra) ning tashqi teshigi; 4 - qizlik pardasi; 5-qin kirish qismi; 6 - kichik jinsiy lab; 7 - katta jinsiy lab; 8 - orqa bitishma; 9 - oraliq; 10-orqa chiqaruv teshigi.

Ayol jinsiy a'zolarini tashqi va ichki jinsiy a'zolarga ajratiladi. 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'zolarga qov, katta va kichik (uyatli) jinsiy lablar, klitor, qin dahlizi, uning katta bezlari - Bartolin bezlari kiradi (1-rasm). Tashqi va ichki jinsiy a'zolar o'rtasidagi chegara qizlik pardasi (hymen) hisoblanadi.

Qov (mons pubis) simfizning oldingi va yuqori tomonida joylashgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog'i) dan iborat. Qov jun bilan qoplangan bo'ladi. Bolalik davrida qov junsiz bo'ladi, keksalik davrida esa qovdagi jun siyraklashib qoladi. Qov junining o'sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po'stlog'ining faoliyatiga bog'liq.

Katta jinsiy lablar (labia pudendae majora) - uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidan iborat. Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan qon tomirlar, nervlar va fibroz tolalar o'tadi. Katta jinsiy lablar orasi jinsiy yoriq (rima pudendi) deb ataladi. Katta jinsiy lablar bag'rida qin dahlizining katta bezlari - Bartolin bezlari (glandulae Bartholinii) joylashgan. Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolyar-naysimon

bezlardir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo'li orqali tashqariga chiqadi, bu yo'lning uzunligi 1,5-2 sm. 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.

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 jinsiy a'zosi (penis) ga analog a'zo) bo'lib, qo'shilib ketgan ikkita (g'orsimon) tanadan iborat. G'orsimon tanalarda tutash bo'shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo'shliqlarda aylanib yuradi. Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida, kichik jinsiy lablarning qo'shilib ketgan oyoqchalari orasida kichkina do'mboqchaga o'xshab turtib chiqib turadi.

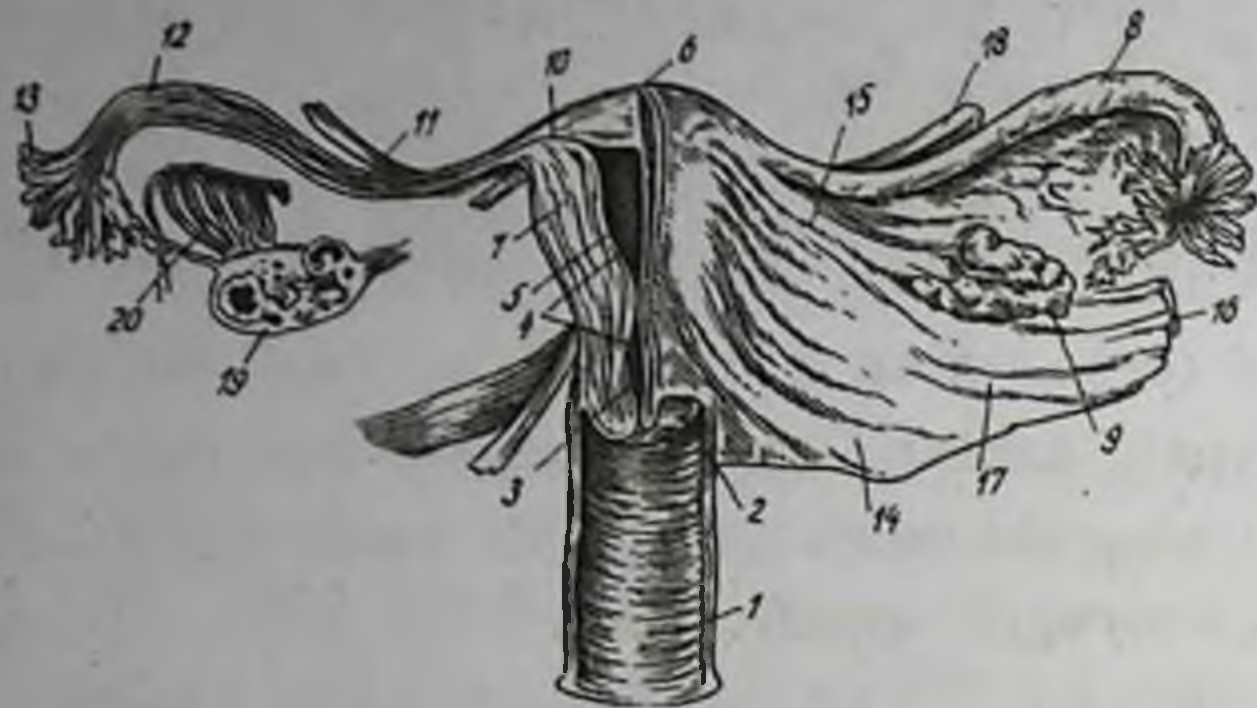
Qizlik pardasi (hymen) – qo'shuvchi to'qimadan tuzilgai bo'lib, iffatli qizlarda qin kirish qismini to'sib turadi. Qizlik pardasining teshigi bo'ladi, bu teshikning shakli va joylashuvi har xil. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarim oy, kungirador va naysimon shaklda bo'ladi. Ba'zan qizlik pardasining ikkita yoki bir nechta mayda teshigi kuzatiladi, goho yaxlit (teshiksiz) bo'ladi. Qizlik pardasi tug'ma teshiksiz bo'lishi yoki bolalik davrida vulva yallig'lanishi natijasida teshigi berkilib qolishi mumkin.

Birinchi jinsiy aloqada qizlik pardasi yirtiladi, ayni vaqtda yorilgan tomirlardan qon oqadi. Qizlik pardasidan gimenal so'rg'ichlar (*carunculae hymenales*) qoladi.

Ichki jinsiy a'zolar (*Genitalia interna*)

Ichki jinsiy a'zolarga qin, bachadon, bachadon naylari (tuxum yo'llari) va tuxumdonlar kiradi (2-rasm).

Qin (vagina s. colpos) – kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon, muskulli elastik a'zodir. Qin oldindan va pastdan orqaga ham yuqoriga qarab boradi, qizlik pardasidan boshlanib, bachadon bo'yniga yopishadigan joyda tugaydi. Qinning bo'yi va eni ancha o'zgaruvchan bo'ladi.



2-rasm. Ayolning ichki jinsiy a'zolari (frontal sathdan kesilgan).

1-qin; 2-bachadon bo'ynining qindagi qismi; 3-bachadon bo'ynining kanali; 4-bachadon bo'g'zi; 5-bachadon bo'shlig'i; 6-bachadon tubi; 7-bachadon devori; 8-bachadon nayi (tuxum yo'li); 9 – tuxumdon; 10-bachadon nayining intersitsial qismi; 11-bachadon nayining istmik (bo'g'iz) qismi; 12-bachadon nayining ampulyar qismi; 13-bachadon nayining shokilalari (fimbriyalari); 14-dumg'aza-bachadon boylami; 15-tuxumdomning o'z boylami; 16-voronka-chanoq boylami; 17-bachadonning serbar boylami; 18-yumaloq boylami; 19-tuxumdon (kesilgan), follikula va sariq tana bilan birga ko'rsatilgan; 20-parovarium.

Qinning oldingi devori o'rta hisobda 7-8 sm, orqa devori esa 1,5-2 sm dan 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 shilliq pardasida bezlar yo'q. Qin sekretining suyuq qismi qon va limfa tomirlaridan suyuqlik sizib chiqish yo'li bilan hosil bo'ladi; unga qin epiteliysining ko'chib tushuvchi hujayralari, mikroorganizmlar va leykositlar aralashadi. Qin sekreti oqimtir, o'ziga xos hidli, ozgina bo'lsa ham qin shilliq pardasining namlanishiga kifoya qiladi. Sog'lom ayol qin chiqindilarini sezmaydi. Balog'atga yetish davrida qin sekreti sut kislota borligidan kislotali reaksiyada bo'ladi. Qin epiteliysining hujayralaridagi glikogen qin basillalari (*Bacillus vaginalis*) ning hayot faoliyati natijasida hosil bo'ladigan moddalar ta'sirida parchalanib, sut kislota hosil qiladi. Qin basillalari (*Doderleyn tayoqchalari*) sog'lom ayollar qinida doim yashaydigan mikroorganizmlar (normal flora) hisoblanadi.

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

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

Tozalikning ikkinchi darajasi. Qin basillalari kamroq yakkam-dukkam leykositlar va comma variable tipidagi bakteriyalar (bukilgan anaerob tayoqchalar), ko'pgina epiteliy hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Tozalikning birinchi va ikkinchi darajalari normal hisoblanadi.

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

Tozalikning to'rtinchi darajasi. Qin basillalari yo'q, patogen mikroblar (kokklar, comma variable, trixomonadalar, zamburug'lar va hokazo) bilan leykositlar juda ko'p. Reaksiyasi ishqoriy.

Tozalikning uchinchi va to'rtinchi darajalari odatda, patologik jarayonlarda uchraydi, ya'ni uchinchi darajasi qin va bachadonning surunkali yallig'lanish, to'rtinchi darajasi o'tkir yallig'lanish kasalliklariga xos alomatlardir.

Bachadon (uterus s. gysterus) – silliq muskulli 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 yuqori qismini **tanasi** deb atashadi. Bachadon tanasining gumbaz shaklida ko'tariladigan, bachadon naylarining yopishish chizig'idan yuqoriroqdagi qismi bachadon **tubi** (fundus) deb ataladi.

Bachadon **bo'g'zi** tanasi bilan bo'yni orasidagi qariyb 1 sm uzunlikdagi qismidir. Bo'g'iz ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'ynining kanaliga qo'shilib ketadi. Bachadon bo'g'zi shilliq pardasining tuzilishi jihatidan bachadon tanasiga, devorining tuzilishi jihatidan bachadon bo'yniga o'xshaydi. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida bachadon bo'g'zi tanasining pastki bo'limi bilan birgalikda bachadonning pastki segmentini hosil qiladi. Bachadonning oldingi devoriga qorin pardasi mahkam yopishadigan joy – pastki segmentning yuqori chegarasi, bachadon bo'yni kanalining ichki teshigi sathi bachadon pastki segmentning pastki chegarasi hisoblanadi.

Bachadon bo'yni kanalining yuqori uchi - ichki teshigi bachadon bo'g'zining kanaliga o'tadi; tashqi teshigi bachadon bo'ynining qindagi qismi markaziga ochiladi. Tug'magan ayollarda bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi yumaloq yoki oval shaklda, tuqqan xotirlarda ko'ndalang yoriq shaklida. Tug'ruq vaqtida tashqi teshik yonlarining chaqalanishi natijasida shakli o'zgaradi.

Bachadonning bo'yi tug'magan ayollarda 7-8 sm, tuqqan ayollarda 9 sm, bachadon tanasi uzunligining $\frac{2}{3}$ qismi tanasiga va $\frac{1}{3}$ qismi bo'yniga to'g'ri keladi.

Bachadonning shilliq pardasi (endometrium) bir qavatli silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan. Bu tuklar tebranganda suyuqlik bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigiga qarab yo'l oladi. Qoplovchi epiteliy ostida shilliq pardaning qo'shuvchi to'qimadan tuzilgai negizi (bazal qatlam) joylashadi, unda qon va limfa tomirlari, nervlar va bir talay bezlar bor.

Bachadon tanasining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bu eliteliy suvday suyuq sekret chiqarib, bachadon shilliq pardasini namlab turadi. Bezlarning shakli naysimon, uchlari ba'zan ayriga o'xshash ikkiga ajralgan.

Bachadon bo'ynining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bug'u shoxlariga o'xshash qayta-qayta tarmoqlangan.

Muskul qavati (myometrium) - bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo'lib, bu tolalar orasida qo'shuvchi to'qima qatlamlari bor. Muskul qavati qon tomirlar bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Bu qavat uchta muskul qatlamiga bo'linadi: 1) tashqi (qorin parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan, 2) o'rta qatlami gir aylana va qiyshiq yotgan tolalardan iborat, 3) ichki (shilliq parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan.

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. Qovuq bilan bachadon o'rtasida qorin pardasi bilan qoplangan chuqurcha vujudga keladi, u qovuq bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (excavatio vesico-uterina) deb ataladi. Bachadonning oldingi yuzasi qorin pardasi bilan to'liq qoplanmay,

faqat bo'g'zidan yuqoriroqdagi qismi qoplangan (bachadon bo'yni bilan qovuq o'rtasidagi joyning pastida zichlashmagan kletchatka bor). Qorin pardasi bachadon tubidan uning orqadagi yuzasi bo'ylab pastga tushar ekan, bachadon bo'ynining qin ustidagi qismini va qinning orqadagi gumbazini qoplaydi, so'ngra to'g'ri ichakning oldingi yuzasiga o'tadi. Bachadonning orqadagi yuzasi bilan to'g'ri ichak orasida chuqur kamgak vujudga keladi, u to'g'ri ichak bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (excavatio rectouterina) **Duglas bo'shlig'i** deb ataladi.

Bachadon hayz ko'rish, homilani bag'riga olib rivojlantirish va yetilgan homilani tug'ruq yo'llari orqali haydab chiqarish (tug'ruq) funksiyalarini bajaradi.

Bachadon naylari (tubae uterinae, salpinges) ni tuxum yo'llari deb ham atashadi.

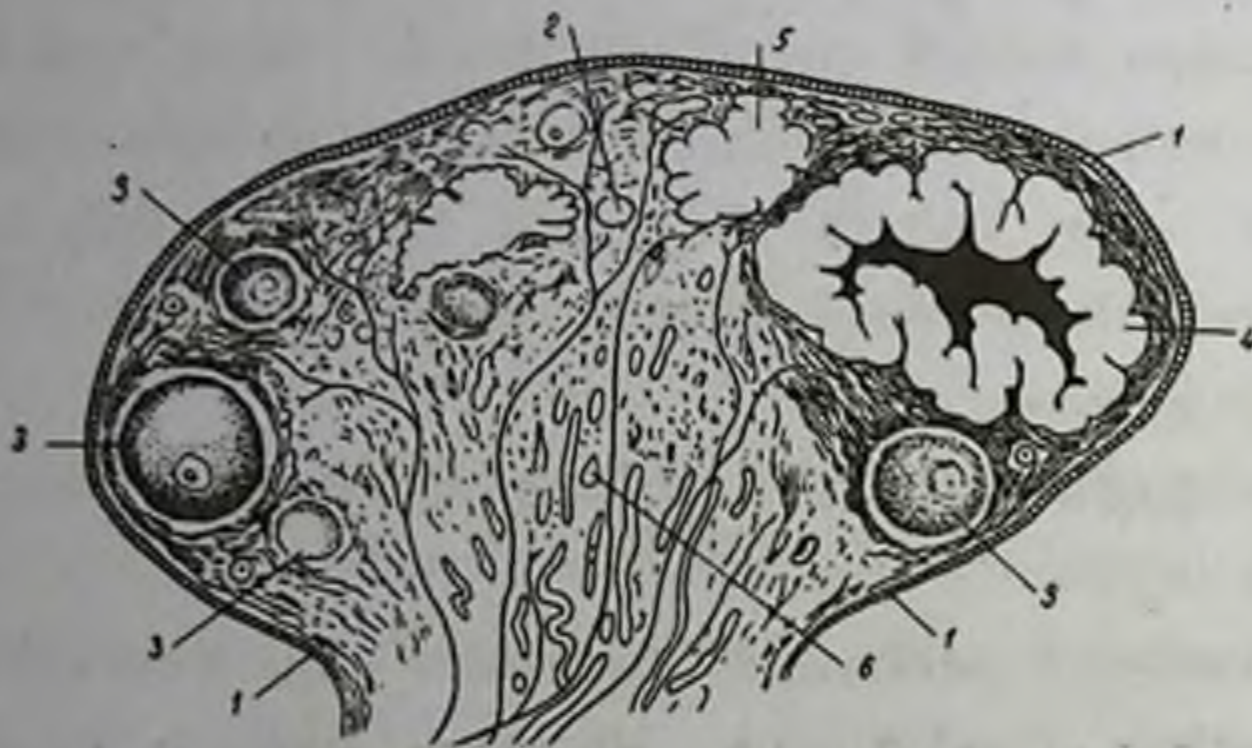
Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklaridan (tubidan) boshlanib, serbar boylamning yuqori chekkasi bo'ylab chanoqning yon devorlariga boradida, voronka (ampulla tubae) shaklida tugaydi. Bachadon naylarining bo'yi 10-12 sm, eni har xil bachadon burchagi yaqinida torroq, erkin uchiga tomon kengroq bo'ladi. Bachadon naylarining bo'shlig'i bachadon bo'shlig'iga tutash; bachadon nayining shu joydagi intersitsial qismidagi teshigi diametri 0,5-1 mm bo'lib, istmik qismida bachadon naylarining bo'shlig'i kengroq, voronkalar sohasida esa naylarning diametri 6-8 mm ga yetadi. Nay voronkasi qorin bo'shlig'iga ochiladi. Voronkaning erkin chekkasi shokila (fimbriya) lar deyiladi. Bu shokilalar tuxumdonidan chiqqan tuxum hujayraning bachadon nayi bo'shlig'iga kirishiga yordam beradi.

Tuxumdonlar (ovaria) – ayollar jinsiy tizimining asosiy a'zosidir. Tuxumdonlar bodom shaklida bo'lib, bo'yi 3,5 – 4 sm, eni 2 – 2,5 sm, qalinligi 1 – 1,5 sm, vazni 6 – 8 g bir juft jinsiy bezlardir. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ularda qo'shimcha to'qimalar 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 (3-rasmga qaralsin). Tuxumdonni: 1) bachadonning serbar boylami, 2) tuxumdonning o'z boylami, 3) voronka-chanoq boylamlari erkin osilgan

holatda ushlab turadi. Tuxumdonga qon tomirlar va nervlar, uning serbar boylamning orqa varag'iga tutashgan joyidan o'tadi (tuxumdon darvozasi - hilus ovarii).

Tuxumdon quyidagicha tuzilgan: a) tuxumdonning bo'sh yuzasini qoplaydigan epiteliy - oqsil pardasi, b) po'stloq qavati, d) mag'iz qavati (3-rasm).



3-rasm. Tuxumdonning kesilgan holatdagi ko'rinishi (sxema):
1-embriional epiteliy; 2-po'stloq qavati; 3-rivojlanishning turli bosqichlaridagi follikulalar; 4-sariq tana; 5-sariq tana qoldig'i; 6-mag'iz (miya) qavati.

Tuxumdondan ishlanib chiqadigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy a'zolariga ta'sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarning taraqqiy etishiga imkon beradi. Qiz balog'atga yetgach, bu gormonlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

Tuxumdon gormonlari follikulalar va sariq tanachalarda ishlab chiqariladi. Follikulalar follikulyar yoki estrogen gormonlarni, sariq tana esa progesteronni ishlab chiqaradi.

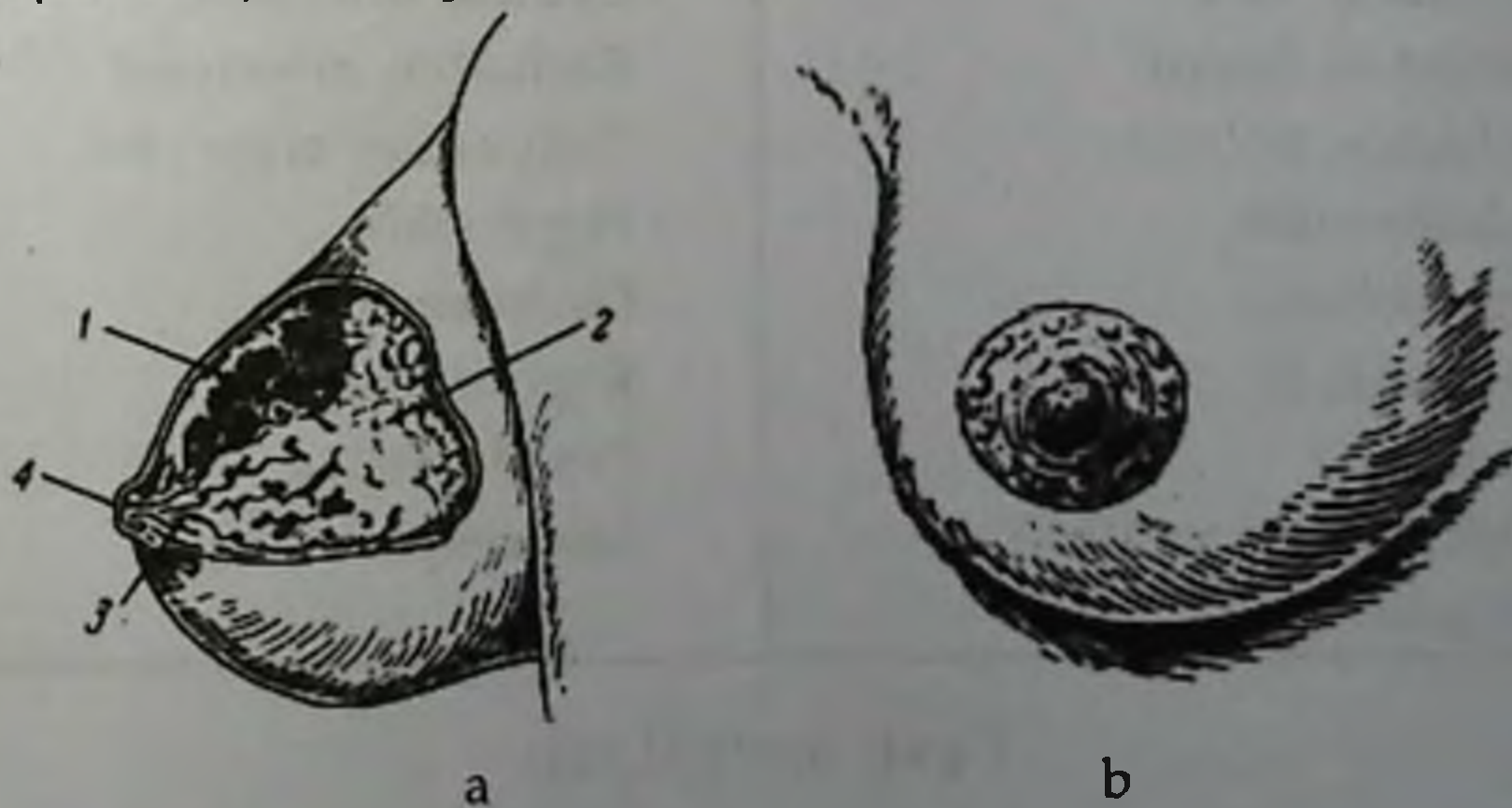
Sut bezlari

Sut bezlari (mammae) shingilga o'xshash tuzilgan (4-rasm, a). Sut bezining 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 to'qimasining bunday o'choqlari birga qo'shilib, yirik pallachalarni hosil qiladi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi. Bez pallalari o'rtasidagi tolali qo'shuvchi to'qimada elastik tolalar va yog' bor.

Sut bezidagi pallalar soni 15 – 20 taga yetadi, har bir pallaning sut chiqarish yo‘li bor, alveolalar bilan bog‘langan hamma mayda yo‘llarning sekreti sut chiqarish yo‘liga quyiladi. Har bir pallaning sut chiqarish yo‘li emchak uchiga alohida-alohida (boshqa yo‘llarga qo‘shilmasdan) ochiladi; emchak uchida palla yo‘llarining soniga yarasha 15 – 20 teshik bor, bular sut teshiklari deb ataladi. Har bir sut yo‘li emchak uchiga chiqishdan oldin emchak uchi tagida kengayadi (sut xaltachasi). Bezning qabariq yuzasida emchak uchi (papilla mammae) bor (4-rasm, b), u burishgan, pigmentlangan nozik teri bilan qoplangan. Emchak uchi silindr yoki konus shaklida bo‘lib, kattaligi har xil. Emchak uchi ba‘zan yassi hatto ichiga tortilgan bo‘ladi, bu esa bolaning emishini qiyinlashtiradi.

Sut bezlarining funksiyasi sut ishlab chiqarishdan iborat. Sut bezlari homiladorlik vaqtida sut chiqara boshlaydi, tug‘ruqdan keyin sut bezlarining funksiyasi kuchayadi.

Sut gipofizning oldingi bo‘lagidan ajraladigan laktogen gormonining ta‘sirida ishlanib chiqadi, gipofizning faoliyatini esa markaziy nerv tizimi idora etadi. Bola emizilganda sut bezining asab tizimlari ta‘sirlanib, markaziy nerv tizimiga tegishli impulslar boradi. Nerv tizimida ro‘y beruvchi o‘zgarishlar tufayli gipofizda laktogen gormon ko‘proq ishlanib chiqadi, bu gormon esa sut bezlarining sekretor funksiyasini (sut chiqarishini) kuchaytiradi.



4-rasm. Sut bezi.

a-sut bezining tuzilishi sxemasi; 1-sut bezining bo‘laklari; 2-yog‘ to‘qimasi; 3-sut yo‘llari; 4-emchak uchi. b-emchak uchi va uning atrofidagi qoramtir doiracha (areola).

Nazorat uchun savollar

1. Tashqi jinsiy a'zolarning anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Ichki jinsiy a'zolarga qaysi a'zolar kiradi, ularning anatomiyasi va fiziologiyasi.
3. Qinning tuzilishi va fiziologiyasi, qinning tozalik darajasi ahamiyati.
4. Bachadon va bachadon naylari anatomiyasi, o'lchamlari, bachadon funksiyasi.
5. Bachadonning boylam apparati.
6. Tashqi va ichki jinsiy a'zolari qon bilan ta'minlaydigan asosiy qon tomirlar.

Tayanch so'z va iboralar

Qov	Sariq tana
Katta jinsiy lablar	Qin
Kichik jinsiy lablar	Qin gumbazlari
Jinsiy yoriq	Bartolin bezlari
Oraliq	Tuxumdon arteriyasi
Siydik chiqarish kanali	Bachadon naylari
Qizlik pardasi	Tuxumdon
Bachadon tubi	Uyatlik arteriyasi
Bachadon tanasi	Bachadon arteriyasi
Bachadon bo'yni	Tuxumdon arteriyasi
Endometrium	Hayz sikli
Miometrium	Deskvamatsiya
Perimetrium	Regeneratsiya
Klitor	Proleferatsiya
Folikulaning yetilishi	Sekreksiya
Ovulatsiya	

Test savollari:

1. Tuxumdonlar qanday gormon ishlab chiqaradi?
 - a) adrenokortikotron gormonlar
 - b) somatotron gormonlar

- c) teriotron gormonlar
- d) oksitosin, vazopressin gormonlar
- e) follikulin, progesteron gormonlar

2. Tashqi jinsiy a'zolarga nimalar kiradi?

- a) qin, qin dahlizi
- b) bachadon, qizlik parda
- c) bachadon naylari
- d) qov, katta va kichik uyatli lablar, bartolin bezlari
- e) tuxumdonlar

IV BOB. BALOG'AT (JINSIY YETILISH) DAVRIDA HAMSHIRALIK ISHI. HAYZ KO'RISH SIKLI

Jinsiy yetilish davri tushunchasi. Jinsiy yetilish davri taxminan 10 yil davom etib, bu davrda jismoniy va jinsiy rivojlanish baravar kechadi 18-20 yoshda qiz bola jismoniy va ruhiy tomondan to'liq yetiladi, farzand ko'rishga, ya'ni ona bo'lishga tayyor bo'ladi. Jinsiy yetilish 7-8 yoshdan boshlanib, uchta davrni o'z ichiga oladi. 1. **Prepubertat davr** (7-9 yosh) miyaning gipotalamik tizimlari yetilishi har 5-7 kunda siklik tartibda gipofizdan gonadotropik gormonlar (GT) ajralishi bilan xarakterlanadi. 2. **Pubertat davrning birinchi fazasi** 10-13 yoshga to'g'ri keladi. Bu davrda tuxumdonlarda estrogen gormonlar ishlab chiqarilishining kuchayishi kuzatiladi. 3. **Pubertat davrning ikkinchi fazasi** (14-17 yosh) gipotalama - gipofizar tizimi reproduktiv funksiyasi to'liq shakllanib ulguradi.

Jinsiy yetilish mukammalmi yo nuqsoni bormi, buni bilish uchun ikkilamchi jinsiy belgilar hosil bo'lish vaqti, tartibi, jinsiy a'zolar va belgilar rivojlanish darajasini hisobga olish lozim. Qiz bolalarda 8-9 yoshda sut bezlari rivojlanishining birlamchi belgilari-sut bezlari so'rg'ichlari giperemiya va pigmentatsiyasi paydo bo'ladi. Sut bezlari 10-11 yoshda yetiladi. 10-11 yoshlarda qov sohasida, 11-12 yoshlarda qo'ltiq ostida junlar o'sib chiqadi.

Tananing o'sishi va vaznining oshuvi 9-10 yoshda boshlanib, birinchi hayz ko'rishdan (menarxe) oldin yuqori pog'onasiga yetadi. Bir yilda bo'y 10 sm ga, vazn 12 kg gacha ortadi. 11-12 yoshdan boshlab ichki jinsiy a'zolar, sut bezlari o'sishi va rivojlanishi chanoq suyaklari kengayishi kuzatiladi. Birinchi hayz - menarhye 12-13 yoshda keladi. 15-17 yoshga kelib qiz bolaning bo'yi o'sishdan to'xtaydi, tanasi ayollarga xos shakllanadi.

Jinsiy yetilish - ayol umrining o'zgaruvchan davri bo'lib, bu vaqtda qiz bola tashqi muhitning salbiy ta'sirlari va ichki omillarga o'ta sezgir bo'ladi. Jinsiy yetilish davrida ovqatlanishi, o'qish va dam olishi qat'iy rejim asosida amalga oshirilishi, unga jismoniy va ruhiy og'irlik

tushmasligi shart. 10-12 yoshda qiz bolani jismoniy va ruhiy o'zgarishga tayyorlab borish va unga jinsiy rivojlanish haqida tushuncha berib borish lozim.

Qiz bolaga birinchi hayz vaqtida nimalar qilish lozimligi tushuntiriladi. Hayz paytida jismoniy zo'riqishdan ehtiyotlab, qo'shimcha dam olish tavsiya etiladi. Bu kunlarda qiz bola maxsus gigiyenik salfetaklar qo'llaydi, tamponlardan esa faqat ginekolog shifokor tavsiyasiga ko'ra foydalanadi. Gigiyenik chora-tadbirlar, suv muolajalari, har kuni kechqurun badan, ayniqsa, tashqi jinsiy a'zolar, qo'ltiq ostini tozalab yuvish tavsiya etiladi. Chunki bu joylarga gormonlar aktiv ta'sir ko'rsatadi.

Jinsiy yetilish davrida ayol va erkaklarning fiziologik jinsiy faoliyati. Reproktiv faoliyat: ikkilamchi jinsiy belgilar. Erkaklar va ayollarning farqi. O'g'il bolalarda birinchi eyakulatsiya o'rtacha 13 yoshda boshlanadi. Jinsiy a'zolar rivojlanishi bilan qov, qo'ltiq osti tuklar bilan qoplana boshlaydi, soqol-muylovi o'sa boshlaydi, ovoz tembrining o'zgarishi seziladi, erkaklarga xos yo'g'on ovoz paydo bo'la boshlaydi, jinsiy mayllik boshlanadi. Qizlarda esa birinchi hayz o'rtacha 12 yoshdan, asosan 11-15 yoshlar o'rtasida boshlanadi. Jinsiy bezlarni kattalashuvi, jinsiy a'zolarning tuk bilan qoplanishi, jinsiy anglash va jinsiy mayllik rivojlana boradi. Jismoniy rivojlanish bilan birga boshqa jinsga nisbatan qiziqish ortib boradi. Jinsiy mayl kuchayib boradi, o'ziga nisbatan tushunilmagan harakatlar va nazorat qilib bo'lmaydigan jinsiy mayl va jinsiy harakatlar paydo bo'lishi mumkin.

Jinsiy yetilish davrida psixologik va ijtimoiy vazifalari. Jinsiy yetilish davrida sog'liqni muhofaza qilishning muhimligi onalikda hamshiralik parvarishining maqsadi ruhan va jismonan sog'lom bo'lgan farzandni tug'ib tarbiyalashdir. Onalikni muhofaza qilish nuqtayi nazaridan qaralganda, bu maqsadni amalga oshirish uchun ona sog'lom bo'lishi kerak, bu esa jinsiy yetilish davridagi salomatlikka, bolalik yillardagi tarbiyaga bog'liq.

HAYZ KO'RISH SIKLI

Balog'atga yetgan, ammo bo'yida bo'lmagan ayol organizmida to'g'ri, navbat bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Biologik

nuqtavi nazaridan muhim ahamiyatga ega bo'lgan, ritmik ravishda takrorlanadigan bu o'zgarishlar hayz ko'rish sikli deb ataladi.

Hayz ko'rish siklining davom etish muddati har xil bo'ladi. Aksariyat ayollarda sikl 28 kun (4 hafta) davom etadi, ba'zi bir ayollarda 21 kun (3 haftacha), ba'zilarida aksincha 30-35 kungacha davom etishi mumkin. Davomiyligi qanday bo'lishidan qat'i nazar har safar ritmik ravishda bir vaqtda keladigan hayz sikli fiziologik hisoblanadi.

Hayz qonining kelishi (menstruatsiya) ayol organizmida 3-4 hafta davom etgan fiziologik jarayonning boshlanishi emas, aksincha homiladorlikka organizmni tayyorlash jarayonining so'nishi, urug'lanmay qolgan tuxum hujayraning nobud bo'lishidan dalolat beradi. Shu bilan birga, hayz qonining kelishi siklik jarayonlarning eng yorqin, sezilarli belgisidir, shuning uchun siklni so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan hisob qilish amaliy jihatdan qulayroq.

Ayol organizmida ro'y beruvchi siklik o'zgarishlar jinsiy apparatda, aniqroq aytganda, tuxumdonlarda va bachadon shilliq pardasida hammadan yaqqol ko'rinadi. Ammo jinsiy a'zolaridagi o'zgarishlar ayol organizmida to'lqin shaklida kechadigai umumiy o'zgarishlarning juz'iy bir ko'rinishidir. Hayz ko'rish siklida ritm bilan takrorlanuvchi o'zgarishlar: a) butun organizmda, b) tuxumdonlarda - tuxumdon sikli, d) bachadonda - bachadon sikli ro'y beradi. Siklik o'zgarishlar jinsiy apparatning boshqa bo'limlarida ham kuzatiladi, lekin bu o'zgarishlar tuxumdon bilan bachadondagiga nisbatan kamroq seziladi.

Umumiy organizmdagi davriy o'zgarishlar. Tuxumdonlar bilan bachadondagi siklik o'zgarishlar markaziy asab tizimiga ta'sir ko'rsatadi. Bu ta'sir refleks (nerv) yo'li bilangina kifoyalanmaydi. Nerv tizimining funksiyasiga tuxumdon gormonlari ham ta'sir etadi. Hayz ko'rish siklining turli fazalarida tuxumdon gormonlarining qondagi miqdori o'zgarib turadi.

Asab tizimining faoliyatidagi davriy o'zgarishlarga yarasha ko'p ayollar hayz ko'rishdan oldin tez asabiylashadigan, tez charchaydigan va uyquchan bo'lib qoladilar, hayz tugagach, o'zlarini tetik his qilib, kuchlariga kuch qo'shilgandek sezadilar. Hayz ko'rishdan oldin pay reflekslari ham kuchayadi, terlash va boshqa hodisalar kuzatiladi, bu o'zgarishlar hayz ko'rishdan keyin yo'qolib ketadi.

Hayz ko'rish vaqtida bosh miya po'stlog'idagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari tez almashinadi, bu almashinish pirovardida tormozlanish jarayonining kengroq tarqalishi bilan tugaydi. Normal hayz ko'rish siklida nerv tizimidagi o'zgarishlar fiziologik doirada bo'lib, ayolning mehnat qobiliyatini pasaytirmaydi. Bosh miya po'stlog'ining zo'r berib ishlashini talab qiladigan murakkab mehnat jarayonlarini ayollar hayz ko'rish vaqtida muvaffaqiyatli ravishda ado etaveradilar.

Hayz ko'rish sikli mobaynida qon aylanishi, termoregulatsiya va modda almashinuvi to'lqin shaklida o'zgaradi, bu o'zgarishlar nerv tizimi funksiyalarining fiziologik o'zgarishlariga bog'liq ekanligini rus olimlaridan D. O. Ott, S. S. Jixarev va boshqalar birinchi bo'lib qayd etishgan. Hayz ko'rishdan oldingi davrda pulsning qisman tezlashuvi, qon bosimining ko'tarilishi, tana haroratining bir oz ko'tirilishi qayd qilinadi. Hayz ko'rish vaqtida puls birmuncha sekinlashadi, qon bosimi va harorat ozroq pasayadi. Hayz ko'rishdan keyin bu o'zgarishlarning hammasi o'tib ketadi. Hayz ko'rish sikli munosabati bilan eritrositlar, trombositlar miqdori va qondagi oqsil fraksiyalarining nisbati o'zgarishi kuzatilgan. Sut bezlarida sezilarli siklik o'zgarishlar ro'y beradi. Hayz ko'rishdan oldingi davrda sut bezlari bir qadar kattalashadi, tarang tortadi, ba'zan sezuvchan bo'lib qoladi. Bu hodisalar hayz ko'rishdan keyin o'tib ketadi. Bu o'zgarishlarning sababi shuki, hayz ko'rishdan oldingi davrda jinsiy gormonlar ta'sirida bez to'qimasining yangi kichik o'choqlari paydo bo'ladi, hayz qoni kelishi bilan yangi o'choqlar kichrayib, yo'qolib ketadi.

Hayz ko'rish siklida gipofizning oldingi bo'lagi ayniqsa, muhim rol o'ynaydi. Gipofizning oldingi bo'lagida bir qancha gormonlar, shu jumladan, tuxumdonlar funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar hosil bo'ladi. Gipofiz oldingi bo'lagining gormonlari tuxumdon funksiyalarini kuchaytirgani uchun gonadotrop gormonlar (gonadotropinlar) deb ataladi.

Gipofizda tuxumdonga ta'sir etadigan uchta gormon ishlanib chiqadi: 1) follikulani qo'zg'atuvchi gormon, tuxumdondagi follikulaning o'sishi va yetilishini, shuningdek, follikulyar (estrogen) gormon hosil bo'lishini ta'minlovchi follikula stimullovchi gormon (FSG), 2) tuxumdonda sariq tananing rivojlanishi va yetilishini kuchaytiradigan

lyuteinlovchi gormon (LG), 3) sariq tana gormoni – progesteron hosil bo'lishini kuchaytiradigan lyuteotrop gormon (LTG). Lyuteinlovchi gormon sariq tanadan gormon ishlanib chiqishini kuchaytiradi deb taxmin qilinadi. Gonadotrop gormonlar jinsiy sistema funksiyalarini idora etib turadigan miyaning gipotalamus qismida hosil bo'luvchi relizing-faktorlar ta'siri ostida ishlanib chiqadi.

Hayz siklining birinchi yarmida asosan follikulalarni stimullovchi gormon (FSG), ikkinchi yarmida esa lyuteinlovchi gormon (LG) va lyuteotrop gormonlar (LTG) ishlab chiqariladi.

Tuxumdon sikli. Gipofizda ishlab chiqiladigan gonadotrop gormonlar ta'sirida tuxumdonda davriy takrorlanuvchi o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar uch fazaga bo'linadi: a) follikulaning yetilishi – follikulyar faza, b) yetilgan follikulaning yorilishi – ovulatsiya fazasi, d) sariq tananing rivojlanishi – lyutein fazasi.

a) Follikulaning yetilishi davri. Birlamchi (primordial) follikula yetilmagan tuxum hujayradan iborat, bu hujayra bir qavat epiteliy hujayralari (bo'lajak donador parda) bilan o'ralgan; follikula sirtdan qo'shuvchi to'qima pardasi bilan qoplangan. Primordial follikulalar ona qornida yashash va ilk bolalik davrida hosil bo'ladi. 400000-500000 birlamchi follikuladan yetuklik davrigacha 35000-40000 tasi qoladi, qolganlari esa kichrayib, yo'qolib ketadi. Qolgan 35000-40000 birlamchi follikuladan 450-500 tasi to'la yetilib, qolganlari fiziologik atreziyaga duchor bo'ladi. Fiziologik atreziyaning birinchi marta K. F. Slavyanskiy tasvir etgan mohiyati shundan iboratki, follikula o'sa boshlaydi-yu, to'la rivojlanmasdan nobud bo'ladi, tuxum hujayra va uning donador pardasi parchalanib ketadi; nobud bo'lgan follikula qo'shuvchi to'qima bilan almashinadi.

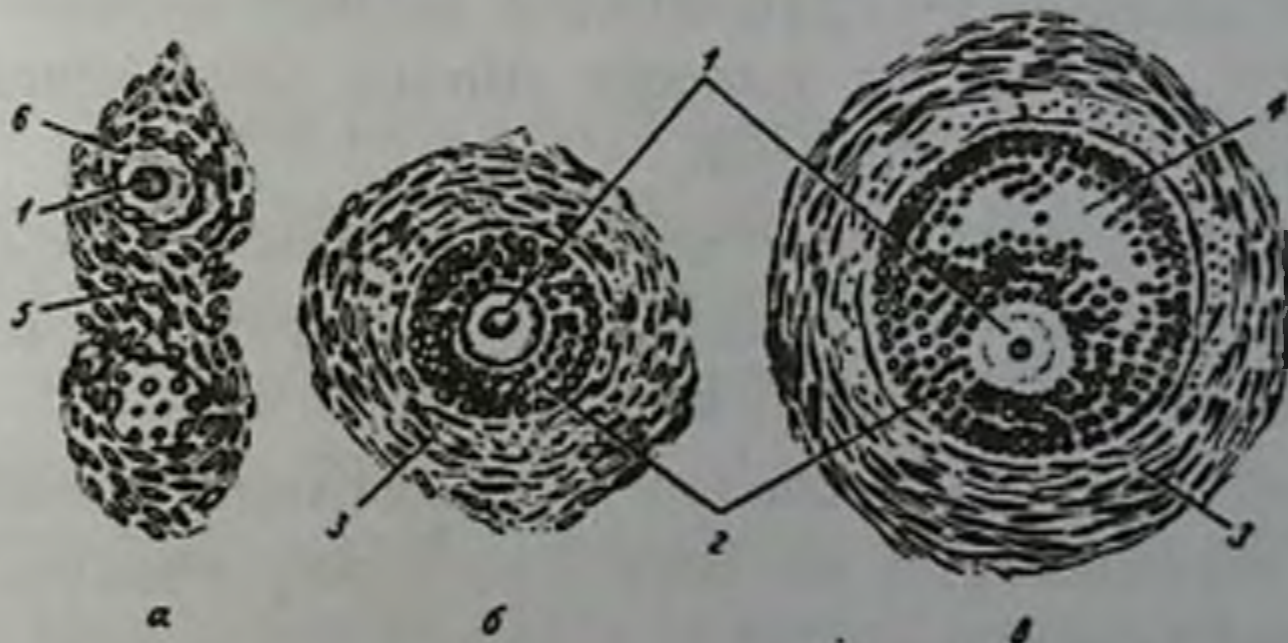
Follikulaning yetilish jarayoni hayz ko'rish siklining birinchi yarmi, ya'ni 28 kunlik siklda 14 kunni, 21 kunlik siklda 10-11 kunni tashkil etadi.

Follikulaning yetilish jarayonida uning tarkibidagi hamma bo'laklar: tuxum hujayra, donador parda, qo'shuvchi to'qima pardasi katta o'zgarishlarga uchraydi (5-rasm).

Tuxum hujayra 5-6 baravar kattalashadi, uning yuzasida shishasimon parda (zona pellucida) hosil bo'ladi, protoplazmasida murakkab

o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxum hujayra ikki karra bo'lingandan keyin uzil-kesil yetiladi. Yetilish davridagi birinchi bo'linishda katta-kichik ikki hujayra vujudga keladi. Asosiy, katta hujayra o'z o'rnida qoladi (kichkinasi uloqtirib tashlanadi) va hademay ikkinchi marta bo'linadi, ayni vaqtda tuxum hujayradan xromosomalarning yarmi uloqtirib yuboriladi. Reduksion bo'linish deb ataladigan ikkinchi bo'linishdan keyin tuxum hujayra yetilib, urug'lanishga yaroqli bo'ladi.

Folikulyar epiteliy (donador parda) yetilish jarayonida proliferatsiyalanadi (hujayralar ko'payadi), bir qavatli epiteliydan ko'p qavatli epiteliyga aylanadi, follikulaning donador pardasi (membrana granulosa folliculi) hosil bo'ladi. Donador pardaning hujayralari dastlab tuxum hujayra bilan qo'shuvchi to'qima pardasi o'rtasidagi jami kamlikni to'ldiradi. So'ngra hujayralar to'plamining markazida suyuqlik bilan to'la bo'shliqlar hosil bo'ladi; bora-bora bo'shliqlar qo'shib bitta bo'ladi, bu yagona bo'shliq follikulyar suyuqlik (liquor folliculi) degan tiniq suyuqlik bilan to'ladi.

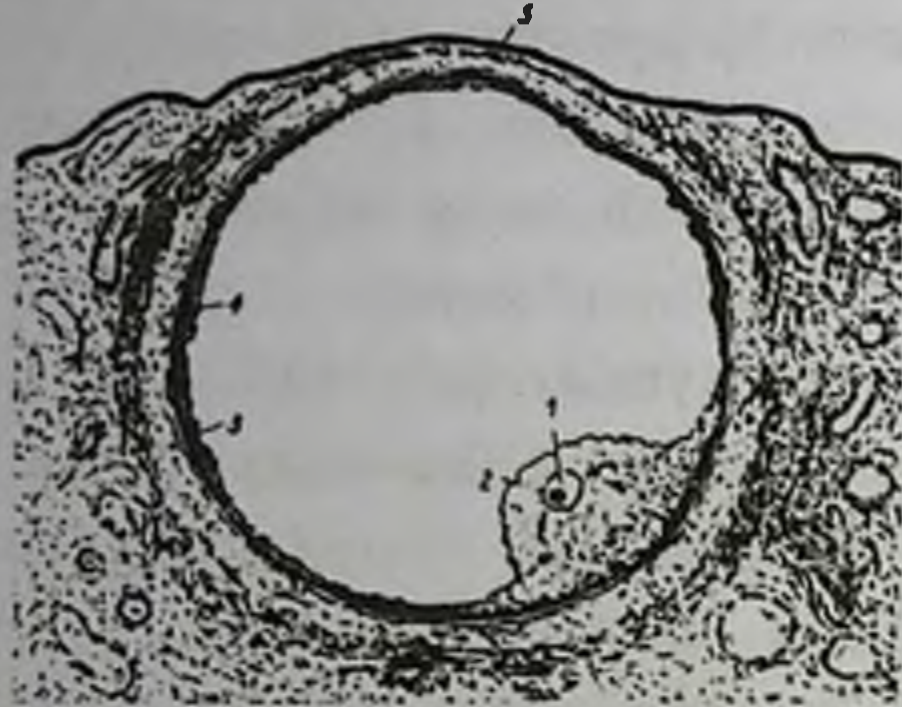


5-rasm. Follikula yetilishining boshlang'ich bosqichlari:
a-birlamchi (primordial) follikulalar; b-follikulaning yetila boshlashi;
d-yetilayotgan follikulada bo'shliq vujudga kelishining boshlang'ich stadiyasi.
1-tuxum hujayra; 2-follikulaning donador pardasi; 3-follikulaning qo'shuvchi to'qima pardasi; 4-follikula bo'shlig'i; 5-tuxumdon stromasi; 6-birlamchi follikula epiteliysi.

Folikulyar suyuqlik to'plangan sayin donador parda hujayralari tuxum hujayraga va follikula devoriga surilaveradi. Donador pardaning tuxum hujayrani o'rab turgan hujayralari nurafshon toj (corona radiata) deb ataladi. Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra donador pardaning devori yoqalab yotgan hujayralar to'plami ustida turadi. Bu hujayralar to'plami tuxumli do'mboqcha (cumulus ovigerus) deb ataladi

(6-rasm). Yetilgan tuxum hujayra follikulaning yetilish paytigacha tuxumli do'mboqchadan uzoqlashib, follikulyar suyuqlik ichida turadi.

Follikulda estrogen (follikulyar) gormoni hosil bo'ladi. Bu gormon organizmga har tomonlama murakkab ta'sir ko'rsatadi.



6-rasm. Yetilgan follikula:

1-tuxum hujayra; 2-tuxumli do'mboqcha; 3-follikulaning donador pardasi;
4-5-tuxumdonning follikula yoriladigan joydagi yupqa tortgan to'qimalari.

1. Balog'atga yetish davrida estrogen gormon bachadon, qin, tashqi jinsiy a'zolari o'stiradi va taraqqiy ettiradi, shuningdek, ikkilamchi jinsiy belgilarni yuzaga chiqaradi.

2. Vaqt-bavaqt yetiladigan follikulalardan ishlanib chiquvchi estrogen gormon yetuklik davrida bachadon shilliq pardasi hujayralarining proliferatsiyasiga (ko'payishiga) sabab bo'ladi.

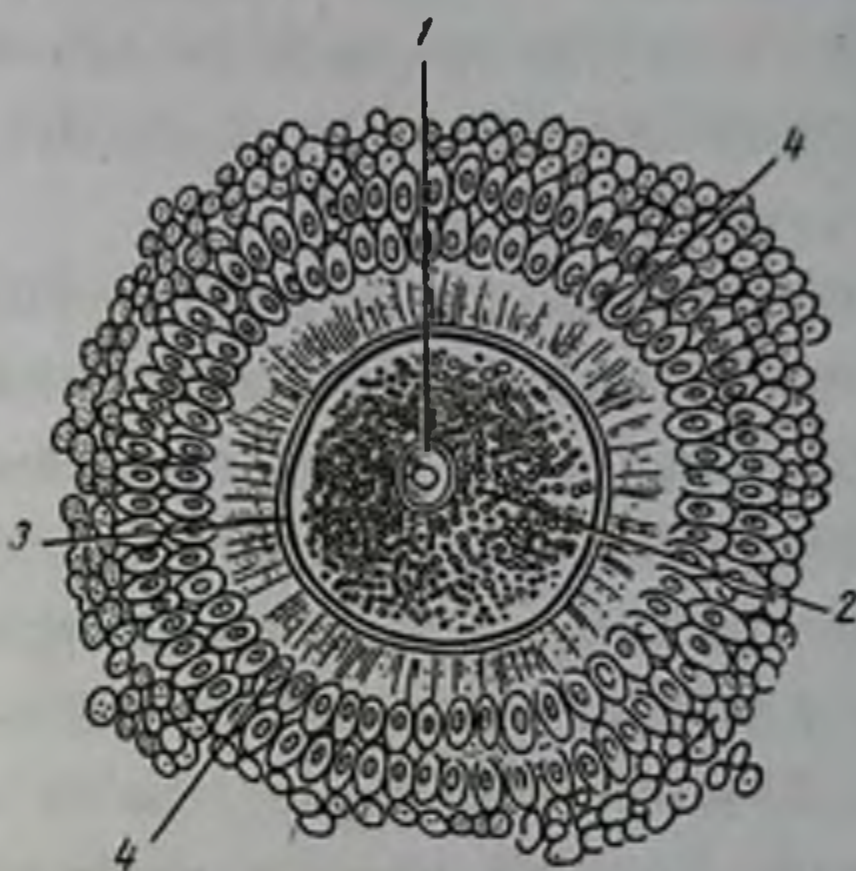
3. Estrogen gormon bachadon muskullarining tonusini oshiradi, uning qo'zg'aluvchanligini va bachadonni qisqartiruvchi moddalarga sezuvchanligini kuchaytiradi.

4. Estrogen gormoni sut bezlarining rivojlanishiga, sekretsiyasiga yordam beradi, shuningdek, jinsiy hissiyotni kuchaytiradi.

Follikula yetilgan sayin uning qo'shuvchi to'qima pardasi taraqqiy etadi. Bitta qo'shuvchi to'qima pardasi o'rniga ikkita parda hosil bo'ladi: ichki parda (theca interna) hujayra elementlariga va kapillarlarga boy tashqi parda (theca externa) tolali bo'lib, yirikroq tomirlari bor. Yetilayotgan follikula kattalashadi, qutbi tuxumdon yuzasi ustida do'ppayib chiqa boshlaydi. Tuxumdon to'qimasining shu joyi yupqa tortadi.

b) **Ovulatsiya fazasi.** Yetilgan follikulaning yorilishi va uning bo'shlig'idan yetilgan, urug'lanishga yaroqli tuxum hujayraning chiqishi

ovulatsiya deb ataladi (7-rasm). Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra follikulyar suyuqlik bilan birgalikda qorin bo'shlig'iga tushadi, keyinchalik esa bachadon naylarining shokilalari harakati yordamida bachadon nayiga kiradi.



7-rasm. Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra:
1-yadro; 2-protoplazma; 3-tiniq parda; 4-nurafshon toj.

Ovulatsiya 28 kunlik siklda hayz ko'rish siklining birinchi kundan hisob qilganda 14-15-kuni (21 kunlik siklda - 10-11 kuni) ro'y beradi. Bu vaqt bo'yida bo'lish uchun eng qulay hisoblanadi.

d) **Sariq tananing rivojlanish davri (lyutein fazasi).** Yorilgan follikula o'rnida yangi, juda muhim ichki sekretiya bezi - sariq tana (corpus luteum) hosil bo'ladi, undan progesteron¹ gormoni ishlanib chiqadi. Sariq tana 28 kunlik siklda 14 kun (21 kunlik siklda - kamroq) taraqqiy etadi, bu jarayon hayz ko'rish siklining ikkinchi yarmini - ovulatsiyadan navbatdagi hayz ko'rishgacha o'tadigan vaqtni egallaydi.

Yorilgan follikula o'rnida sariq tana quyidagicha taraqqiy etadi. Follikulyar suyuqlikdan va tuxum hujayradan xalos bo'lgan follikula puchayadi, devorlari burishib qoladi, yorilgan joyi bitib ketadi, bo'shlig'ida kichkina qon laxtasi hosil bo'ladi. Follikula bo'shlig'ini qoplagan donador parda hujayralari zo'r berib ko'payadi, kattalashadi, protoplazmasida lipoid modda (lyutein) to'planib, yangi hosil bo'lgan ichki sekretiya beziga sariq tus beradi («sariq tana» nomi shundan

¹ «Gestatio» - urug'-avlodni davom ettirish so'zidan kelib chiqqan; progesteron - organizmni homiladorlikka, urug'-avlodni davom ettirishga tayyorlaydigan gormon.

olingan). Donador parda hujayralari sariq tananing lyutein hujayralariga aylanadi. Donador parda hujayralari rivojlanishi bilan bir vaqtda qon tomir shoxobchalari ham zo'r berib o'sadi. Qo'shuvchi to'qima pardasidan kirgan tomirlar lyutein hujayralarning o'sgan qavatida kapillarlarning qalin to'rini hosil qiladi, bu to'r har bir hujayrani o'rab turadi. Tomirlarning rivojlanishi follikula bo'shlig'idan qon laxtasining rezorbsiyalanishiga yordam beradi.

Sariq tana eng ko'p rivojlangan fazasida (8-rasm) o'rmon yong'og'iday katta bo'lib, bir qutbi tuxumdon yuzasi ustidan do'ppayib turadi. Follikuladan chiqqan tuxum hujayra urug'lansa, homiladorlikning dastlabki oylari mobaynida sariq tana o'sib, yashnab boradi va ishlab turadi. Bu **homiladorlikning sariq tanasi** (*corpus luteum graviditatis*) deb ataladi. Ayolning bo'yida bo'lmasa, hayz ko'rish siklining 28-kunidan (uch haftalik siklda 21-kunidan) sariq tana so'na boshlaydi. Ayni vaqtda lyutein hujayralar nobud bo'ladi, tomirlar puchayib qoladi va qo'shuvchi to'qima o'sib qotadi; natijada sariq tana o'rni yamoq bo'lib qoladi, bu yamoq keyinchalik yo'qolib ketadi. Har bir hayz ko'rish siklida sariq tana hosil bo'ladi, bordi-yu, ayolning bo'yida bo'lmasa, bu sariq tana **hayz ko'rishning sariq tanasi** (*corpus luteum menstrationis*) deb ataladi.



8-rasm. Sariq tana (yashnayotgan stadiyasi).

Sariq tana gormoni organizmga har tomonlama ta'sir ko'rsatadi.

1) progesteron ishlanib chiqishi tufayli bachadon shilliq pardasida murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar bachadonni homiladorlikka tayyorlaydi (sekretsiya fazasi);

2) progesteron bachadonning qo'zg'aluvchanligini va qisqarish funksiyasini susaytiradi, bu esa homiladorlikning taraqqiy etishiga imkon beradi;

3) progesteron follikula gormoni bilan birgalikda sut bezlarining sut ishlab chiqarishga tayyorlanishiga yordam beradi.

Sariq tana so'na boshlagan paytdan boshlab progesteron ishlab chiqilmaydi. Tuxumdonda yangi follikula yetiladi, yana ovulatsiya ro'y berib, sariq tana hosil bo'ladi.

Bachadon sikli. Follikulada va sariq tanada hosil bo'ladigan tuxumdon gormonlari ta'sirida bachadon tonusi, qo'zg'aluvchanligi va qon bilan ta'minlanishi siklik ravishda o'zgaradi. Ammo endometriyning funksional qavati eng muhim siklik o'zgarishlarga uchraydi. Bu siklik o'zgarishlarning mohiyati shundan iboratki, proliferatsiya jarayoni navbat bilan takrorlanadi, endometriyning funksional qavati shundan keyin sifat jihatidan o'zgarib, ko'chib tushadi va o'rniga yangisi hosil bo'ladi.

Tuxumdon sikli kabi, bachadon sikli ham 28 kun (ba'zan 21 yoki 30-35 kun) davom etadi. Bachadon sikli quyidagi fazalarga bo'linadi: a) deskvamatsiya, b) regeneratsiya, d) proliferatsiya va e) sekretsiya fazalari (9-rasm).

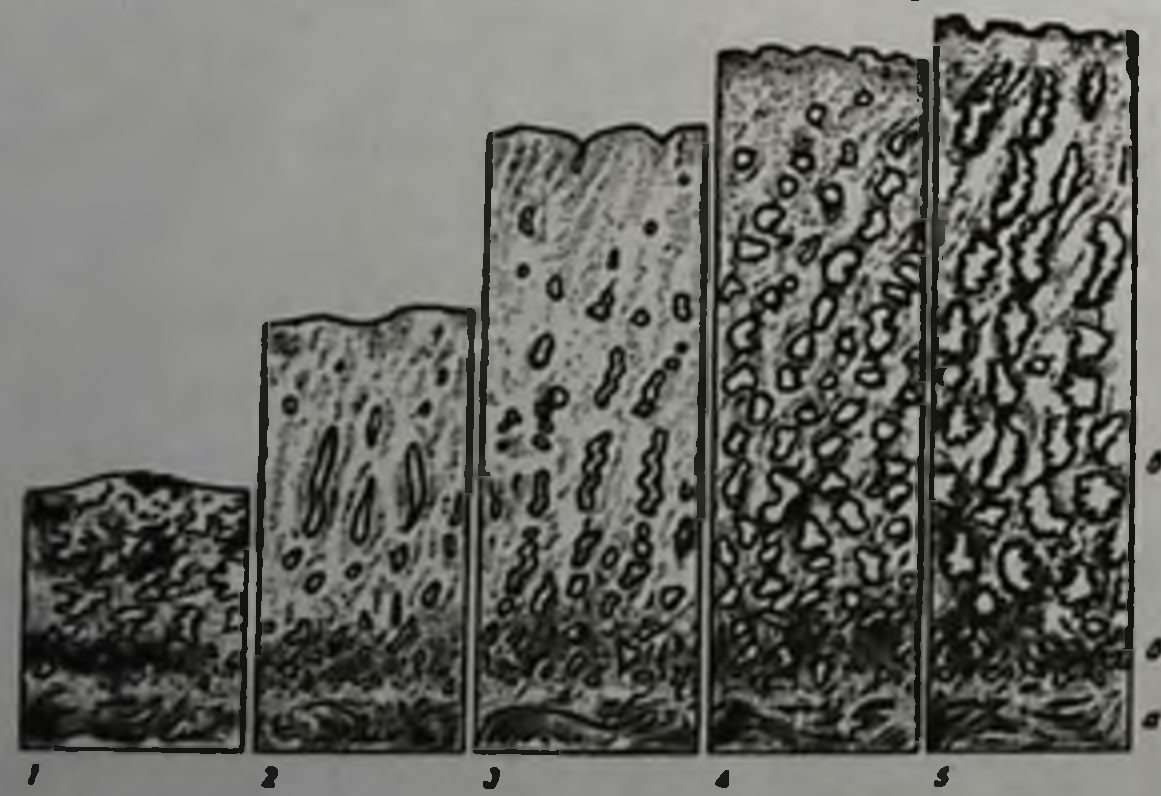
a) Deskvamatsiya fazasida hayz qoni keladi, odatda, 3-5 kun qon ketadi; hayz ko'rish aslida shuning o'zidan iborat. Bu fazada bachadon shilliq pardasining funksional qavati parchalanib ko'chadi, bachadon bezlarining sekreti va yorilgan tomirlardan chiqqan qon bilan aralashib tashqariga chiqadi. Endometriyning deskvamatsiya fazasi tuxumdonda sariq tananing nobud bo'la boshlashi bilan bir vaqtga to'g'ri keladi.

b) Shilliq pardaning regeneratsiya (tiklanish) fazasi deskvamatsiya fazasidayoq boshlanib, hayz ko'rish boshlangach 5-6-kunga borib tugaydi. Bazal qavatdagi bez qoldiqlari epiteliysining o'sishi va o'sha qavatdagi boshqa elementlar (stroma, tomirlar, nervlar) proliferatsiyasi hisobiga shilliq pardaning funksional qavati tiklanadi (regeneratsiya).

d) Endometriyning proliferatsiya fazasi tuxumdonda follikulaning yetilishi bilan bir vaqtga to'g'ri keladi va siklning 14-kunigacha (21 kunlik siklda 10-11-kungacha) davom etadi. Estrogen (follikulyar) gormonlar ta'sirida shilliq parda stromasi va bezlari o'sadi (proliferatsiya). Bezlar bo'yiga cho'ziladi, so'ngra pixga o'xshash buralib-buralib qoladi, ammo sekret chiqarmaydi. Bu davrda bachadon shilliq pardasi 4-5 baravar qalin tortadi.

e) Sekreksiya fazasi tuxumdonda sariq tana taraqqiy etishi va yashashi bilan bir vaqtga to'g'ri keladi, siklning 14-15-kunidan 28-kunigacha (ya'ni oxirigacha) davom etadi.

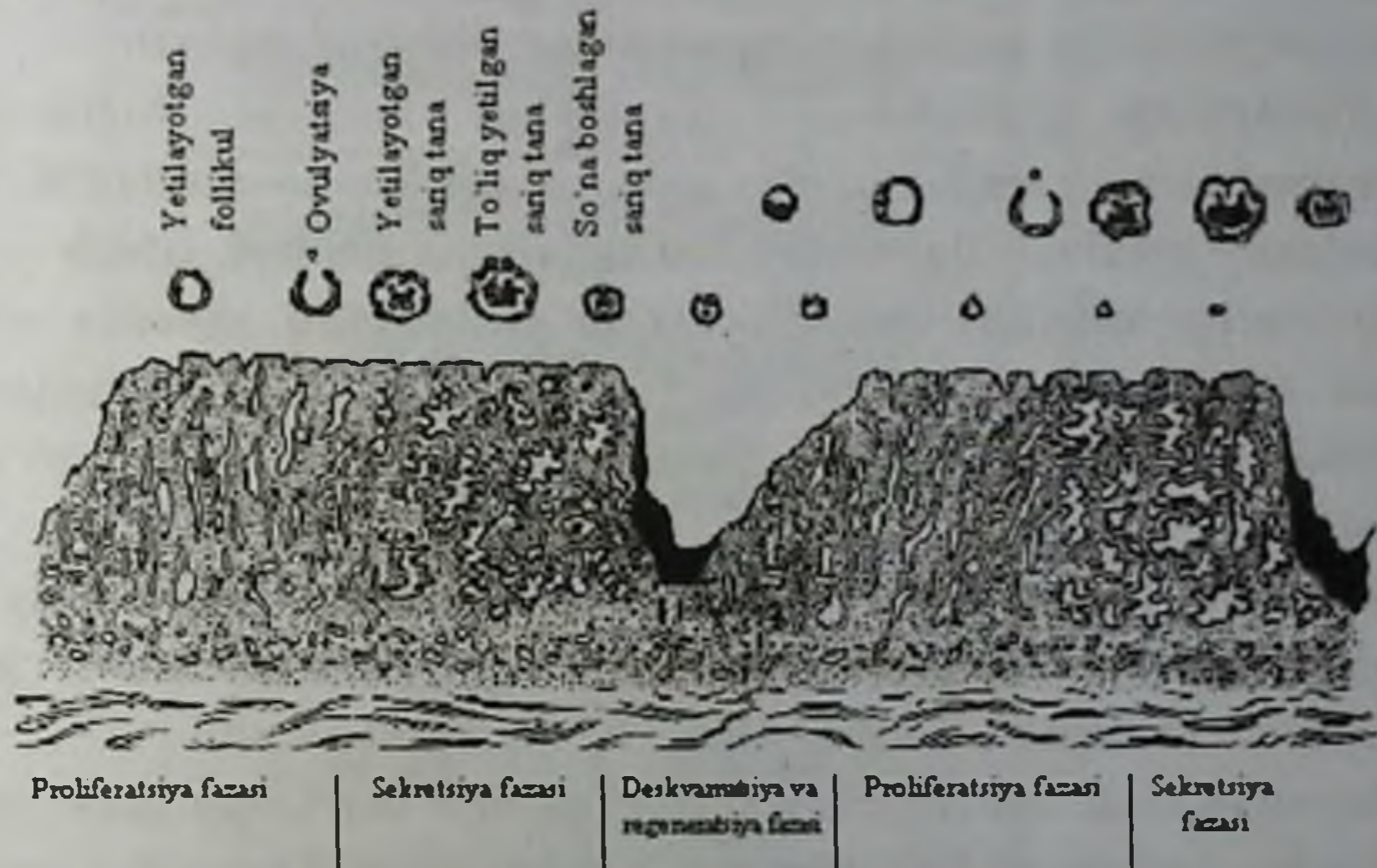
Sariq tana gormonining ta'sirida bachadon shilliq pardasi sifat jihatidan muhim o'zgarishlarga uchraydi. Bezlari sekret ishlab chiqara boshlaydi, bezlar bo'shlig'i kengayadi, bez devorlari xaltum-xaltum bo'lib do'ppayadi. Stroma hujayralari kattalashadi, ozroq yumaloqlanadi, homiladorlik davrida hosil bo'luvchi desidual hujayralarga o'xshaydi. Bachadon shilliq pardasida glikogen, fosfor, kalsiy va boshqa moddalar to'planadi. Hozirgina aytilgan o'zgarishlar natijasida bachadon shilliq pardasida murtakning taraqqiy etishi uchun (agar ayolning bo'yida bo'lgan bo'lsa) qulay sharoit vujudga keladi. Bordi-yu, ayolning bo'yida bo'lmasa, sariq tana nobud bo'ladi, endometriyning funksional qavati sekreksiya fazasiga yetganda ko'chib tushadi, hayz qoni keladi.



9-rasm. Hayz ko'rish siklining turli fazalarida bachadon shilliq pardasi.

1-deskvamatsiya fazasi; 2 va 3 - proliferatsiya fazasi; 4 va 5 - sekreksiya fazasi, a-bachadon shilliq pardasining muskul qavati; b-bazal qavati; d-funksional qavati.

Shundan keyin butun organizm, tuxumdon va bachadonda siklik o'zgarishlar yangidan boshlanadi (10-rasm). Yana tuxumdonda follikula yetiladi, ovulatsiya ro'y beradi va sariq tana taraqqiy etadi, bachadon shilliq pardasida tegishli o'zgarishlar ro'y beradi. Bachadon bo'ynida, qinda va jinsiy apparatning boshqa bo'limlarida siklik o'zgarishlar kuzatiladi, lekin bu o'zgarishlar tuxumdonlar bilan endometriydagi o'zgarishlarga nisbatan kamroq seziladi.



10-rasm. Tuxumdonlar va endometriydagi siklik o'zgarishlar sxemasi.

Yuqorida aytilgan siklik o'zgarishlar ayolning yetuklik (balog'at) davrida navbat bilan takrorlanib turadi. Homiladorlik va emizish kabi fiziologik jarayonlar munosabati bilan siklik o'zgarishlar to'xtaydi. Patologik sharoitda (og'ir kasalliklar, ruhiy kechinmalar, sifatsiz ovqatlanish va shunga o'xshashlar ta'sirida) ham hayz ko'rish sikllari buziladi.

Hayz siklining idora etilishi

Tashqi va ichki muhitning ta'sirida markaziy asab tizimida sodir bo'lgan o'zgarishlar impulsi gipotalamusga berilishi oqibatida gipotalamus gonodotrop relizing gormonlar ishlab chiqara boshlaydi, ularni relizing faktorlar yoki neyrosekretlar ham deyiladi.

Relizing faktorlar organizmidagi siklik o'zgarishlar jarayonida hayz siklining birinchi yarmida follikulalarni stimullovchi FSG gormonlar

ishlab chiqarilishini ta'minlovchi-RFFSG, ikkinchi yarmida esa sariq tanachani rivojlantiruvchi lyuteiyenlovchi (LG) va lyuteotrop gormonlar ishlab chiqarilishini ta'minlovchi RFLG neyrosektorlar ajralib chiqadi va ular ichki sekretiya bezi-gipofizga ta'sir etib gipofiz ham hayz siklining birinchi yarmida 14 kun davomida follikulalarni stimullovchi gormon (FSG) larni ishlab chiqadi. Hayz siklining ikkinchi yarmida - ovulatsiyadan keyin esa sariq tanachaning rivojlanishini ta'minlaydigan lyuteiyenlovchi va lyuteotrop gormonlar ishlab chiqaradi.

Gipofizning gonadotrop gormonlari ta'sirida tuxumdon va bachadonda o'ziga xos jarayonlar sodir bo'ladi. Tuxumdonda FSG ta'sirida follikulalar yetilishi davomida estrogen gormonlari ishlab chiqiladi, qonda uning miqdori oshadi, LG ta'sirida sariq tanacha rivojlanib istagan (progesteron) gormonini ishlab chiqaradi. Bu gormonlar o'z navbatida bachadonga ta'sir ko'rsatib, undagi siklik jarayonni vujudga keltiradi.

Estrogen gormonlari ta'sirida bachadonning endometriy qavati regeneratsiya, proliferatsiya jarayonlarini o'z boshidan kechirsa, progesteron ta'sirida sekretor faza faoliyati boshlanadi.

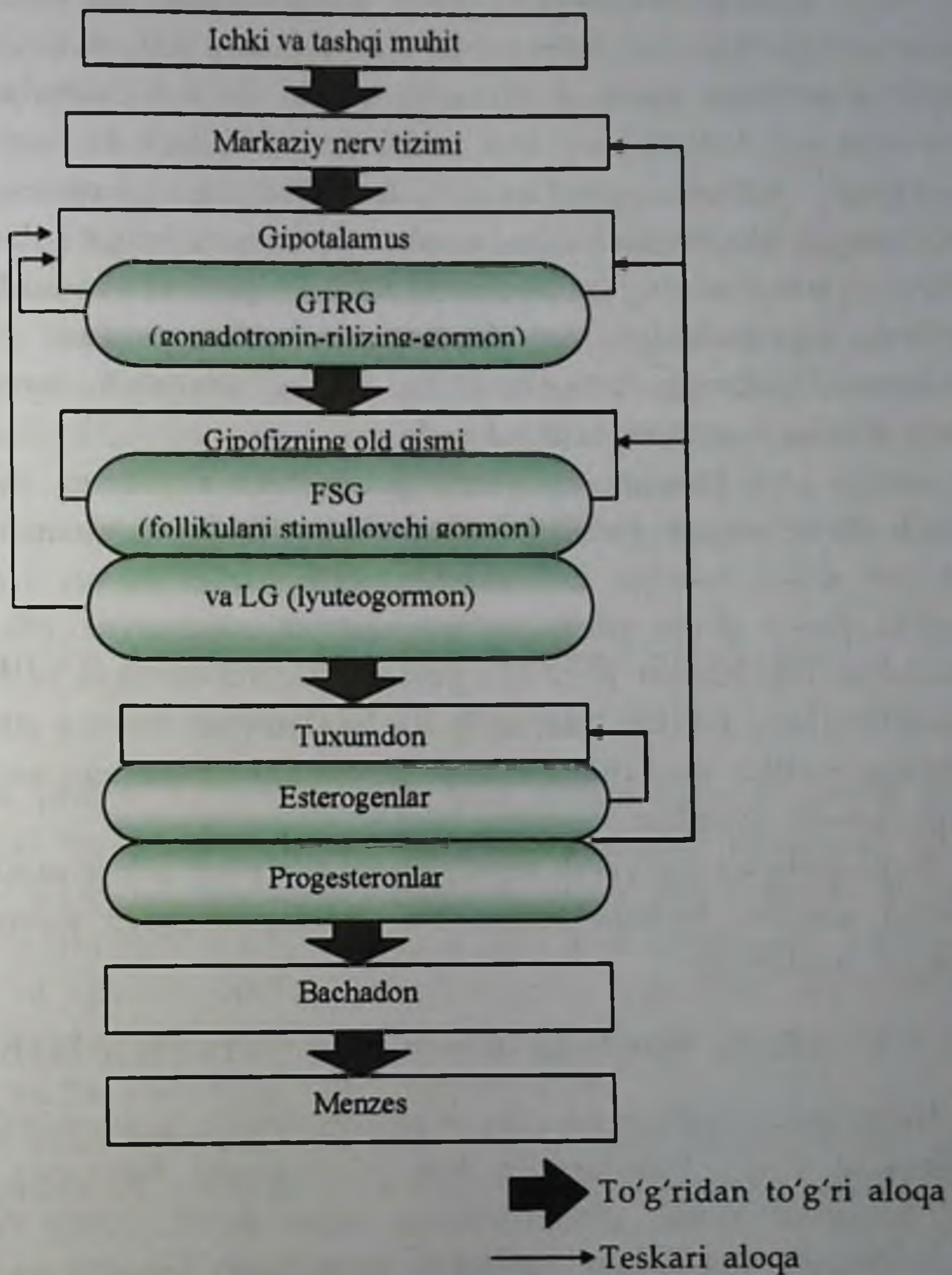
Shunday qilib neyrohumoral o'zgarishlar markaziy nerv tizimidan (bosh miya po'stlog'idan) gipotalamusga, gipotalamusdan gipofizga, gipofizdan tuxumdonga, tuxumdonan bachadonga berilib, siklik jarayonlar idora etiladi. Xuddi shuningdek, bachadondan tuxumdonga, tuxumdonan gipofizga, gipofizdan - gipotalamusga, gipotalamusdan markaziy asab tizimiga teskari aloqa yo'li bilan impulslar - to'lqinlar kelib turadi. Bu o'zgarishlar sxema tarzida 11-rasmda aks ettirilgan.

HAYZ KO'RISH DAVRINING GIGIYENASI

Normal hayz ko'rish 3-5 kun davom etadi, ammo 7 kundan oshmaydi. Har bir hayz ko'rishda 50-150 ml qon ketadi.

Hayz qoniga bachadon bezlarining sekreti va endometriy funksional qavatining parchalangan zarralari aralashadi.

Hayz qoni odatda, ivimaydi (buning sababi shuki, unda fermentlar bor), tomirlarda oqib turgan qonga nisbatan to'q rangli bo'ladi.



11-rasm. Ayollar hayz sikli kechishining to'g'ridan-to'g'ri va teskari aloqa mexanizmlari.

Hayz ko'rish normal hodisa hisoblanadi, ammo bu davrda organizmda kuzatiladigan o'zgarishlar gigiyena qoidalariga sinchiklab rioya qilishni talab etadi. Hayz ko'rish vaqtida ayol odatdagi ishini ado etaversa bo'ladi, ammo u ortiqcha charchamasligi, jismonan zo'riqmasligi, badanini sovutib yoki qizitib yubormasligi kerak.

Hayz ko'rishdan oldin va hayz ko'rish kunlarida ichki a'zolarga, chanoq a'zolariga qon ko'p kelmasligi uchun o'tkir, dorivorli ovqat va spirtli ichimliklar iste'mol qilmaslik kerak. Hayz ko'rish vaqtida jinsiy a'zolarga qon kelishi ko'p qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz ko'rish vaqtida endometriyning funksional qavati ko'chganligidan bachadonda «jarohat yuzasi» vujudga keladi. Patogen mikroorganizmlarning bu jarohatga kirib ko'payishi natijasida bachadon naylari, tuxumdonlar va chanoqning qorin pardasi yallig'lanishi mumkin. Modomiki shunday ekan, butun badanni va ayniqsa, tashqi jinsiy a'zolarni pokiza tutish kerak.

Hayz qoni maxsus gigiyenik paxta-doka boylamga bemalol oqib tushib shimiladigan bo'lishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolarni qaynatilgan iliq suv bilan kuniga 2-3 marta yuvib turish zarur. Hayz ko'rish vaqtida jinsiy aloqa qilish va qin chayish yaramaydi, chunki bunda bachadonning jarohat yuzasiga patogen mikroblar kirib yallig'lantirishi mumkin. Hayz ko'rish kunlarida dushga tushish tavsiya etiladi, ammo vannaga tushish maslahat berilmaydi, chunki ifloslangan suv vannadan qinga kirishi mumkin.

Korxonalarda gigiyenik muolajalarni ado etish uchun moslashtirilgan maxsus xonalar bo'lishi lozim, bu muolajalar hayz ko'rish davrida ayniqsa, muhimdir.

Hayz vaqtida o'z-o'zini parvarishlash

Hayz jinsiy yetilish davrida ayolning fiziologik xususiyatlari bo'lib, ikkilamchi jinsiy belgilarning biri hisoblanadi. Hayzning davriyligi ayol hayotida ritmik o'zgarishlarga sabab bo'lib, ruhiy va jismoniy o'zgarishlarga olib keladi, bu esa ba'zi hollarda behollik va bezovtalik holatlarini keltirib chiqaradi.

Hayz davriyligining mohiyati

Jinsiy yetilish davri boshlanishi bilan ayolda birinchi hayz kela boshlaydi, bu ayollarning erkaklardan farqli bo'lgan jismoniy xususiyatidir. Bu jismoniy xususiyatlar embrional davrdan boshlanadi. Embrional davrida tuxumdonlarda erkaklar gormonlari ishlab chiqariladi. Gipotalamusda erkaklar jinsiy gormonlarining davriyligi

buzilib, faqat ayollarda gormonlar davriyligi saqlanib qoladi.

Buning oqibatida, ayolda erkaklar gormoni ishlab chiqarilmay, davriylik saqlanib qoladi. Lekin bu ayolning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy hayotiga ta'sir ko'rsatadi.

Masalan: o'rta hisobda, 35-40 yil davomida hayz ko'radi. Agar ayol bir marotaba bo'lsa ham homilador bo'lmasa, 6 yildan ko'p vaqt - hayz ko'rgan bo'ladi.

Ayolning hayzga qanday munosabatda bo'lishi hayot tarziga katta ta'sir ko'rsatadi. Ba'zi ayollar hayzni fiziologik holat deb, salomatlik belgisi hisoblaydilar va unga ijobiy qaraydilar. Ba'zilari esa, hayzga kasallik yoki nohush vaziyatga qaragandek munosabatda bo'ladilar. Shuning uchun ayol hayzni qanday anglashi, uning hayotida o'z aksini topadi.

Jinsiy yetilish davrida hayzni anglash, ayollik va onalik

Azaldan birinchi hayz kelishi qiz bola uchun katta ahamiyat kasb etadi, chunki bu davrda ular ayollik hissini anglab yetishadi, o'tish davrida bu tuyg'ular bebaho hisoblanadi. Hayz davri paydo bo'lishi bilan qizlar o'zini ayollar safiga qo'shib, ayol jinsi rivojlanadi, fiziologik rivojlanish va ijtimoiy omillar tufayli hamda noturg'un ruhiy holat, turg'un holatga o'tadi, shaxsiyat shakllanib, onalik hissi uyg'onadi, rivojlanadi va bu insonning ruhiyatini boyitadi.

Bundan kelib chiqadiki, hayzga ijobiy munosabatda bo'lish ayol jinsi shakllanishi va onalikni rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Hayz tahlili

O'zbekiston sharoitida odatda, normal rivojlangan qiz bolalarda birinchi hayz o'rtacha 12 yoshdan, 11-15 yoshlarda keladi.

Birinchi hayz - menarxe deyiladi. Hayz kelishi organizmda siklik o'zgarishlar (jarayonlar) sodir bo'lishi bilan, ya'ni bosh miya po'stloq qismi, gipotalamus, gipofiz va jinsiy bezlar tuxumdonlarda va bachadonda sodir bo'ladigan o'zgarishlar oqibatida yuzaga keladi. Ideal tip xotin-qizlarda hayz har 28 kunda, ba'zi ayollarda 21 yoki 32-35 kunda kelishi mumkin. Muntazam tarzda 21 yoki 35 kunda takrorlanib

turadigan hayz sikli ham normal hisoblanadi. Normal hayz siklida qon kelishi 3-5 kun davom etadi va shu davrda o'rtacha 50-150 gr qon yo'qotadi. 50 g dan kam yoki 150 g dan ko'p qon kelishi hayz siklining u yoki bu darajada buzilganligidan darak beradi. Umumiy ketadigan qonning 80% ikkinchi kun ketadi, uchinchi kun ikkinchi kunning 1/3 ketadi. Bu ko'rsatkichlar 20-30 yoshlar uchun, kamdan-kam hollarda 10 va 40 yoshlarda kuzatiladi.

Predmenstrual sindrom – bu bir necha xil simptomlar yig'indisi bo'lib, hayzdan avval paydo bo'ladi va hayz vaqtida ham kuzatiladi. Ular quyidagilardir: asab tizimi va bosh miya simptomlari: bosh og'rig'i, boshning og'irligi, bosh aylanishi, kayfiyatning tushkunligi, asabiylashish, uyquga to'ymaslik, behalovatlik, tajanglik; ovqat hazm qilish tizimidagi simptomlari: qusish, ich qotishi, ich ketishi; harakat va qon aylanishi tizimi simptomlari: qo'llarning uvishishi, qorin pastki qismida og'riq, bel sohasida og'riq, charchoqlik hissi, ko'krak va uning uchlarida og'riqlar. Yuqoridagi simptomlar fiziologik bo'lib, bezovta qilmasa xavotirlanishga o'rin yo'q, ammo chidab bo'lmasa, mutaxassisga murojaat etish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Jinsiy yetilish davri haqida tushuncha.
2. Jinsiy yetilish davrida qiz bola organizmidagi fiziologik o'zgarishlar.
3. Hayz va uning boshqarilishi.
4. Hayz ko'rishda tuxumdondagi o'zgarishlar.
5. Hayz ko'rishda bachadondagi o'zgarishlar.
6. Balog'at davri gigiyenasi.
7. Predmenstrual sindrom.

Tayanch so'z va iboralar:

1. Jinsiy yetilish davri – 7-8 yoshdan boshlanib, 18 yoshgacha davom etadi.
2. Hayz ko'rish – bachadondagi siklik o'zgarishlarning deskvamatsiya fazasi bo'lib, unda qon kelishi kuzatiladi.

3. Tuxumdon siklining follikulaning yetilish fazasi - normal hayz siklining tuxumdondagi 1-fazasi bo'lib, tuxumdonda tuxum hujayra, ya'ni follikula yetiladi.

4. Deskvamatsiya - hayz ko'rishda bachadon siklining 1-fazasi hayz qoni kelishiga to'g'ri keladi, bachadon endometriyasining funksional qavati ko'chib tushadi.

5. Regeneratsiya - hayz siklining bachadon siklidagi 2-faza, bachadon endometriysi funksional qavatining tiklanishidir.

6. Prolifiratsiya - bachadon siklining 2-fazasining davomi hisoblanadi, endometriyning shilliq qavatining tez o'sib tiklanishi.

7. Sekretsiya - hayz siklining bachadon siklidagi 3-fazasi.

V BOB. REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLAR SALOMATLIGINI MUHOFAZA QILISH. REPRODUKTIV, FERTIL DAVRIDA HAMSHIRALIK ISHI

Akusher-ginekologik yordam ko'rsatuvchi muassalarning vazifalari:

Ayollarga homiladorlik davrida, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda, ginekologik kasalliklarda malakaviy tibbiy yordam ko'rsatish, shuningdek, akusherlik statsionarida yordam ko'rsatish va parvarishlash perinatal markazlar, akusher-ginekologik majmualar, umumiy profildagi kasalxonalarda amalga oshiriladi.

Zamonaviy tug'ruq kompleksi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Ko'p tarmoqli yordam ko'rsatuvchi ambulator poliklinika bazasi, akusherlik statsionarni, xotin-qizlar maslahatxonasi, reanimatsiya va intensiv terapiya xizmati, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni birinchi etapda parvarishlash bo'limi, ginekologik bo'lim va maxsus yordam ko'rsatish uchun tibbiy brigadani.

Akusherlik – statsionar holatlar quyidagilardan tashkil topgan:

Qabul bo'limi, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi bo'limlar, chaqaloqlar bo'limi, shuningdek, homilador ayollar patologiyasi bo'limi. Ginekologik bo'lim tug'ruq kompleksi yoki ko'p tarmoqli shifoxonalar tarkibida bo'lib, ginekologik kasalliklari bo'lgan ayollarni konservativ va jarrohlik yo'li bilan davolashga yo'naltirilgan.

Ginekologiya bo'limi 3 yo'nalishda ish olib boradi.

1. Operatsiya yo'li bilan davolashga muhtoj bo'lgan bemorlarni gospitalizatsiya qilish – tezkor ginekologiya bo'limi.
2. Bemorlarni qonservativ yo'l bilan davolash – konservativ ginekologiya bo'limi.
3. Homiladorlikni to'xtatish (abort) palatasi yoki bo'limi (abortariy).

Ona va bola salomatligi markazlari – barcha ayollar va erkaklar hamda o'smirlarning jinsiy yetilish davrida yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. Uning asosiy ish uslublari: akusher-ginekologik yordam

ko'rsatish, maxsus qabul sharoitida maslahatlar berish, sanitariya-oqartuv ishlarini olib borishdan iborat.

Markazda: akusher-ginekologlar, seksolog, seksopatologlar, androloglar va psixologlar ish olib boradilar. Markaz oilaviy muammolarni yechishga ham yordam beradi, bu yerga faqat ayol emas, balki er-xotin, o'smir va erkak murojaat qilishi mumkin. Markaz mutaxassislari juda katta sanitariya-oqartuv ishlarini ham olib borishadi: O'rta tibbiy xodimlar maktablarda, o'rta maxsus o'quv muassalarida, oliy o'quv yurtlarida, ishlab chiqarish korxonalarida turli mavzularda ma'ruzalar o'qiydilar, suhbat, davra suhbatlari o'tkazadilar.

Tibbiyot xodimlari bolalar va o'smirlarning jinsiy yetilishi va tarbiyasida yordam beradilar, bu esa ularning kelajakda oilaviy hayotga tayyorlanishida, ota-ona bo'lishida javobgarlik hissini uyg'onishida yordam beradi.

Perinatal markazlar respublika va viloyat markazlarida tashkil etilib, aholiga akusherlik va ginekologiya xizmatini ko'rsatish tizimlaridan biri hisoblanadi. Ular tarkibida skrining markazi, reproduktiv salomatlik markazlari bo'lishi mumkin. O'zbekiston Respublikasida hozirgi kunda respublika poytaxtida va viloyatlar markazlarida alohida faoliyat ko'rsatuvchi reproduktiv salomatlik, perinatal, skrining markazlari mavjud.

Akusherlikda hamshiralik ishining faoliyati

Homilador, tug'ayotgan va tuqqan ayollarga yo'naltirilgan asosiy faoliyat. O'zbekistonda akusher-ginekologik xizmat ko'rsatishning asosiy prinsiplari:

Respublikada tug'ruq xizmati ko'rsatish bepul, barchani 100% qamrab oladi, ilm-fanda zamonaviy o'zgarishlarga asoslangan holda tibbiy yordam ko'rsatish sifatini muntazam ravishda oshirib boradi.

Akusher-ginekologik xizmatning asosiy maqsadi - aholi orasida reproduktiv salomatlikni muhofaza qilish, abortning oldini olish va sog'lom bola tug'ilishini ta'minlash.

Akusher-ginekologik xizmatning vazifalari - ayollarning barcha hayotiy davrlaridagi salomatligini saqlash va himoya qilishdan iborat.

Onalik va bolalikni himoya qilishda hamshiraning roli

Onalik va bolalikni himoya qilishda hamshiraning faoliyati quyidagilarga yo'naltirilgan: sog'lom oilani shakllantirish, ayolning reproduktiv salomatligini saqlash va himoya qilish, hamshiralik faoliyatining obyekti bo'lib, ayol uning oilasi va jamiyati hisoblanadi.

Hamshira akusherlik va ginekologiyada hamshiralik jarayonini olib borishda ayol va uning oilasiga turli davrlarda davolash-profilaktik yordam ko'rsatadi, nazorat va kuzatuvni olib boradi, ginekologik patologiya holatlarida kerakli yordamni ko'rsatadi. Tibbiyot hamshirasi - ayolga va uning oilasiga maslahatchi, yordamchi vazifasini bajaradi. U hamshiralik jarayoning barcha bosqichlari: birlamchi tekshiruvni o'tkazish, bemor muammolarini aniqlash, hamshiralik parvarishini rejalashtirish, parvarishni amalga oshirish, parvarishning natijalarini kundalik va yakuniy baholashi shart. Hamshira xavfli omillar, klinik belgilar, asoratlarni haqida bilishi shart. Ginekologik kasalliklarni oldini olish, bemorlar va tibbiy xodimlarni infeksiyaga xavfsizlikni ta'minlashi shart. Hamshira akusherlik va ginekologiyada shoshilinch holatlarda birinchi yordam ko'rsata olishi, tug'ruqni qabul qila olishi kerak.

Sog'liqni targ'ibot qilish konsepsiyasi

Onalikda hamshiralik parvarishi obyekti - bu o'z sog'liqlarini mustaqil nazorat qila oladigan va o'z sog'liqlarini yaxshilay oladigan, yuqori darajadagi sog'liqqa ega bo'lgan aholi qismidir. Hamshiralik parvarishida "sog'liqni targ'ibot qilish" konsepsiyasini bilish muhimdir.

1. Sog'liqni targ'ibot qilish deganda nima tushuniladi?

1986-yil Ottava xartiyasida «sog'liqni targ'ib qilish» quyidagicha berilgan: bu jarayon kishilar o'z sog'liqlarini mustaqil nazorat qilishlari va sog'liqlarini yaxshilashlari, sanitar-oqartuv ishlarini olib borishlari va bunga kerakli shart-sharoitlarni yaratishlari kerak. Shunday qilib, salomatlik - bu yashash maqsadi emas, balki kundalik hayotga kerakli zaxiradir. Bu konsepsiya bo'yicha salomatlik jismoniy holat bo'lib qolmay, balki ijtimoiy va individual zaxira bo'lib hisoblanadi. Sog'lom hayot tarzi targ'iboti faqatgina majburiyat emas, balki keng ijtimoiy

harakatdir. Bu konsepsiya bo'yicha har bir inson o'z sog'lig'i uchun javobgardir, shifokorlar va hamshiralar esa salomatlikni yaxshilash uchun ma'suldirlar.

2. Ayollar hayoti davomida olib boriladigan sanitar-oqartuv ishlar.

1992-yildan bolalar ginekologi kabinetlarining ishga tushirilishi.

Bolalar sog'lig'ini muhofaza qilishda asosiy tadbirlar, reproduktiv faoliyatning buzilishi va ginekologik kasalliklarni oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Bu tadbirlarga - bolalar va o'smirlarda uchraydigan jinsiy sistemasining funksional buzilishlari va kasalliklarini davolash, o'z vaqtida tashxislash va oldini olish kiradi. Bolalar va o'smirlar ginekologiyasi muammolari o'rganib chiqilganda hamda ushbu sohada qilingan ilmiy tadqiqotlarni tatbiq etish natijasida, ushbu soha bo'yicha mutaxassis - shifokorlar tayyorlash ehtiyoji tug'ildi. Bu mutaxassislar bolalarning jinsiy a'zolarida uchraydigan kasalliklar va buzilishlarni davolash hamda oldini olish uchun yordam ko'rsatadilar. Bunday mutaxassislarni tayyorlash O'zbekistonda 1992-yildan boshlangan.

Bolalar va o'smirlar ginekologik kasalliklarni davolash va oldini olish uchun 3 bosqichli tizim faoliyat ko'rsatib kelmoqda.

1-bosqich - maktabgacha bo'lgan muassasalarda, maktablarda va bolalar dam olish maskanlarida tibbiy yordam ko'rsatish. Bunda asosiy masala o'qituvchilar, ota-onalar va qizlar orasida sanitar-oqartuv ishlarini olib borish va qizlar orasidan kasalliklarni aniqlab, mutaxassislarga yuborish.

2-bosqich - davolash va oldini olish ishlari oilaviy poliklinikalarning maxsus xonalarida olib boriladi. Bu bosqichning vazifasi - shifoxonada sharoitida davolanishni talab qilmaydigan jinsiy a'zolardagi kasalliklarni tashxislash va davolashdan iborat.

3-bosqich - shifoxona sharoitida bemorlarni tashxislash va davolash. Shifokorning muntazam nazoratiga, murakkab tekshirish usullariga va davolashga muhtoj bemorlar shifoxonaga davolanish uchun yuboriladi. JSS tashkiloti ekspertlari aytishicha, o'smirlik davri nisbatan muammolardan xolis bo'lishiga qaramay, kritik davr hisoblanadi, chunki bu davrdagi noto'g'ri ovqatlanish va turli xil kasalliklar keyinchalik reproduktiv davrida katta asoratlarga sabab bo'lishi mumkin.

Sanitar-oqartuv ishlar oilaviy poliklinikalar, akusher-ginekologik muassasalar va perinatal markazlarning asosiy ish faoliyatining bir qismi hisoblanadi. Sanitariya-oqartuv ishlarining vazifalari: ginekologik kasalliklarni oldini olish, ayolning hayoti davrlarida salomatligini mustahkamlash, ona va bola uchun homiladorlikni va tug'ruqni ijobiy kechishini ta'minlash, abortga qarshi kurash va kontrasepsiya targ'ibotini faol olib borish. Sanitar-oqartuv ishlari quyidagi rejaga asosan o'tkaziladi: shifoxonada va qonsultativ markazlarda, uchastkalarda, korxonada, o'quv muassasalarida, fermer xo'jaliklarida.

Sanitar-oqartuv ishlari turli xil shakllarda o'tkazilishi mumkin: suhbat va ma'ruzalar o'tkazish, ko'rgazmalar tashkil etish, sanitar-oqartuv kitobchalar va sanbyulleten tayyorlash. Sanitar-oqartuv ishlarining mavzusini va turlarini akusher-ginekologlar aniqlaydilar va unda davo maskanlarining hozirgi vaqtdagi asosiy masalalarni inobatga olgan holda tashkil qiladilar.

Sog'lom turmush tarzini o'rgatishdan maqsad – inson salomatligini yaxshilash va saqlash, shuning uchun bir kishi kasal bo'lgan taqdirda ham hamshira mutaxassislarni jalb qilishi kerak. Shundan keyingina har bir mutaxassis o'z vazifasini va davolash rejasini tuzib, sog'lom turmush tarzini amalga oshirishi kerak. Sog'lom turmush tarzini amalga oshirish uchun barcha aholini qamrab olinishi kerak. Ijtimoiy-iqtisodiy yordamni yaxshilanishi, sog'lom turmush tarzini yaxshilanishiga olib keladi, bunda hamshiraning ham roli katta ahamiyatga ega.

Reproduktiv salomatlik konsepsiyasi

Oxirgi yillarda "Reproduktiv salomatlik va huquq" konsepsiyasiga katta e'tibor berilmoqda. Bu konsepsiya onalikda hamshiralik parvarishida katta ahamiyatga ega, chunki bu konsepsiya onalik va bolalikni muhofaza qilishga katta e'tibor beradi. Onalikda hamshiralik parvarishi mohiyati jadal ravishda rivojlanib kelmoqda. Shuning uchun reproduktiv salomatlik va huquqni tushungan holda onalikda hamshiralik parvarishida parvarish masalalarini qayta ko'rib chiqish kerak.

Reproduktiv salomatlik konsepsiyasini rivojlanishi

1. 1990-yil – Fathilla tushunchasi (inson reproduksiyasi taraqqiyoti tekshirish maxsus dasturining rahbari). Reproduktiv salomatlik nafaqat

reproduktiv davrida kasallik va patologiyalarni bo'lmashligi, balki jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatni to'liqligidir.

2. 1992-yil - Oilani rejalashtirish halqaro federatsiyasi faoliyati reproduktiv salomatlikni yaxshilashga qaratilgan.

3. 1993-yil - Akusher-ginekologlarning halqaro kongressi reproduktiv salomatlikning 4 ta asosiy elementini belgiladi:

1. Homiladorlikdan saqlanishni nazorat qilish. Nafaqat homiladorlikdan saqlanish, balki bepushtlikni davolash ham zarur.

2. Har bir ayol bexatar homiladorlik va tug'ish huquqiga ega.

3. Barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar sog'lom va baquvvat bo'lishlari kerak.

4. Jinsiy infeksiyalardan xalos bo'lish kerak.

4. 1994-yil - BMTning uchinchi halqaro konferensiyasida (Kair, 1994-yil) aholishunoslik va taraqqiyot masalalari bo'yicha quyidagi ish rejasi tasdiqlandi: "Reproduktiv salomatlikni saqlab qolish maqsadida zamonaviy oilani rejalashtirish usullarini ommalashtirish".

5. 1995-yil - To'rtinchi ayollar xalqaro konferensiyasida quyidagi qonuniy projekt qayta tasdiqlangan "Ayol va salomatlik", bunda reproduktiv salomatlik konsepsiyasi, huquq hamda jinsiy salomatlik masalalari kiritildi. Deklaratsiyada asosan, har bir ayol o'zining jinsiy salomatligini saqlashi kerak va bunga o'zi javobgarligini bilishi kerak, chunki bu ayolning insoniy huquqidir.

Reproduktiv salomatlik va huquq tushunchasi

Reproduktiv salomatlik nafaqat reproduktiv davrida kasallik va patologiyalarni bo'lmashligi, balki jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatni to'liqligidir. Reprodukativ salomatlikka asosan, inson o'zi uchun xavfsiz va qoniqarli bo'lgan jinsiy aloqada bo'lishi va qachon, qancha bola tug'ishini o'zi hal qilishi kerak. Ayol kontraseptiv usullarning samaradorligi haqida to'liq axborotga ega bo'lishi kerak va homiladorlikdan saqlanish usulini o'zi tanlashi huquqiga ega. Shu bilan bir qatorda, ayol bexatar homiladorlik va tug'ruq huquqiga, sog'lom farzandlar ko'rishga va barcha xizmatlar bilan ta'minlanish huquqiga ega.

Ayol reproduktiv salomatligi va huquq masalalari

Ayollarning reproduktiv salomatligi erkaklarnikiga nisbatan xavf ostida turadi, chunki homiladorlik va tug'ruq ayol organizmida ro'y beradi. Masalan, istalmagan homiladorlik tufayli qilinadigan abort yoki istalgan homiladorlikdan keyingi tug'ruqdan kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar ayolning reproduktiv salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Yaponiyadan kelgan ma'lumotlarga ko'ra, fertil yoshdagi ayollarning umumiy kasalliklari ichida 30% - jinsiy a'zo kasalliklari tashkil qiladi; erkaklarda esa - 12% (bu ayollarga nisbatan 1/3 to'g'ri keladi). Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar: ayollarda - 8,9%, erkaklarda esa - 1,5%. Ushbu ma'lumotlarga ko'ra ayollar erkaklarga nisbatan jinsiy xavfga 3 baravar ko'p uchraydilar. Reprodukativ jarayonni kechishi hamda jinsiy a'zolarini tuzilishi va faoliyati orqali jinsiy farq namoyon bo'ladi. Ayollarning jinsiy a'zolaridagi kasalliklarning belgilari kamdan-kam holatlarda namoyon bo'ladi, ayollar o'z xohishlariga ko'ra profilaktik tekshiruvlardan o'tmaydilar, shu sababli, kasallikni tashxislash qiyin kechadi.

Har bir insonning individualligi reproduktiv salomatlik va seksuallik tushunchalariga ta'sir qiladi (onalik mohiyati integratsiyasi). Onalikni salomatligini saqlash va yaxshilash ayolning reproduktiv salomatligiga bog'liq. Ayollar sog'lig'ini muhofaza qilishning bugungi masalalari: reproduktiv salomatlik va huquqni himoyalash va bunga bog'liq muammolarni aniqlash.

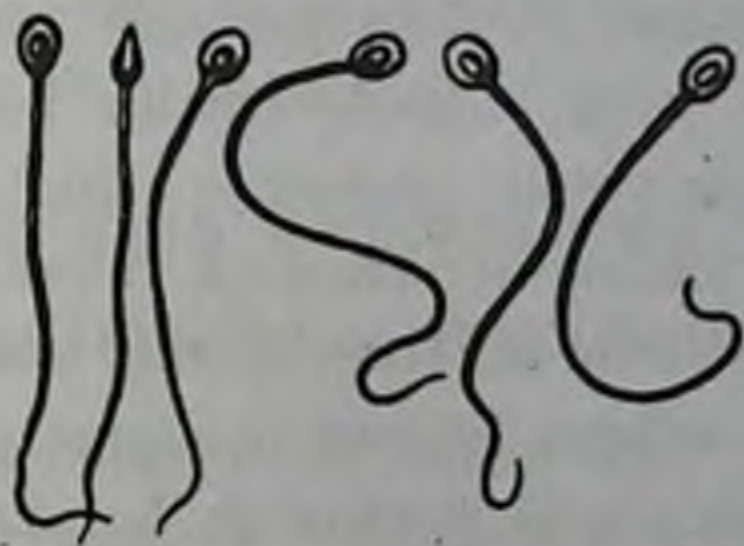
Nazorat uchun savollar:

1. Akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatish muassasalari ishini tashkil qilishi.
2. Tibbiyot hamshirasining vazifalari, o'rni va ma'naviy qiyofasi.
3. Epidemiyaga qarshi sanitar - gigiyenik tadbirlar.
4. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2003-yil 13-noyabrdagi 500-sonli buyrug'ining mohiyati.

VI BOB. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI. HOMILADORLIK DAVRIDA HAMSHIRALIK ISHI

Homiladorlik fiziologiyasi

Urug'lanish (bo'yida bo'lish) erkakning yetilgan jinsiy hujayrasi (spermatozoid) bilan ayol jinsiy hujayrasining qo'shilib bitta hujayraga aylanishi va undan yangi organizm taraqqiy eta boshlashi urug'lanish deb ataladi.



12-rasm. Spermatozoidlar.

Spermatozoidlar erkak jinsiy bezlarining burama kanalchalarida hosil bo'ladi. Spermatozoidning boshchasi, bo'yni va ingichka uzun dumi bor (12-rasm). Boshchasi hujayraning yupqa sitoplazma qavati bilan o'ralgan yadrodan, dumi bilan bo'yni esa sitoplazmadan iborat.



13-rasm. Spermatozoidlarning tuxum hujayraga kirish
1-spermatozoidlar; 2-spermatozoidlarga peshvoz hosil bo'ladigan
va ularni qabul qiladigan dumboqcha.

U. A. KARIMOVA, F. A. SOFIYANOVA

Spermatozoidlar mustaqil harakatlana oladi. Bu harakat dumining tebranma harakatlariga bog'liq. Spermatozoidlar urug' pufakchalari bilan prostata bezining sekretiga tushgach harakatchanligi oshadi. Urug' pufakchalari hamda prostata bezining sekreti bilan spermatozoidlar aralashmasi shahvat yoki sperma deb ataladi. Jinsiy aloqada qinga 5-8 ml sperma tushadi, buncha spermada 200-500 mln. spermatozoidlar bo'ladi. Sperma qinning asosan orqa gumbaziga tushadi, bachadon bo'ynining qindagi qismi esa orqa gumbazga qaragan. Bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi orqa gumbazda to'plangan spermaga tegib turadi, shuning uchun spermatozoidlar bachadonga bemalol kira oladi. Spermatozoidlar bir daqiqada 3-3,5 mm tezlik bilan harakatlanib 1-1 1/2 soatdan keyin bachadon bo'shlig'iga yetib boradi. 2-3 soatdan keyin bachadon naylariga kirib, ularda tuxum hujayra bilan uchrashadi. Tuxum hujayra bachadon nayining odatda, ampulyar qismida urug'lanadi. Tuxum hujayralar mustaqil harakatlana olmaydi. Yetilgan tuxum hujayra nurafshon toj bilan o'ralib, yorilgan follikuladan qorin bo'shlig'iga tushadi, so'ngra bachadon nayiga yo'l oladi. Bachadon nayi va shokilalarining so'ruvchi peristaltik harakatlari, nay epiteliysidagi kipriklarning hilpillashi (shu tufayli suyuqlik nay voronkasidan nayning bachadon tomondagi uchiga harakatlanadi) tuxum hujayraning nayga kirib olishiga yordam beradi. Bachadon nayining ampulyar uchiga kirib olgan tuxum hujayraga million-million spermatozoidlar intilib boradi. Tuxum hujayra yuzasida spermatozoidlar qarshisida qabul qiluvchi do'mboq vujudga keladi.

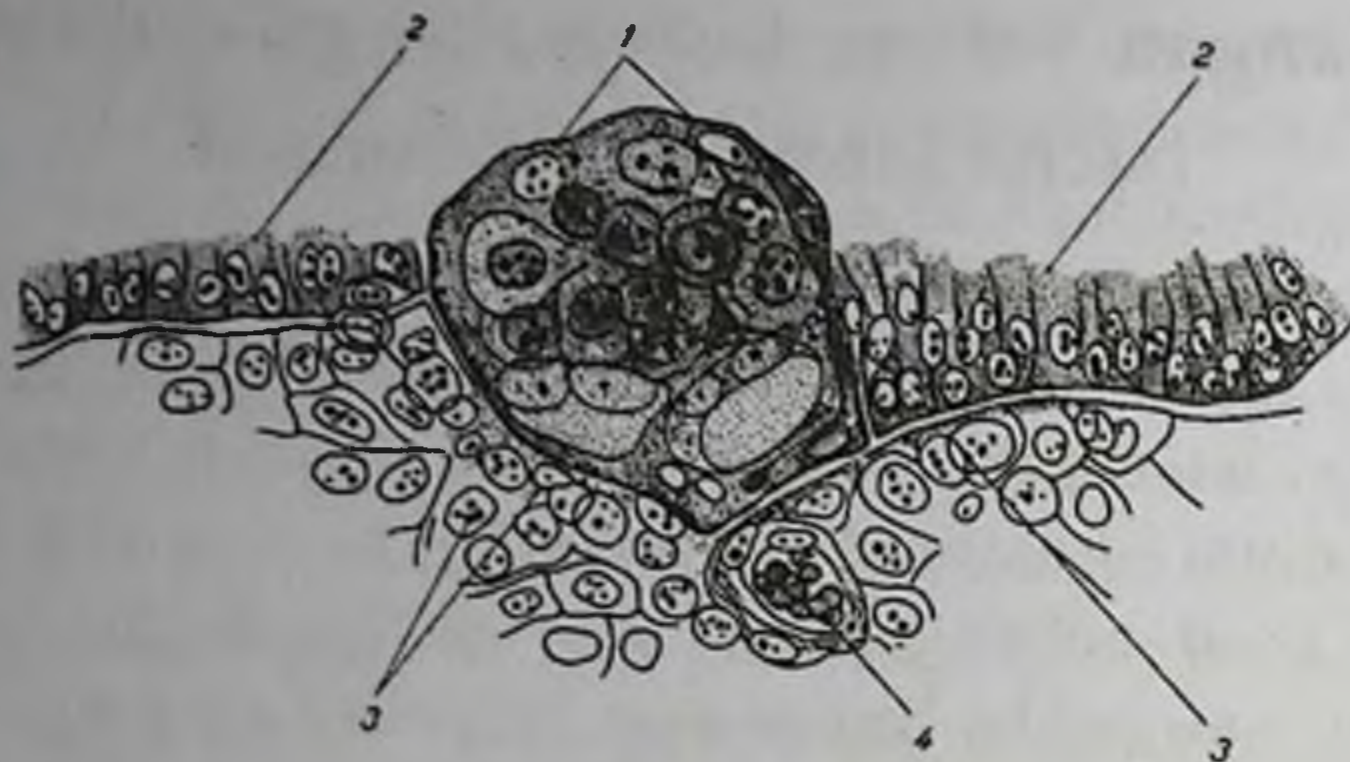
Million spermatozoidlardan faqat bir nechtasi tuxum hujayraning protoplazmasiga tiniq pardasi (zona pellucida) opqali kiradi (13-rasm). Spermatozoidlarning bosh qismida tuxum hujayraning tiniq pardasini eritib yuboradigan ferment-gialuronidaza mavjud, spermatozoidlarning tuxum hujayra ichiga kirishiga shu ferment yordam beradi. Tuxum hujayraga kirmagan hamma spermatozoidlar nobud bo'ladi, parchalanadi va bachadon naylarining shilliq pardasiga so'rilib ketadi. Tuxum hujayra protoplazmasiga kirgan bir necha spermatozoiddan faqat bitta yoki ikkitasi urug'lantirishda qatnashadi; spermatozoid yadrosi tuxum hujayra yadrosiga peshvoz borib, unga qo'shilib ketadi. Bu jarayon urug'lanishdir. Homiladorlik tuxum hujayraning urug'lanish paytidan boshlanadi.

Urug'langan tuxum hujayraning bo'linishi va bachadonga siljib borishi

Urug'langan tuxum hujayra modda almashinuvining kuchayganligi bilan farq qiladi. Yadrolar qo'shilib ketgach, tuxum hujayrasi bo'lina boshlaydi. Kariokinez yo'li bilan bo'linish natijasida tuxum hujayradan avval ikkita qizlik hujayra – blastomerlar hosil bo'ladi, bular ham bo'linadi. Blastomerlarning tez bo'linishi natijasida hujayralar to'plami vujudga keladi, bu hujayralar to'plami sirtidan qaraganda tut mevasiga o'xshaydi (morula). Bo'linayotgan tuxum ayni vaqtda bachadon nayi ichida harakatlana borib, urug'lanish paytidan hisob qilganda 8-10-kuni bachadon bo'shlig'iga yetib boradi.

Urug'langan tuxum hujayraning bachadonga payvandlanishi – implantatsiya

Urug'langan tuxum bo'linish bilan bir qatorda hujayralari sifat jihatdan ham o'zgaradi. Bo'linayotgan tuxum bachadon nayidayoq tiniq parda (zona pyellucida) dan xalos bo'ladi. Bachadonga kirish paytigacha morula hujayralarining tashqi qavati trofoblastga, ichki hujayralari esa embrioblastga aylanadi. Embrioblastdan murtak (embrion) vujudga keladi. Trofoblast tuxumni payvandlantiruvchi va embrioblastdan hosil bo'ladigan murtakni oziqlantiruvchi parda hisoblanadi. Trofoblast hujayralari fermentsimon modda proteolitik ferment ishlab chiqaradi, bu moddalar bachadon shilliq pardasining to'qimalarini eritib yuboradi. Tuxum bachadon shilliq pardasining yuzasiga (odatda, orqa yoki oldingi devorining naylar ro'parasidagi joyiga) cho'kadi, trofoblast bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi, bezlari, stroma hujayralari va tomirlarini eritib yuboradi va sekin-asta shilliq pardaning funksional qavati ichkarisiga botib kiradi (14-rasm). Tuxum bachadon shilliq pardasiga batamom kirib olgach uning ustidagi defekt bitib ketadi, tuxumning payvandlanish jarayoni shu paytdan boshlab tugaydi.



14-rasm. Bachadoning shilliq pardasiga tuxum hujayralarning payvandlanishi boshlashi:

1-bo'linayotgan tuxum; 2-bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi; 3-desidual hujayralari; 4-qon tomiri.

Shilliq pardani trofoblast eritib yuborgach tuxum atrofidagi to'qimalar parchalanib, murtakning oziqlanish muhiti vujudga keladi, (embriotrof, «bachadon suti»). Embriotrofdan oqsillar, uglevodlar, yog'lar, vitaminlar, tuzlar va embrionning oziqlanishi hamda rivojlanishi uchun zarur boshqa moddalar bor.

Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadon shilliq pardasi sekretor fazada bo'ladi: bezlari sekretga to'lgan, stroma hujayralari yumaloqlangan bo'lib, glikogen saqlanadi, funksional qavat spongioz (g'ovak) va kompakt qavatlariga bo'linadi. Spongioz qavat asosan bezlardan, kompakt qavat esa stromaning yumaloqlangan desidual hujayralardan iborat, bezlarning chiqarish yo'llari shu hujayralar orasidan o'tadi. Tuxum payvandlanib olgach bachadon shilliq pardasi qalin, suvli bo'lib, bezlari sekretga yanada to'lishadi, stroma hujayralari kattalashadi, ulardagi glikogen ko'payadi. Stromaning o'zgargan shu hujayralari homiladorlikning desidual hujayralari deb ataladi.

Kompakt qavatga suqilib kirgan tuxum hamma tomondan desidual, parda elementlari bilan o'ralgan. Tuxumning vaziyatiga qarab desidual parda uch qismga bo'linadi:

1) *decidua capsularis* – tuxumni bachadon bo'shlig'i tomondan qoplovchi qismi;

2) *dyecidua basalis* – tuxum bilan bachadon devori o'rtasidagi qismi;

3) *decidua parietalis* - bachadonning bo'shlig'ini qoplovchi jami shilliq (desidual) parda. Homila tuxumi o'sgan sayin *dyecidua capsularis* bilan *dyecidua parietalis* cho'ziladi, yupqa tortadi va bir-biriga yaqinlashadi. Homiladorlikning IV oyida homila tuxumi butun bachadon bo'shlig'ini egallaydi. Desidual pardaning shu ikki bo'limi birga qo'shilib, yanada ko'proq yupqalashadi. *Decidua basalis* esa, aksincha, qalin tortib, unda ko'pgina tomirlar taraqqiy etadi. Ko'chuvchi pardaning shu qismi plasentaning onaga taalluqli qismiga aylanadi.

Vorsinali parda (xorion) trofoblast bilan mezoblastdan taraqqiy etadi. Vorsinalar avvaliga tomirsiz bo'lib, homiladorlik I oyining oxiridayoq ularga allantoisdan tomirlar o'sib kiradi. Dastlabki vaqtda vorsinalar homila tuxumining butun yuzasini bir tekis qoplaydi. Homiladorlikning II oyida xorionning *decidua capsularis*-ga taqalib turgan qismidagi vorsinalar o'rala boshlaydi, homiladorlikning III oyida xorionning o'sha qismidagi vorsinalar yo'qoladi, natijada xorion silliq bo'lib koladi (*chorion laeve*). Xorionning *decidua basalis*-ga taqalib turadigan qarama-qarshi tomonida-vorsinalar, sershox bo'lib o'sib chiqadi (*chorion frondosum*) (15-rasm). Xorionning shu qismi plasentaga aylanadi.

Qog'onoq pardasi (amnion) berk xalta bo'lib, ichida qog'onoq suvi bilan o'ralgan homila turadi. Qog'onoq pardasi (amnion) homilaga eng yaqin turgan ichki pardadir. Desidual (ko'chuvchi) pardaga chegaradosh bo'lgan vorsinali parda (xorion) qog'onoq pardasiga taqalib turadi (16-rasm).

Qog'onoq suvi (amnion suyuqligi). Amnion bo'shlig'idagi suyuqlik-qog'onoq suvi homiladorlikning oxirgi oylarida 1-1,5 l ga yetadi. Qog'onoq suvi (homila atrofidagi suv) amnion eliteliysining sekretsiyasi natijasida hosil bo'ladi; ehtimol, ona qon tomirlaridan suyuqlik sizib o'tishi va homila buyraklarining ishlashi natijasida ham qisman hosil bo'lishi mumkin. Qog'onoq suviga epidermis tangachalari, teridagi yog' bezlarning mahsuli va homilaning mayin tuklari aralashgan bo'ladi.

Qog'onoq suvining tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yog', qand va gormonlar (follikulin, gonadotrop gormon) bor. Qog'onoq suvining fiziologik ahamiyati katta: 1) suv homilaning bimalol harakatlanishi va taraqqiy etishi uchun sharoit tug'diradi, suv yetishmasligi homiladagi

tug'ma majruhliklarga sabab bo'ladi; 2) suv homilaning nozik organizmini noqulay tashqi ta'sirlardan saqlaydi; 3) suv kindikni homila gavdasi bilan bachadon devori o'rtasida qisilib qolishdan saqlaydi (kindikning qisilishi natijasida homila nobud bo'lishi mumkin); 4) qog'onoq suvi bilan to'la homila pufagi tug'ruq vaqtida bachadon bo'yni ochilish davrining normal o'tishiga yordam beradi.



15-pacm. Ko'chib tushadigan (desidual) parda bo'laklari:
1-decidua parietalis; 2-decidua capsularis; 4-chorion frondosum;
5-chorion laeve; 6-amnion.



16-rasm. Bachadonda pardalarning joylashuvi (sxema):
1-chorion laeve; 2-amnion; 3-qo'shilib ketgan decidua capsularis bilan decidua parietalis; 4-amnion bo'shlig'i; 5-kindik; 6-decidua basalis; 7-chorion frondosum.

PLATSENTA (placenta)

Plasenta² homilaning nafas olishi, oziqlanishi va homilada modda almashishi natijasida hosil bo'lgan ortiqcha moddalarni chiqarib yuborishga yordam beradigan eng muhim organdir. Plasenta o'pka, hazm a'zolari, buyrak, teri va boshqa a'zolarning funksiyasini ham bajaradi. Plasentada gonadotrop gormonlar, estrogen gormonlar va progesteron hosil bo'ladi: unda gidrokortizon, bo'y o'stiradigan gormon, adrenokortikotrop va boshqa gormonlar ham borligi aniqlangan.

² Platsenta - yo'ldoshning faqat bir qismi, shuning uchun uni "yuldosh" bilan almashtirish yaramaydi. Uni bola o'rni deb ham ataladi.

Plasentaning to'qimasida oqsillar, uglevodlar, lipidlar, fosfatidlar, vitaminlar, mikroelementlar, temir va boshqa moddalar bor.

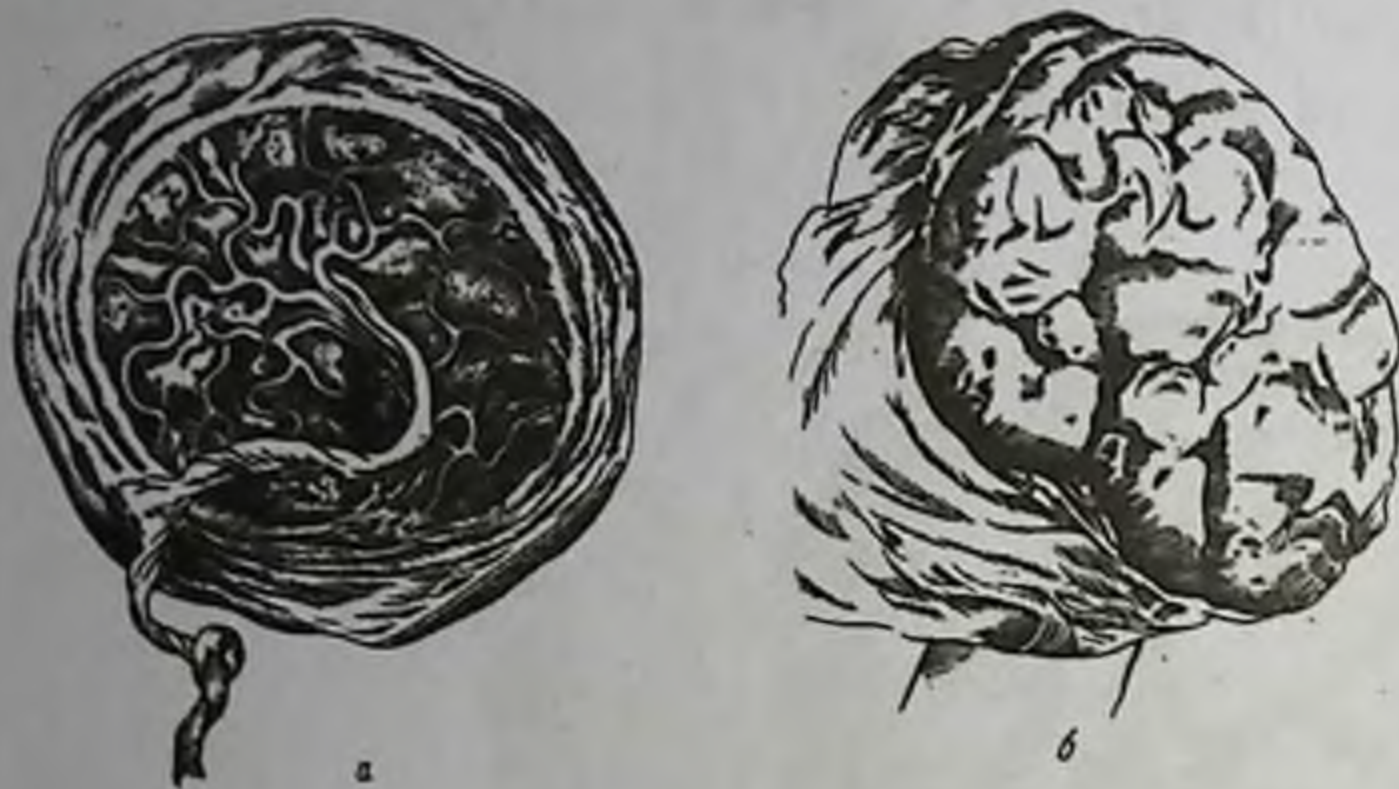


17-rasm. Vorsinaning mikroskopik tuzilishi:
1-sinsitiy; 2-sitotrofoblast (Langxans hujayralari); 3-qon tomirlari;
4-embrional qo'shuvchi to'qima.

Ba'zi vorsinalar decidua basalis-ga o'sib kirib, desidual hujayralarni va tarvaqaylab ketgan keng tomirlarni eritib yuboradi. Bu vorsinalar plasentaning onaga va homilaga taalluqli qismlarini bir-biriga bog'laydi (biriktiruvchi vorsinalar) (17-rasm). Juda mayda vorsinalardan ko'pchiligi vorsinalararo bo'shliqda erkin holda tugaydi va shu joyda oqib turgan qonda muallaq holda so'zib yuradi.

Plasentaning tashqi ko'rinishi yumaloq, qalin, yumshoq kulchaga o'xshaydi. Homiladorlik oxirida va tug'ruqqa yaqin placentada diametri 15-18 sm, kalinligi 2-3 sm, vazni 500-600 g ga yetadi. Plasentaning ikkita yuzasi bor: bir yuzasi bachadon devoriga qaragan bo'lib, onaga tegishli yuzasi deyiladi, ikkinchi yuzasi ichkariga, amnion bo'shlig'iga qaragan bo'lib, homilaga yuzasi deb ataladi (18-rasm). Homilaga qaragan yuzasi silliq, yaltiroq qog'onoq pardasi bilan qoplangan. Shu pardaning ostidan xorionga tomirlar o'tadi, bu tomirlar kindik yopishgan joydan placentada periferiyasiga tomon radial yo'l oladi. Plasentaning onaga qaragan yuzasi och kulrang-qizil bo'lib, bir qadar chuqur egatlar bilan pallachalar (kotiledonlar) ga bo'lingan. Plasentaning asosiy qismini tashkil etuvchi sertarmoq vorsinalarni qoplaydigan yupqa desidual parda plasentaning onaga tegishli yuzasiga och kulrang tus beradi.

Plasenta odatda, bachadon oldingi yoki orqa devorining yuqori bo'limiga yopishadi; bachadonning tubiga va naylarining burchaklariga plasenta yopishuvi kam uchraydi.



18-rasm. Plasenta.

a – homilaga qaragan yuzasi; b – onaga qaragan yuzasi.

Homilada qon aylanishi. Ona qornidagi hayotning ikkinchi haftasida, homila bachadon devoriga payvandlangach tez orada yuragi ura boshlaydi. Embrionda qon aylanish funksiyasining rivojlanishi bir necha bosqichga bo'linadi. Homila tuxumi payvandlangandan keyinroq embrionga trofoblast orqali tuxum atrofidagi to'qimalar parchalanishidan oziq moddalar kelib turadi. Rivojlanishning ikkinchi haftasida sariqlik xaltasining devorida qon tomirlari va qon elementlari hosil bo'lib, sariqlik xaltasida qon aylana boshlaydi. I oy oxirida allantois tomirlari xorionga yaqin kelib vorsinalar ichiga kiradi va allantoisda qon aylana boshlaydi. III oyda plasenta shakllanadi va allantois o'rniga plasentada qon aylana boshlaydi. Qorindagi homila plasenta orqali ona qonidan kislorod va oziq moddalar olib turadi. Shunga yarasha homiladagi qon aylanishining muhim xususiyatlari bor. Plasentada kislorod va oziq moddalar bilan boyigan homila qoni kindik venasi orqali homila organizmiga kiradi. Homila tug'ilgan zahoti birinchi marta nafas oladi, shu paytdan boshlab homila o'pkasi bilan nafas ola boshlaydi va qon aylanishining tug'ilgandan keyingi tipi vujudga keladi.

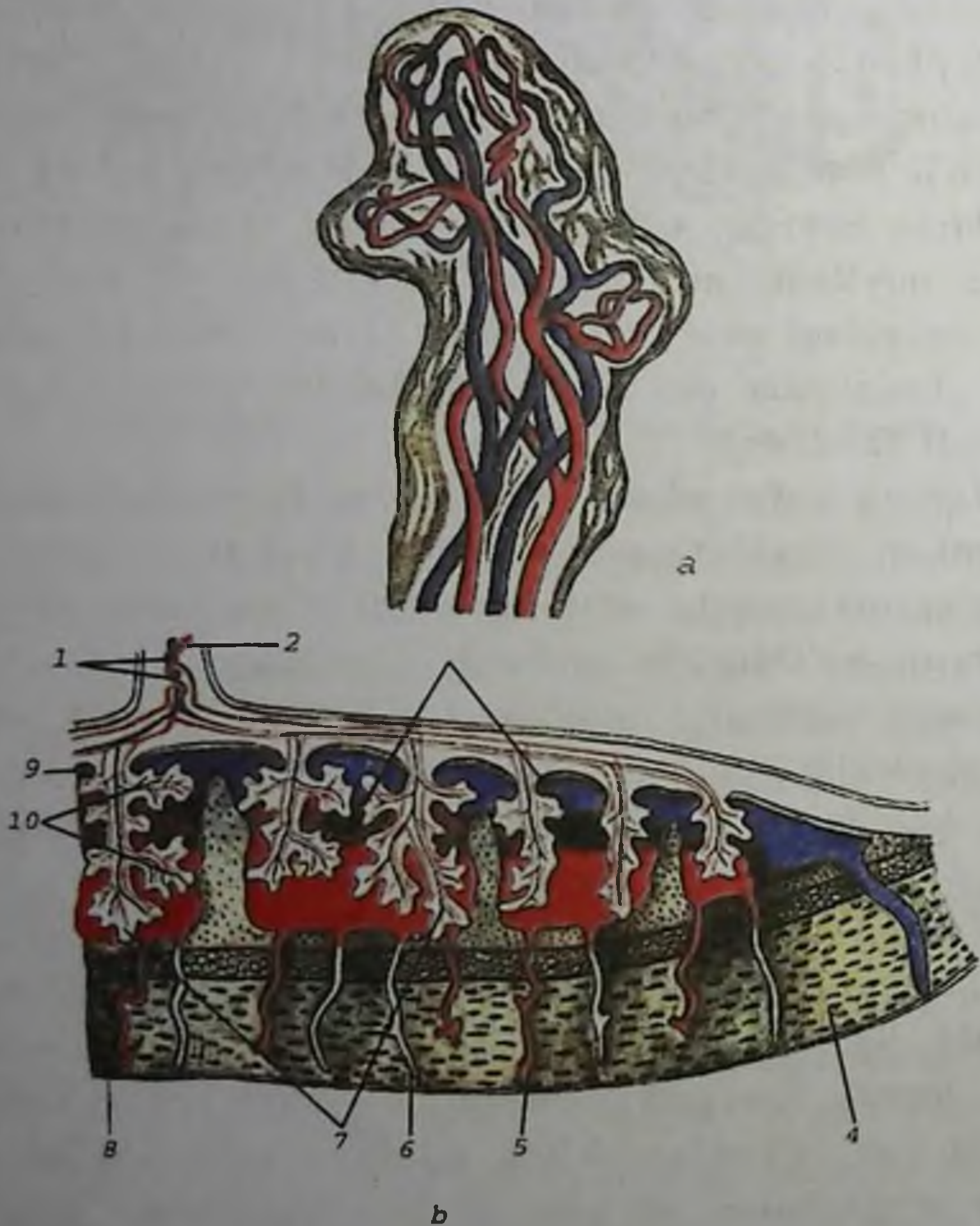
Birinchi marta nafas olish mexanizmi murakkab. Homila tug'ilgach plasentada qon aylanishi uziladi, placentada orqali kislorod kelishi to'xtaydi, homila qonida karbonat angidrid to'planib, nafas markazini qo'zg'atadi. Yangi tug'ilgan chaqaloq shuning natijasida birinchi marta nafas oladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq terisining reseptorlariga termik, taktil va boshqa ta'sirlar tufayli paydo bo'ladigan reflektor reaksiyalar ham birinchi marta nafas olishga yordamlashadi. Birinchi marta nafas olganda o'pka alveolalari yozilib, o'pkaga qon keladi. Endi qon o'pka arteriyalaridan o'pkani ta'minlaydi, Botallov yo'li bita boshlaydi, shuningdek, Aransiy yo'li ham bitadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning o'pkasida kislorod bilan boyigan qon o'pka venalari orqali yurakning chap bo'lmasiga quyiladi, undan chap qorinchaga va aortaga o'tadi; bo'lmalar orasidagi oval teshik bitib ketadi. Shunday qilib, yangi tug'ilgan chaqaloqda qon aylanishining tug'ilishdan keyingi tipi qaror topadi (21-rasm).

Homilaning nafas olishi. Homila tug'ilib birinchi marta nafas olish harakati boshlanguncha nafas a'zolari ishlamay turadi. Homila placentada orqali kislorod oladi. Ona qoni plasentaning vorsinalararo bo'shlig'ida aylanib turganida undagi kislorod homila qoniga vorsinalar orqali kiradi; homila qonidan ona qoniga karbonat angidrid o'tadi. Gazlar vorsinalar epiteliysi bilan stromasi va homila kapillarlarining endoteliysi orqali ona qonidan homilaga va homiladan ona qoniga diffuz yo'li bilan o'tadi.

Homilaning oziqlanishi. Hazm bezlari va a'zolari ona qornidagi hayot davridayoq ishlay boshlaydi. Homiladorlikning IV-V oyida jigar glikogenni sintez qiladi va o't-safro ishlab chiqaradi, homila ichagidagi ibtidoiy axlat (mekoniy) hosil bo'ladi. Mekoniyda suv, o't-safro, ichga yutilgan tuk, homila terisidagi epidermis tangachalari va yog' bezlarining sekreti bor, mekoniy tashqi ko'rinishda quyuk sarg'ish massadan iborat. Homilaning me'da-ichak yo'lidan hazm fermentlari topilgan.

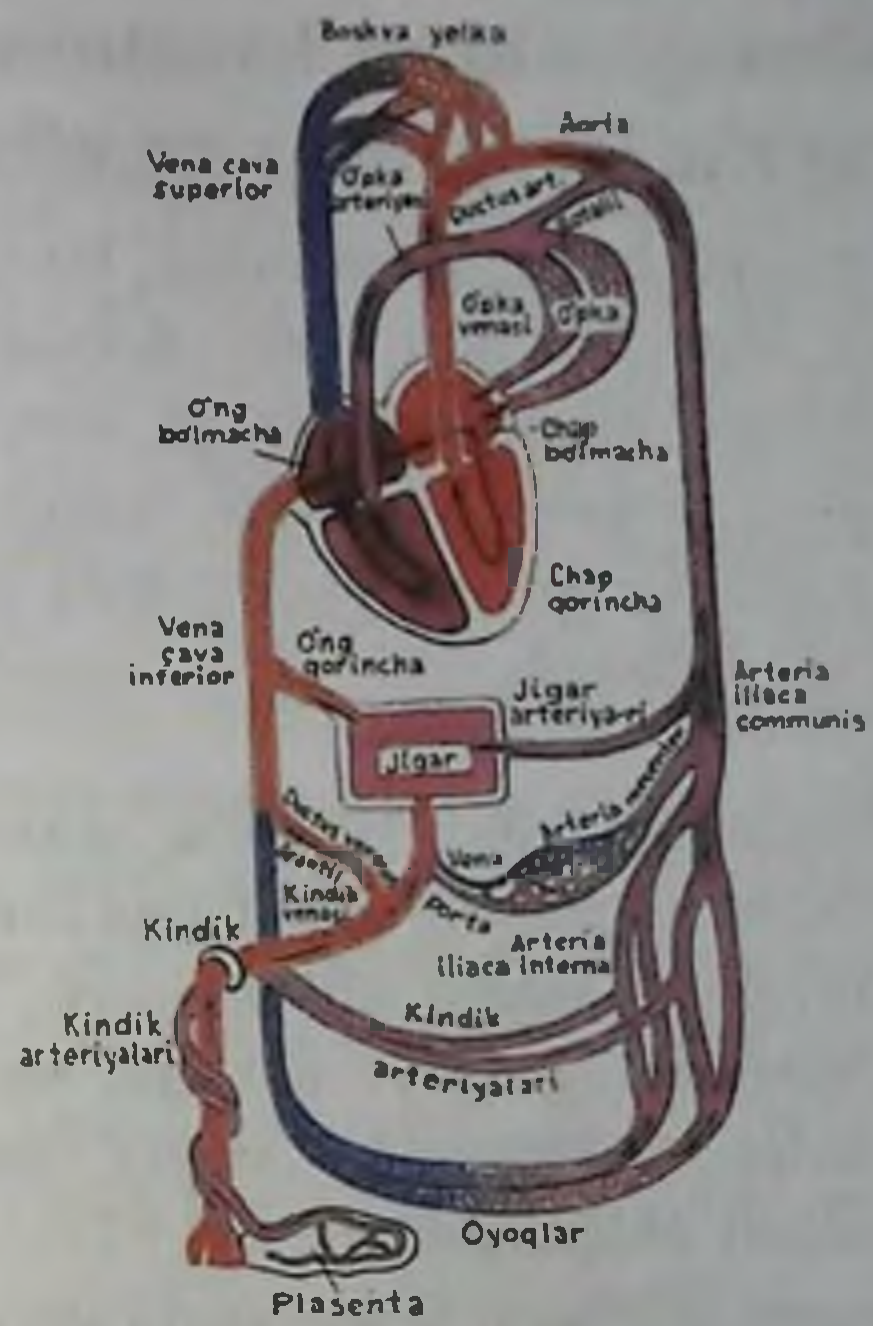
Homilaning chiqarish funksiyalari. Oqsillar, yog'lar, uglevodlar almashinuvi natijasida hosil bo'ladigan moddalar (modda almashinuvining oxirgi ozuqalari - chiqindilar) homila organizmidan placentada orqali ona qoniga o'tadi. Homilada

modda almashinuvi chiqindilarini homilador ayolning chiqarish a'zolari, asosan buyraklari ajratib chiqaradi. Homila buyraklari ona qornidagi hayotining VI-VII oyidan ishlay boshlaydi, ammo chiqarish funksiyasi, hali sust bo'ladi. Ona qornidagi hayotning oxiriga yaqin homiladan qog'onoq suviga ozroq siydik chiqadi, deb taxmin qilishadi. Bola hatto chala tug'ilganda ham darrov siydik chiqaradi.

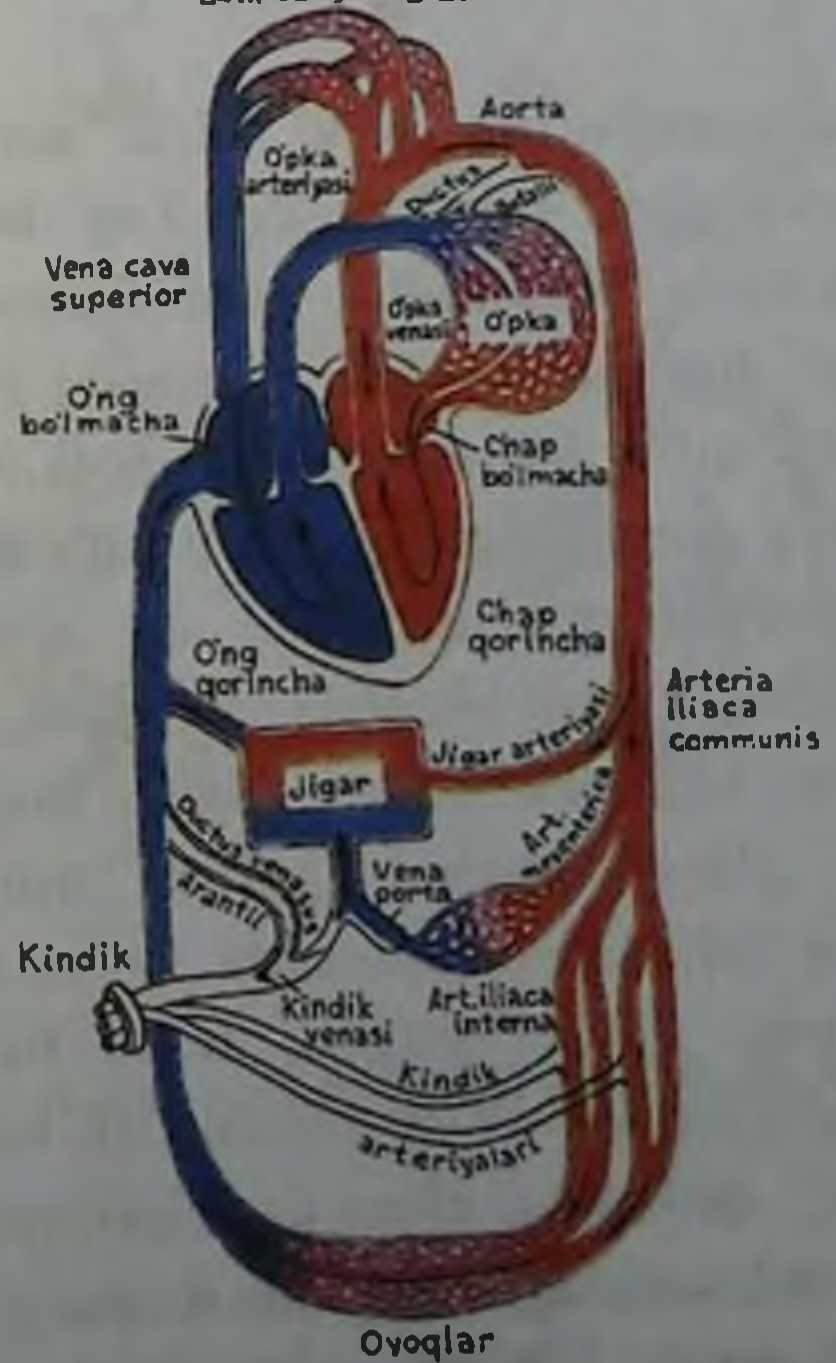


19-rasm. Plasentar qon aylanish.

a- vorsina tomirlari; b-plasentar qon aylanish sxemasi. 1-kindik arteriyasi; 2- kindik venasi; 3-vorsinalar orasidagi bo'shliq, bu yerda ona qoni aylanib yuradi; 4-bachadonning muskul qavati; 5-arteriya; 6-vena; 7-yopilgan vorsinalar; 8-decidua basalis; 9,10-vorsinalar.



20-rasm. Ona qornidagi homilaning qon aylanish doirasi.
Bosh va yelkalar



21-rasm. Chaqaloqlar qon aylanish doirasi.

Ona qornidagi hayotning ayrim oylaridagi homila

Homiladorlik so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan hisob qilganda o'rta hisob bilan 280 kun yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi (akusherlar hisobidagi oy 28 kun; akusherlarning 10 oyi 40 hafta). Shu davr mobaynida tuxum hujayra urug'lanib, undan homila yetiladi, bu tug'ilgan homila yashab keta oladi.

I oy ichida tuxum bo'linadi, murtak va embrional pardalar hosil bo'ladi.

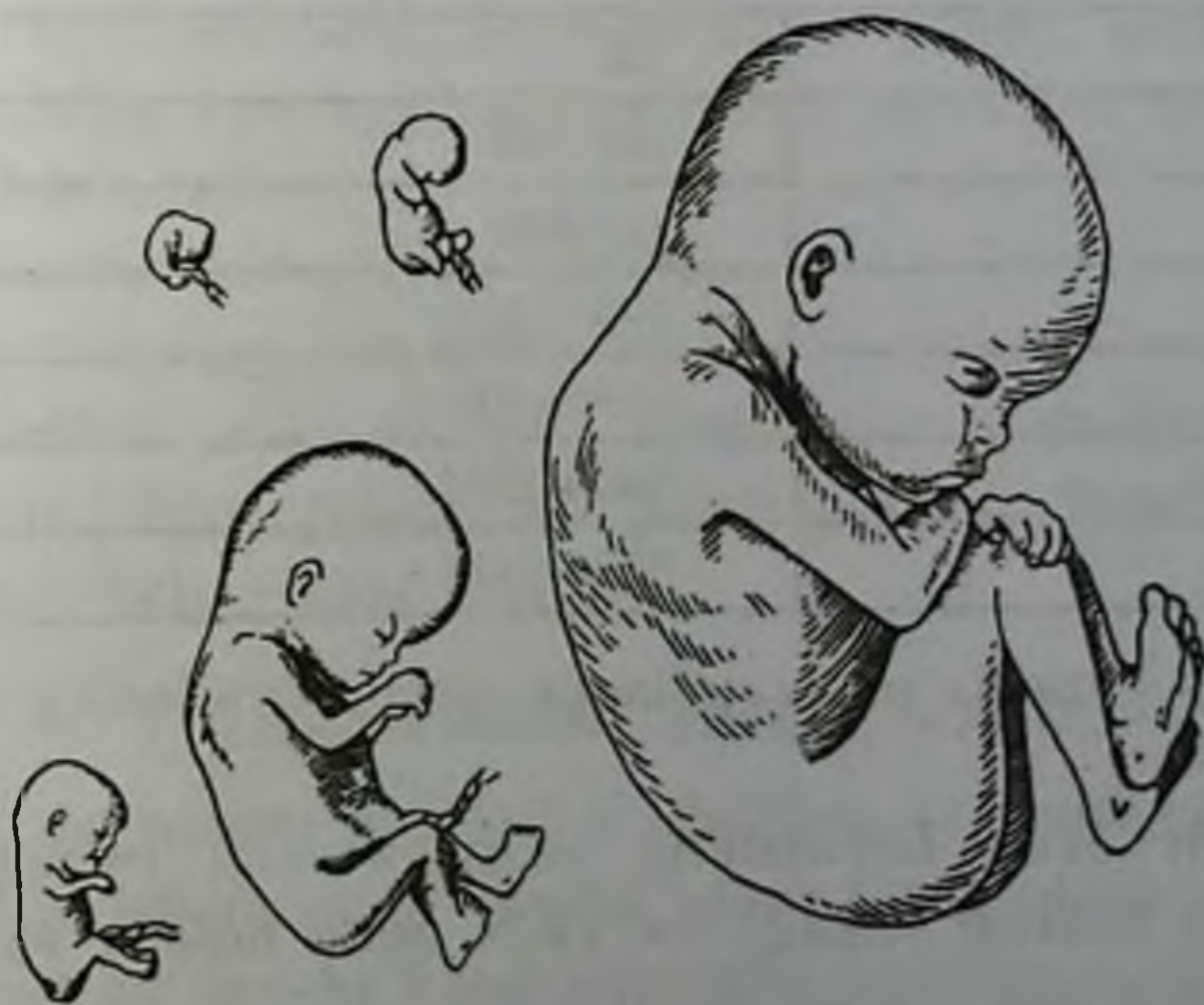
II oy oxirida homilaning bo'yi 3-3,5 sm, tanasi shakllangan, qo'l-oyoq kurtaklari bor, boshi tanasining uzunligiga baravar keladi, boshida ko'z, burun, og'iz kurtaklari aniqlanadi (22-rasm).

III oy oxirida homilaning bo'yi 8-9 sm, vazni 20-25 g, boshi kattagina, jinsiy a'zolar tuzilishidagi tafovut sezilarli, qo'l-oyoqlari harakatlanadi, barmoqlari aniqlanadi.

IV oy oxirida homilaning bo'yi 16 sm, vazni 120 g, yuzi shakllangan, qo'l-oyoq harakatlari faolroq bo'ladi-yu, onasiga sezilmaydi, jinsi ro'y-rost ajratiladi.

V oy oxirida homilaning bo'yi 25-26 sm ga yetadi, vazni 280-300 g bo'ladi. Terisi qizil, tuk bosgan. Yog' bezlaridan yog' moddasi ajralib chiqib boshlaydi, bu modda epidermis qazg'oqlariga aralashib, pishloqqa o'xshash surtma (vernix caseosae) ni hosil qiladi. Ichakda mekoniy hosil bo'ladi. Homilaning harakatlari onasiga seziladi. Homilador ayolning qorniga quloq tutib ko'rilsa, homilasining yuragi urayotganligini eshitish mumkin. **VI oy oxirida** homilaning bo'yi 30 sm, vazni 600-680 g, harakatlari chaqqon, homila tirik tug'ilishi mumkin, nafas harakatlarini bajara oladi, tug'ruqdan keyin alohida yaxshi parvarish qilinsa yashab ketishi mumkin, aks holda tez o'lib qoladi. **VII oy oxirida** homilaning bo'yi 35 sm, vazni 1000-1200 g. Teri ostidagi yog' qavati yupqa, terisi burishgan, pishloqsimon surtma bilan qoplangan, butun badanini tuk bosgan. Quloq va burun tog'aylari yumshoq, qo'l-oyoq tirnoqlari barmoqlarining uchlarigacha yetmaydi. O'g'il bolalarning moyaklari yorg'oqqa tushmagan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari katta jinsiy lablar bilan berkilgan emas. Homila tirik tug'ilib nafas oladi. Homiladorlikning VII oyi

yoki 28 haftasi o'tgach homila chala (yetilmagan) hisoblanadi-yu, yashay oladi, ammo shu muddatda tug'ilgan bolalar juda sinchiklab parvarish qilingandagina yashab qolishi mumkin. VIII oy oxirida homilaning bo'yi 40 sm, vazni 1500-1600 g, homila tug'ilgach yashab ketishi uchun maxsus parvarishni talab qiladi. IX oy oxirida homilaning bo'yi 45 sm, vazni 2400-2500 g teri ostidagi yog' qavati qalin tortadi, terisi silliq, pushti rang, badanidagi tuk kamaygan, boshidagi sochi o'sgan. Bu muddatda tug'ilgan bola yashab ketadi. X oy oxiriga kelib chalaklik (yetilmaganlik) belgilari yo'qoladi, homila yetilib tug'iladi. Homila akusherlar hisobicha X oy oxirida yetiladi. Homilaning oy-kuni yetib tug'ilishi yetilish darajasiga ba'zan mos kelmaydi. Rivojlanish sharoiti noqulay bo'lganda (onaning kasalligi, yaxshi ovqatlanmasligi va hokazo) oy-kuni yetib tug'ilgan bolada ham yetilmaslik belgilari bo'lishi mumkin. Ba'zan teskarisi ham bo'ladi: bola muddatidan ilgariroq tug'iladi, lekin yetilgan bo'ladi.



22-rasm. Qorindagi homila shakli va kattaligining ketma-ket o'zgarib borishi.

Tug'ilgan homilaning necha oyligini bilish uchun bo'yi va vazni haqidagi ma'lumotlardan foydalanish mumkin. Gaaze sxemasi homiladorlikning turli oylarida homilaning bo'yini bilishga imkon beradi.

Oy oxiri	Hisob	Homila bo'yi (sm)	Oy oxiri	Hisob	Homila bo'yi (sm)
I	1 x 1	1	VI	6 x 5	30
II	2 x 2	4	VII	7 x 5	35
III	3 x 3	6	VIII	8 x 5	40
IV	4 x 4	16	IX	9 x 5	45
V	5 x 5	25	X	10 x 5	50

Sxemadan ko'rinib turibdiki, homiladorlikning birinchi yarmida (akusherlarning 5-oyida) homilaning bo'yi oylarning kvadratga oshirilgan soniga mos keladi, VI oydan boshlab homilaning bo'yi oylarning 5 ga ko'paytirilgan soniga mos keladi.

Oy	Homilaning gramm hisobidagi vazni (o'rtacha raqamlar)
III	20-25
IV	120
V	280-300
VI	600-680
VII	1000-1200
VIII	1500-1600
IX	2400-2500
X	3200-3500

Keltirilgan o'rtacha ma'lumotlarga qarab, homilaning vaznini bilish mumkin.

VI va VII oyda homilaning vazni avvalgi oydagiga nisbatan taxminan ikki baravar oshadi, IX va X oyda homila vazni eng ko'p (o'rta hisob bilan 800 g dan) o'sadi.

Homilaning yetilganlik belgilari

Tug'ilgan go'dakning yetilganligi bir qancha belgilar yig'indisidan bilinadi.

1. Oy-kuni yetib tug'ilgan yetuk go'dakning bo'yi o'rta hisobda 50 sm (48 sm dan 57 sm gacha boradi), vazni 3200-3500 g (2600 dan 5000 g gacha va undan ortiqroq).

Homilaning bo'yi vazniga nisbatan doimiy kattalik hisoblanadi, shuning uchun homilaning bo'yi yetilganlik darajasini to'g'riroq aks ettiradi. Yangi tug'ilgan go'dakning bo'yi 47 sm dan uzunroq bo'lsa yetilgan deb, 47 sm dan kamroq bo'lsa yetilmagan hisoblanadi. Bo'yi, 45 sm dan 47 sm gacha bo'lgan go'daklarning yetilganligini yoki yetilmaganligini aniqlaganda har gal hamma belgilarni alohida sinchiklab tahlil qilishga to'g'ri keladi. Bunday go'dakning yetilganligi haqida akusher va pediatr birgalashib xulosa chiqaradi. Yangi tug'ilgan go'dakning bo'yi haqida ma'lumotlar bo'lmasa, vazni hisobga olinadi, shu bilan birga, yangi tug'ilgan chaqaloq vazni 2500 g dan kam bo'lsa, yetilmagan deb hisoblanadi.

2. Yetilgan homilaning ko'krak qafasi qabariq, kindik halqasi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan qov o'rtasida bo'ladi.

3. Yetilib tug'ilgan bolaning terisi och pushti rangda, teri ostidagi yog' qatlami yaxshi rivojlangan, terisida pishloqsimon surtma qoldiqlari bor, tuklari faqat yelkasida va orqasining yuqori qismida qolgan, boshidagi sochining uzunligi 2 sm ga yetadi, tirnoqlari barmoqlarining uchlaridan oshib turadi.

4. Quloq va burun tog'aylari elastik.

5. O'g'il bolalarning moyaklari yorg'oqqa tushgan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari va klitori katta jinsiy lablar bilan berkilgan.

6. Yetilib tug'ilgan go'dak faol harakat qiladi, baralla chinqiradi, ko'zlari ochiq bo'ladi, yaxshi emadi.

Yetilgan homilaning boshi

Akusherlikda homila boshining shaklini va kattaligini o'rganish ayniqsa, muhim ahamiyatga egadir. Aksari tug'ruqda (96%) homila boshi ketma-ket bir qancha harakatlar qilib (burilib), tug'ruq kanalidan birinchi bo'lib o'tadi. Ichki tekshirishda homila boshidagi suyak choklari va liqildoqlar (23-rasm) aniqlanadi, ularning qay tarzda joylashganiga qarab, tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritsa bo'ladi.

Yetilgan homila boshining bir qancha xususiyatlari bor. Homilaning yuz suyaklari mustahkam birlashgan, ammo kalla suyaklari orasida yoriqsimon choklar va liqildoqlar bor. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir-

biriga nisbatan siljishiga, bir-birining ustiga o'tishiga imkon beradi. Homilaning kalla suyaklari osongina bukiladi.

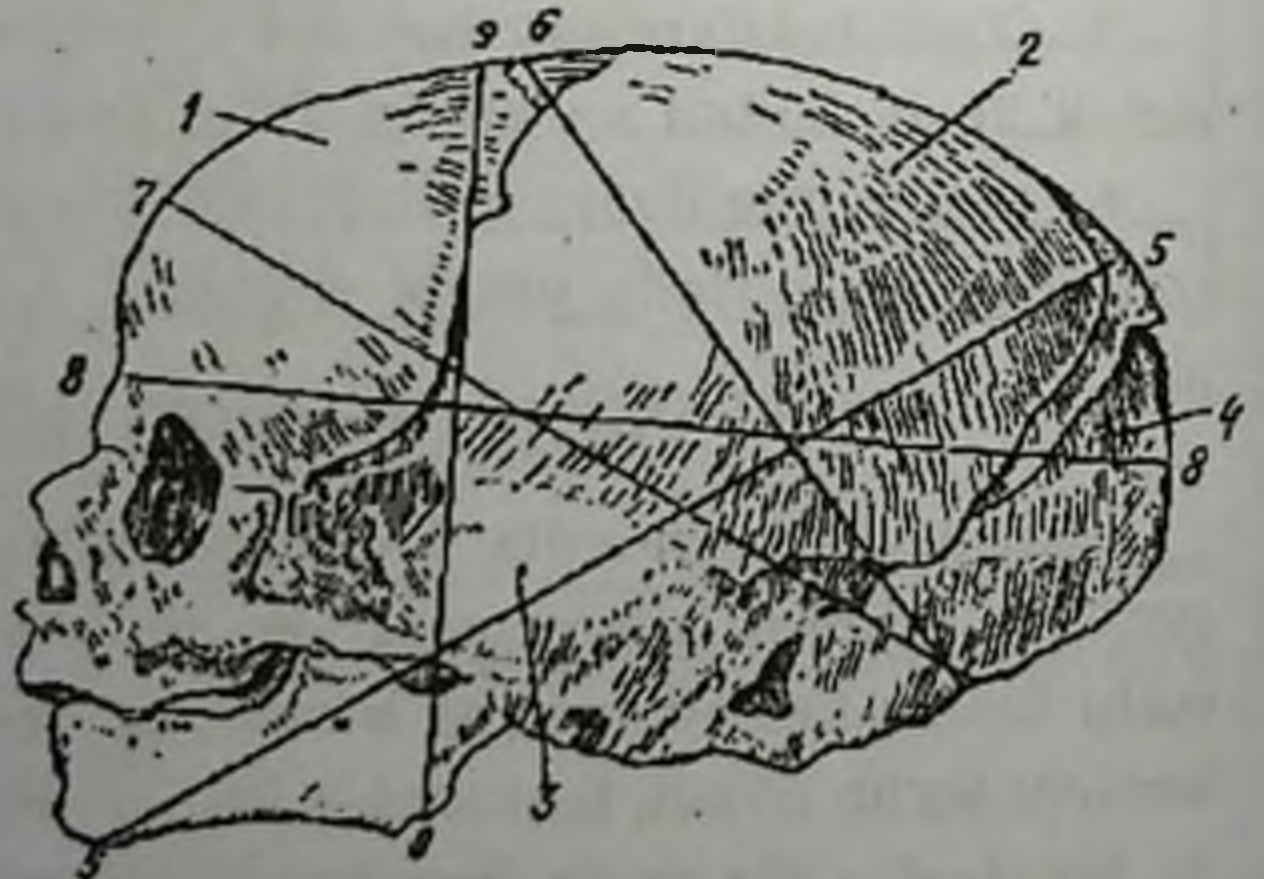
Homila kallasi ikkita peshona suyagi, ikkita tepa suyak, ikkita chakka suyagi va bitta ensa suyagi, asosiy suyak va g'alvirsimon suyakdan iborat (24-rasm). Akusherlikda quyidagi choklarning alohida ahamiyati bor (23-rasmga qaralsin).

Homilador ayollar organizmidagi fiziologik o'zgarishlar

Ona qornida rivojlanayotgan homilaga kislorod, oqsillar, yog'lar, uglevodlar, tuzlar, vitaminlar va boshqa moddalar hafta sayin tobora ko'p talab qilinadi. Bu moddalarning hammasi homilaga ona organizmidan o'tib turadi; homiladagi modda almashinuv natijasida hosil bo'lgan chiqindilar ona qoniga o'tadi va uning chiqarish a'zolari orqali chiqib ketadi. Binobarin, homilador ayol organizmi qo'shimcha ish bajaradi, bu esa eng muhim tizim va a'zolar faoliyatining kuchayishini yoki qayta tuzilishini talab qiladi.



23-rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloq kallasi (yuqoridan ko'rinishi), undagi choklar va liqildoqlar.
1-lambdasimon chok; 2-o'q-yoysimon chok; 3-tojsimon chok; 4-peshona choki; 5-kichik liqildoq; 6-katta liqildoq.



24-rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloq kallasi.

1-peshona suyagi. 2-tepa suyak; 3-chakka suyagi; 4-ensa suyagi; 5-katta qiyshiq o'lcham; 6-kichik qiyshiq o'lcham; 7-o'rta qiyshiq o'lcham; 8-to'g'ri o'lcham; 9-vertikal (tik) o'lcham.

Homila rivojlanishiga aloqador bo'lgan yangi sharoit ta'siri bilan homilador ayol organizmida ko'pgina murakkab o'zgarishlar yuz beradi. Bular fiziologik o'zgarishlar bo'lib, homilaning to'g'ri rivojlanishiga yordam beradi, ayol organizmini tug'ruqqa va bola emizishga tayyorlab boradi.

Homiladorlikka aloqador o'zgarishlarning kelib chiqishini va taraqqiy etishini markaziy asab tizimi idora etadi.

Asab tizimi. Homilador ayollarda bosh miya bilan orqa miyaning qo'zg'aluvchanligi o'zgaradi.

Homiladorlikning III-IV oyigacha bosh miya po'stlog'ining o'zgaruvchanligi kamayadi, so'ngra homiladorlik oxirigacha ortib boradi. Homiladorlik vaqtida markaziy asab tizimining pastroqdagi bo'limlari va bachadon asablarining qo'zg'aluvchanligi pasayib turadi. Reflektor qo'zg'aluvchanlik shu tariqa pasayganidan, bachadon inert bo'lib, tinchlanadi, bu esa homiladorlikning tekis kechishiga yordam beradi.

Tug'ruqdan oldin orqa miya va bachadon asab tizimlarining qo'zg'aluvchanligi oshadi, bu esa dard va to'lg'oq tutishiga imkon beradi.

Homilador ayollarda periferik asablar qo'zgaluvchanligi oshadi, dumg'aza va belida nevrologik og'riqlar paydo bo'ladi, boldir muskullari tortishib qisqaradi. Bu o'zgarishlarning hammasi keyinchalik izsiz o'tib ketadi.

Endokrin tizimi. Homiladorlikda ichki sekretiya a'zolari (endokrin bezlar) tizimida muhim o'zgarishlar ro'y beradi. Ayolning bo'yida bo'lishi bilanoq tuxumdonda yangi ichki sekretiya bezi – homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi, undan ishlanib chiqadigan gormon (progesteron) otalangan tuxum hujayraning bachadon shilliq pardasiga payvandlanishi va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishi uchun sharoit tug'diradi.

Homiladorlikning boshidan oxirigacha tuxumdonda follikulalar yetilmaydi va ovulatsiya ro'y bermaydi; sariq tana gormon chiqarib turgani tufayli bu jarayonlar to'xtaydi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida sariq tana teskari taraqqiy etib, uning funksiyalarini plasenta bajaradi.

Plasenta - faol ishlaydigan yangi ichki sekretiya a'zovidir. Gonadotrop va estrogen gormonlar, shuningdek, progesteron plasentada hosil bo'ladi va to'planadi. Ayol organizmidagi gormonlarning miqdoriy nisbatlari homiladorlikning turli oylarida o'zgarib turadi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligini va qisqarish funksiyasini tormozlovchi gormonlar homiladorlikning birinchi yarmida ko'proq ishlanib chiqadi, bu esa homiladorlikning rivojlanishiga imkon beradi. Homiladorlikning keyingi oylarida estrogen gormonlar ko'payadi, shu munosabat bilan tug'ruqdan oldin bachadonning qo'zg'aluvchanligi oshadi.

Gipofiz. Homiladorlik davrida gipofizning oldingi bo'lagi atroflicha kattalashadi, chunki gormon chiqaruvchi hujayralar ko'payadi va gipertrofiyalanadi. Gipofizdan gonadotrop gormonlar, ayniqsa, homiladorlik sariq tanasining funksiyasini kuchaytiruvchi gormon ko'proq ishlab chiqiladi. Gipofizning oldingi bo'lagida, gonadotrop gormonlardan tashqari, sut bezlari, qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari po'stloq qavatining funksiyasini kuchaytiradigan gormonlar va o'sish gormoni hosil bo'ladi. Homiladorlik vaqtida bachadonning va jinsiy apparatdagi boshqa a'zolarining o'sishi gipofiz oldingi bo'lagining kattalashuviga bog'liq. Gipofizning orqa bo'lagida oksitosin ishlab chiqadi, bu modda homiladorlik oxirida va tug'ruqda bachadonning qisqarish funksiyasini kuchaytiradi.

Qalqonsimon bez homiladorlikning dastlabki oylarida zo'r berib ishlaydi, homiladorlikning ikkinchi yarmida bu bez funksiyasi susayadi.

Qalqonsimon bez funksiyasining o'zgarishi homiladorlik vaqtida modda almashinuviga ta'sir ko'rsatadi.

Qalqonsimon bez oldidagi bezchalar (kalsiy almashinuviga ta'sir etadi) homiladorlik vaqtida juda ham zo'r berib ishlaydi. Homilador ayollar ba'zan tutqanoq va spazmlarga moyil bo'ladi, buning sababi shuki, qalqonsimon bez oldidagi bezchalar funksiyasi susaygani uchun organizmda kalsiy tuzlari yetishmay qoladi.

Buyrak usti bezlari po'stloq qavatining qalin tortishi hisobiga kattalashadi. Buyrak usti bezlari po'stlog'ida hujayralar ko'payadi va lipoidlar (yog' moddalar), ayniqsa, xolesterin ko'p to'planadi. Homiladorlikda qondagi lipoidlarning ko'payishi va terining pigmentatsiyalanishi buyrak usti bezlari po'stlog'ining funksiyasiga bog'liq.

Moddalar almashinuvi. Homiladorlikda asab tizimi va endokrin a'zolar funksiyalarining qayta tuzilishi tufayli moddalar almashinuvi ancha o'zgaradi. Homiladorlikda moddalar anchagina tez almashinadi, homiladorlikning ikkinchi yarmida assimilatsiya jarayonlari hiyla kuchayadi.

Qon. Homiladorlik davrida qon ishlab chiqish jarayonlari kuchayadi, gemoglobin, eritrositlar, leykositlar soni, qon plazmasi va aylanib yuruvchi qonning umumiy hajmi oshadi.

Sog'lom homilador ayollarda gemoglobin, eritrositlar, leykositlar soni normal bo'ladi. Eritrositlarning cho'kish tezligi bir oz tezlashgan bo'lishi mumkin.

Yurak-tomirlar tizimi. Yurak-tomirlar tizimi homiladorlikda katta ish bajaradi, chunki yangi plasentar qon aylanish doirasi paydo bo'lib, bachadonning tomirlar shaxobchasi keskin darajada ko'payadi. Sog'lom homilador ayolning yuragi yangi sharoitga sekin-asta moslashib, qo'shimcha ishni bemalol uddalaydi. Homiladorlik vaqtida yurakning muskul elementlari gipertrofiyalanadi va qisqarish kuchi oshadi. Kapillarlar devori suv, tuzlar va qon zardobining mayda dispers oqsillari - albuminlarni o'tkazuvchanligi oshadi. Qon bosimi homiladorlikning boshidan oxirigacha aksari normal bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida ba'zi ayollarning qon bosimi bir xilda turmaydi, so'nggi oylarda qon bosimi ozroq ko'tarilishga moyil bo'ladi, lekin normal homiladorlikda maksimal arterial bosim 125-130 mm simob ustunidan oshmaydi, tomir urish tezligi (puls) o'zgarmaydi.

Hazm a'zolari. Homiladorlikning dastlabki 2-3 oyida ko'pchilik ayollarda bosh qopong'ilik kuzatiladi: ko'ngli ayniydi, ayniqsa, ertalab qusadi. Ta'm va hid bilish sezgilari o'zgaradi, ba'zan ovqatlardan ko'ngli qoladi, ayrim ovqatlarni va ba'zan bo'r, gilmoya kabi (yeb bo'lmaydigan) moddalarni ko'ngli tusaydi. Homilali bachadon o'sgan sayin ichak yuqoriga va ikki yon tomonga suriladi; homila yirik bo'lganda, egiz homiladorlikda va qog'onoq suvi ko'p bo'lganda me'da va hatto jigar ancha yuqoriga suriladi. Jigar moddalar almashinuvining hamma turlarini boshqarishda qatnashadi va oraliq almashinuvda hosil bo'ladigan zaharli moddalarni zararsizlantiradi.

Bundan tashqari, homilada modda almashinuvida hosil bo'ladigan zaharli moddalar ham ona organizmiga o'tib, uning jigarida zararsizlantiriladi. **Nafas a'zolari.** Homiladorlik vaqtida kislorodga ehtiyoj oshgani munosabati bilan o'pka zo'r berib ishlaydi. Homiladorlik oxiriga yaqin bachadon diafragmani yuqoriga surib qo'yganiga qaramay, ko'krak qafasi kengayishi hisobiga o'pkaning nafas yuzasi kichraymaydi. Homiladorlik oxirida nafas olish bir qadar tezlashadi. **Siydik chiqarish a'zolari.** Homiladorlik vaqtida buyraklarga zo'r keladi, chunki bu a'zolar ayolda va qorindagi homilada modda almashinuv chiqindilarini organizmdan chiqarib yuboradi. Homiladorlikning so'nggi oylarida siydikda oqsil yuqi paydo bo'lishi mumkin. Oqsil miqdorining 1 l siydikka 1 mg dan to'g'ri kelishi homiladorlik gestozi degan jiddiy patologiya ro'y berganligini ko'rsatadi.



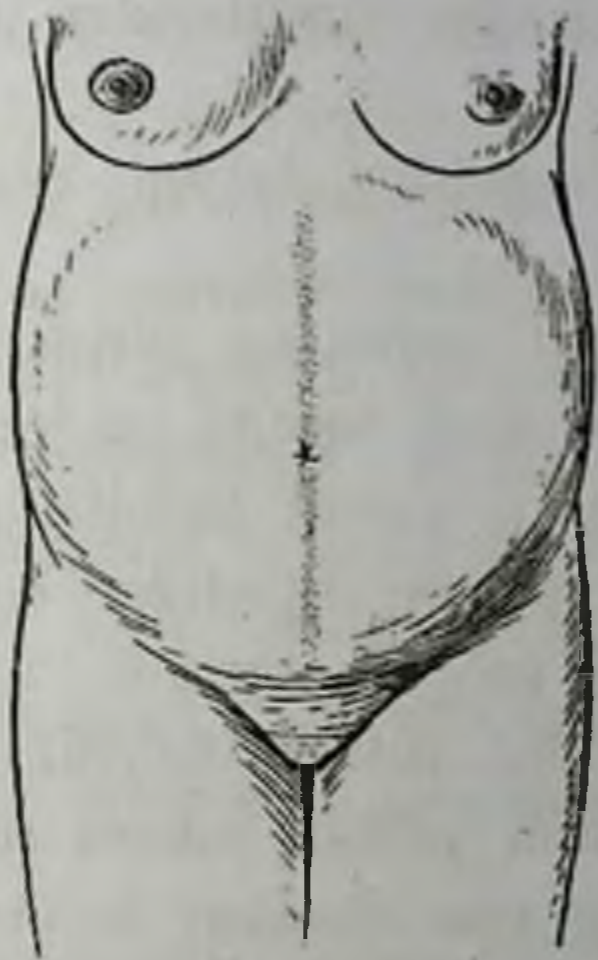
25-rasm. Homilador ayol yuzidagi pigmentli dog'lar.

Homiladorlikning dastlabki oylarida bachadon qovuqni qisib qo'ygani uchun ba'zi ayollarning tez-tez siygisi qistaydi.

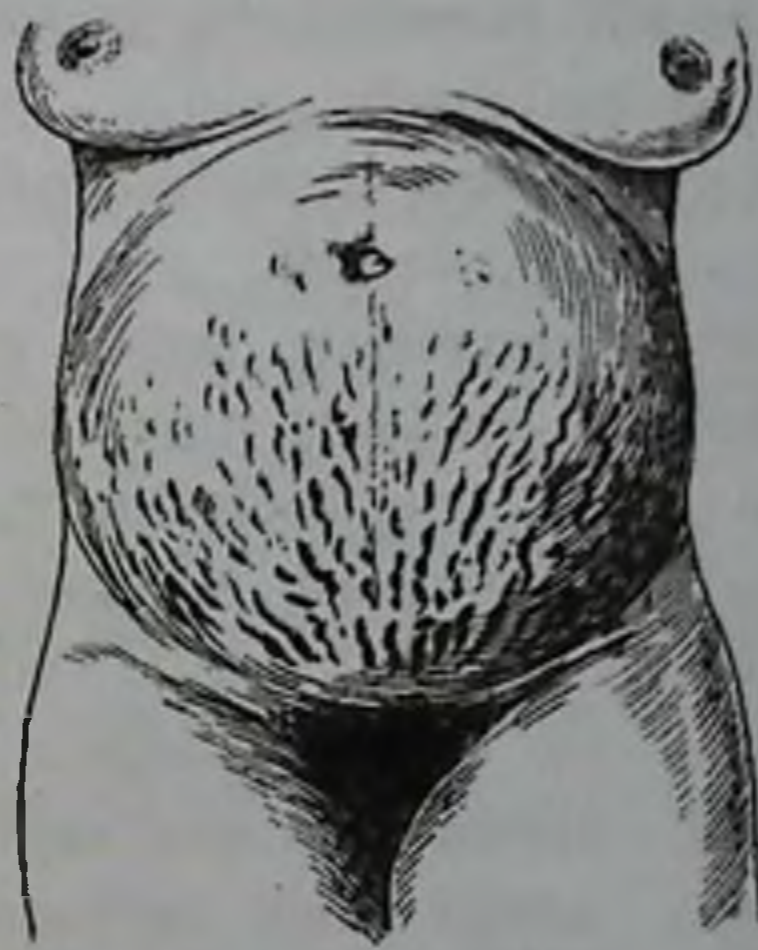
Homiladorlikning so'nggi oylarida qovuq cho'zilib, yuqoriga suriladi, oxirida esa homila boshi kichik chanoq kirish qismiga taqalib turadi, shu munosabat bilan qovuq qisilib, tez-tez siygi qistashi mumkin.

Teri. Homiladorlikda teri o'ziga xos o'zgaradi. Ko'pincha badanning muayyan joylariga, qorinning oq chizig'i bo'ylab, emchak uchida va uning atrofidagi doirada jigarrang yoki kofe rang bo'yoq moddasi - pigment to'planadi (26-rasm). Ayniqsa, peshonada, burun qansharida va yuqori labda pigmentli dog'lar (Chloasma uterinum) ko'p qayd qilinadi (25-rasm). Qorachadan kelgan ayollarda pigmentatsiya yaqqolroq seziladi.

Homilali bachadon o'sgan sayin qorin devori sekin-asta cho'ziladi. Terisi yetarlicha elastik bo'lmagan ayollarning qorin devori anchagina cho'zilganda homiladorlik chandiqlari (striae gravidarum) paydo bo'ladi (27-rasm). Homiladorlik chandiqlari pushti, qizg'ish yoki ko'kimtir-qizil hoshiyalarga o'xshaydi. Ular aksari qorin terisida, ba'zan sut bezlari va son terisida bo'ladi. Homiladorlik chandiqlari tug'ruqdan keyin yaltiroq oq hoshiyalarga o'xshab qoladi.



26-rasm. Homilador ayolning emchak uchlaridagi va qorinning oq chizig'idagi pigmentatsiya.



27-rasm. Homiladorlik chandiqlari.

Jinsiy a'zolar. Homiladorlik vaqtida ayolning butun organizmida o'zgarishlar sodir bo'ladi, lekin bu o'zgarishlar hammadan ko'proq bachadonda uchraydi. Homiladorlik vaqtida bachadonning kattaligi, shakli, vaziyati, konsistensiyasi va reaktivligi (qo'zg'aluvchanligi) o'zgaradi.

Bachadon homiladorlikning boshidan oxirigacha kattalashib boraveradi. Homilasiz bachadonning bo'yi 7-8 sm bo'lsa, homiladorlik oxiriga yaqin 38 sm ga yetadi. Diametri 4-5 sm dan 25-26 sm ga yetadi. Homilasiz bachadonning vazni 50-100 g bo'lsa, homiladorlik oxirida 1000-1200 g ga yetadi. Homiladorlik oxirida bachadon bo'shlig'ining hajmi 500 baravar kattalashadi. Bachadon asosan muskul tolalarining gipertrofiyasi (cho'zilishi va yo'g'onlashuvi) va giperplaziyasi (miqdor jihatidan ko'payishi) hisobiga kattalashadi.

Har bir muskul tolasi taxminan 10 baravar uzayadi va 4-5 baravar yo'g'on tortadi; ayni vaqtda muskul tolalari ko'payadi va yangi hosil bo'lgan muskul elementlari o'sadi.

Bachadon tomirlar shoxobchasi ancha kattalashadi. Arteriyalari va venalari cho'ziladi, kengayadi; venalar ayniqsa, kengayadi. Arteriyalar buralib, ayrim joylari shtoporga o'xshab turadi, bu esa bachadon qisqarayotganda kattaligining o'zgarishiga, arteriyalarning moslanishiga yordam beradi. Homiladorlik vaqtida bachadon tomirlaridan bir necha bor ko'proq qon o'tadi.

Tug'ruq vaqtida bachadon bo'g'zi bachadon bo'yni bilan birga chiqarish nayiga aylanadi.

Bachadon bo'ynining tashqi va ichki teshiklari birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda tug'ruqqa qadar berk turadi; takror bo'yida bo'lgan ayollarda esa bachadon bo'ynining kanali homiladorlikning so'nggi oylarida kengayib, ko'pincha bir barmoq sig'adigan bo'ladi.

Bachadon naylari (tuxum yo'llari) yo'g'on tortadi, to'qimalar giperemiyasi va seroz suyuqlikni shimishi tufayli to'yinib, sersuv bo'lib turadi. Bachadon o'sgan sayin tuxum yo'llari tobora tik bo'lib, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning yon qismlari bo'ylab osilib turadi.

Tuxumdonlar birmuncha kattalashib, yumshoq bo'lib qoladi, ularda ovulatsiya to'xtaydi; tuxumdonlardan birida homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi. Bachadon o'sgani tufayli tuxumdonlar kichik chanoqdan yuqoriga ko'tarilib, qorin bo'shlig'ida (bachadonning yon yuzasi yaqinida) joylashadi.

Bachadon boylamlari uzayadi va yo'g'onlashadi. Bachadonning yumaloq boylamlari va dumg'aza-bachadon boylamlari ayniqsa, ko'p gipertrofiyalanadi, shu tufayli bachadon tug'ruq vaqtida to'g'ri vaziyatini saqlab turadi.

Qinda homiladorlik munosabati bilan katta o'zgarishlar sodir bo'ladi. Qin devorlarining qon bilan ta'minlanishi keskin darajada kuchayadi, qin devorlarining hamma qavatlariga seroz suyuqlik shimiladi. Qin devorilari yumshab, sersuv va oson cho'ziluvchan bo'ladi. Qin shilliq pardasi ko'kimtir tusga kiradi.

Homiladorlik vaqtida qindagi muskul tolalari va qo'shuvchi to'qima elementlarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi ro'y beradi.

Shu munosabat bilan qin cho'ziladi, kengayadi, shilliq parda burmalari baralla sezilib turadi.

Tashqi jinsiy a'zolar homiladorlik vaqtida yumshab, qin kirish qismining shilliq pardasi ko'kimtir tus oladi. Takror bo'yida bo'lgan ayollarning tashqi jinsiy a'zolarida ba'zan varikoz tugunlar paydo bo'ladi.

Sut bezlari. Sut bezlarining rivojlanishi balog'atga yetish davrida boshlanib, jinsiy gormonlar ta'sirida ro'y beradi.

Homiladorlik vaqtida sut bezlari sut chiqarishga tayyorlanadi. Sut bezlarining bez bo'lakchalari kattalashadi, alveolalar epiteliysida juda mayda yog' zarralari paydo bo'ladi. Sut bezlariga qon ko'proq keladi, teri ostidagi venalari kengayib, nozik teri orqali ko'rinib turadi. Sut bezlari taranglashib, ko'pincha tirsillayotgandek seziladi. So'rg'ich o'sib, atrofidagi to'garakcha bilan birga pigmentatsiyalanadi. So'rg'ich atrofidagi bezlar (Mongomeri) yaqqol bo'rtib turadi. So'rg'ichdagi silliq muskullar qo'zg'aluvchanligi oshadi, u mexanik yo'l bilan ta'sirlanganda muskullar qisqaradi, atrofidagi doira kichrayadi, ko'proq turtib chiqib turadi.

Homiladorlik boshlaridayoq sut bezlaridan og'iz suti tomchilarini siqib chiqarsa bo'ladi.

Plasenta gormonlari va gipofizning oldingi bo'lagidan chiqadigan laktogen gormon ta'sirida sut bezlari sut chiqarishga (laktatsiyaga) tayyorlanadi.

Shunday qilib, homiladorlik munosabati bilan ayollar organizmida ro'y beruvchi o'zgarishlarning hammasi fiziologik o'zgarishlardir. Bu o'zgarishlar homilador ayol organizmiga ziyon yetkazmasdan, homilaning to'g'ri rivojlanishiga yordam beradi. Bundan tashqari, homiladorlik ayol organizmini yoshartiradi.

Qorindagi homilaning tirik yoki o'lik ekanini aniqlash

Akusherlik amaliyotida ba'zan qorindagi homilaning tirik ekanligini yoki qaysi bir patologik jarayon oqibatida nobud bo'lganligini aniqlashga to'g'ri keladi. Homiladorlikning birinchi yarmida hali aniq

belgilar bo'lmagani uchun homilaning tirikligi bachadonning o'sishini kuzatib aniqlanadi. Bachadon kattaligi homiladorlik muddatiga yarasha kattalashaversa, bu belgi homilaning tirik ekanligini va rivojlanayotganligini ko'rsatadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorindagi bolaning tirik yoki o'lik ekanligi haqidagi xulosa odatda, homilaning yurak tonlarini eshitishga va qorindagi bolaning qimirlashini aniqlashga asoslanib chiqariladi. Homilaning yurak tonlari eshitilmaganda yoki homilador ayol qornidagi bolaning qimirlayotganini sezmaganda ko'pincha homilaning tirik ekanligiga shubha tug'iladi.

Lekin homilador ayolni takror tekshirgandan keyin qornidagi bolaning o'lgani haqida uzil-kesil xulosa chiqarish tavsiya etiladi. Qorindagi bola nobud bo'lgan holda, yuragi urmay va qimirlamay qolishdan tashqari, homilali bachadonning o'smay qolganligi ham qayd qilinadi. Keyinchalik qog'onoq suvi so'rilib ketishi tufayli bachadon hajmi kichrayadi. Homilador ayol qornida og'irlik sezadi, og'zi bemaza bo'ladi, tobi qochadi, eti uvishib turadi. Sut bezlari yumshab qoladi.

Qorindagi bolaning o'lganligini rentgenografiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Homila o'lgach skeletida ro'y bergan o'zgarishlar (kalla suyaklarining siljiganligi, choklarining ochilib qolganligi, umurtqa pog'onasining burchak hosil qilib bukilganligi va hokazo) rentgenografiyada aniqlanadi. Homilador ayol siydigida estriol (estrogen gormon fraksiyasi) keskin darajada kamayganligi, shuningdek, elektrofonomokardiografiyada manfiy natijalar olinganligi (homila yuragida bioelektr potentsiallarining yo'qligi) homilaning nobud bo'lganligidan guvohlik beradi. Homilaning nobud bo'lganligi haqida ultratovush apparati bilan tekshirganda yanada aniq ma'lumot olish mumkin.

Nazorat uchun savollar:

1. Spermatozoidlar tuzilishi va funksiyasi.
2. Urug'lanish va payvandlanish.
3. Plasenta va uning vazifalari.
4. Homilaning yetilganlik belgilari.
5. Yetilgan homila boshining tuzilishi va o'lchamlari.
6. Homilaning qon aylanish doirasi.
7. Homilador ayol asab tizimidagi o'zgarishlar.

8. Endokrin tizimdagi o'zgarishlar.
9. Moddalar almashinuvidagi o'zgarishlar.
10. Qon va ichki a'zolardagi o'zgarishlar.
11. Teridagi o'zgarishlar.
12. Jinsiy a'zolardagi o'zgarishlar.
13. Homilaning tirik yoki o'lik ekanligini aniqlash.

Tayanch so'z va iboralar:

1. Yevstaxiy qopqog'i - pastki va yuqori kovak venalar o'rtasidagi parda.
2. Aransev yo'li - kindik venasining kindik halqasidan to pastki kovak venagacha bo'lgan qismi.
3. Botalov yo'li - o'pka arteriyasidan pastga tushuvchi aortagacha bo'lgan qon tomiri.
4. Urug'lanish - erkaklar spermatozoidining ayol tuxum hujayrasi bilan qo'shilish jarayoni.
5. Payvandlanish - urug'langan tuxum hujayraning bachadon shilliq qavatiga botib kirishi.
6. Embrion - tuxum hujayra bo'linishi hisobidan paydo bo'lgan embrioblastlardan hosil bo'lgan murtak.
7. Qog'onoq suvi - amnion pardasida ishlab chiqiladigan homila atrofini to'ldirib turadigan suyuqlik.
8. Plasenta - homilani ona organizmi bilan bog'lab turuvchi asosiy vosita - yo'ldosh.
9. Homiladorlik dog'lari - buyrak usti bezi po'stloq qavati va gipofiz bezi funksiyasining o'zgarishi natijasida ayolning yuzida, qorin terisida pigmentlar paydo bo'ladi.
10. Homiladorlik chandiqlari - teridagi qo'shuvchi to'qima elementlari bilan elastik tolalarning bir-biridan qochishi natijasida qorin terisining cho'zilib, rangi o'zgarishi.

VII BOB. HOMILADORLIK DIAGNOSTIKASI

HOMILADOR AYOLLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Akusherning asosiy va kundalik vazifalaridan biri diagnostikaga aloqador bir qancha masalalarni aniqlab olish maqsadida homilador ayollarni tekshirishdir. Ayolning avvalo bo'yida bo'lgan-bo'lmaganini aniqlash zarur. So'ngra homiladorlik muddati, tug'ruqqacha qachon ta'til berilishi va ayolning taxminan qachon tug'ishi aniqlanadi.

Tekshirish vaqtida homiladorlikning normal o'tayotgani yoki homiladorlikning davom etishiga va tug'ruqning kechishiga salbiy ta'sir qilishi mumkin bo'lgan kasalliklar, asoratlari bor yo'qligi aniqlanadi.

Homiladorlikni aniqlashda ayoldan so'rab olinadigan ma'lumotlar (anamnez) va obyektiv tekshirish ma'lumotlaridan foydalaniladi.

Akusherlik amaliyotida obyektiv tekshirishning quyidagi usullari qo'llaniladi.

1. Meditsinada umuman qabul qilingan klinik tekshirish usullari (ayolni ko'zdan kechirish, ichki a'zolarini perkussiya, auskultatsiya, palpatsiya qilish va boshqa usullar).

2. Maxsus tekshirish usullari. Akusherlikda qo'llaniladigan maxsus tekshirish usullari: a) ichki (qin orqali) va tashqi-ichki tekshirish, b) ko'zgular yordamida tekshirish, d) homilani paypaslab ko'rish (palpatsiya), e) chanoq o'lchamlari va shaklini aniqlash, f) qorindagi homilani o'lchash va hokazo.

3. Homiladorlikda uchrashi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z vaqtida aniqlamoq uchun laboratoriyada tekshirish usullari (siydik va qonni tekshirish, serologik reaksiyalar va hokazo) qo'llaniladi.

Homilador ayollarni so'rab-surishtirish

Homilador ayoldan so'rab bilishda muayyan rejaga amal qilinadi. So'rab aniqlangan ma'lumotlarning hammasi homilador ayol kartasiga yoki tug'ruq tarixiga yozib qo'yiladi.

1. Pasport ma'lumotlari: familiyasi, ismi, otasining ismi, yoshi, ishlaydigan joyi, kasbi, yashaydigan joyi aniqlanadi.

Yosh to'g'risidagi savolning katta ahamiyati bor, chunki juda yosh va juda keksa bo'la turib birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda homiladorlik va tug'ruq ko'pincha og'ir kechadi.

2. Ayolni meditsina yordami so'rab kelishga majbur etgan sabablar.

Homilador ayollar hayz ko'rmay qo'ygani va homiladorlikka gumoni borligi uchun ko'pincha birinchi marta shifokorga murojaat qiladilar. Aksari bosh qorong'i bo'lganini (ta'm bilish sezgisi o'zgarganligini, ko'ngli aynib, qusayotganligini) va homiladorlikning dastlabki oylarida uchraydigan boshqa hodisalarni aytishadi. Jinsiy yo'llardan qonli chiqindi kelayotganligidan shikoyat qilsa, bu holat bola tashlash, bachadondan tashqari homiladorlik, plasentaning oldinda yotishi yoki uning barvaqt ko'chishi hamda boshqa asoratlarning simptomi bo'lishi mumkinligiga e'tiborni qaratish lozim.

Homilador ayollar ba'zan homiladorlik gestozlariga; yurak-tomir tizimi, nafas, hazm a'zolari va boshqa a'zolarining kasalliklariga aloqador belgilardan shikoyat qiladilar. Homilador ayolning aytgan hamma gaplarini va shikoyatlarini diqqat bilan tinglab, diagnostikada foydalanish kerak.

3. Irsiyat va boshdan kechirilgan kasalliklar.

Irsiy kasalliklar homilaning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, shu jihatdan diqqatga sazovordir. Homilador ayol va erining oilasida psixik (ruhiy) kasalliklar, alkogolizm, taraqqiyot nuqsonlari va boshqa illatlar bor-yo'qligini surishtirish zarur. Ilgari boshidan kechirilgan hamma kasalliklarni so'rab bilib olish muhim. Bolalik davrida boshdan kechirilgan kasalliklar muhim ahamiyatga ega. Masalan, bolalikdagi raxit kasalligi chanoq shaklining o'zgarishiga (deformatsiya) olib keladi, unday ayollarda tug'ruqning kechishi og'irlashadi. Modomiki shunday ekan, ayolning bolalik davrida raxit bilan og'rigan-og'rimaganligini, tishining kech chiqqanligi yoki kech yura boshlaganligi, skelet deformatsiyalari bor-yo'qligi, chanoq o'lchamlariga qarab aniqlash katta diagnostik ahamiyatga ega.

Tepki, qizamiq, tonzillit, takrorlanadigan angina va boshqa kasalliklar natijasida organizm va jinsiy a'zolar kech yetilishi mumkin.

Vulva va qin difteriyasidan keyin chandiqlar hosil bo'lishi oqibatida qin devorlari bir-biriga yopishib qolishi (qin atreziyasi), skarlatinadan keyin buyrak kasalligi ro'y berishi, bu esa homiladorlikning kechishini og'irlashtirishi mumkin.

Ayol voyaga yetgandan keyin boshidan kechgan yuqumli kasalliklar, shuningdek, ginekologik kasalliklar ham so'rab-surishtiriladi.

Yurak-tomir tizimi, jigar, o'pka, buyrak va boshqa a'zolarining ilgari boshdan kechirilgan kasalliklari homiladorlik va tug'ruqning kechishiga ta'sir etishi mumkin. Bundan tashqari, yurak, buyrak, jigar va boshqa ichki a'zolarining qolgan kasalliklari homiladorlik va tug'ruqda yangidan qo'zishi mumkin.

4. Hayz ko'rish funksiyasi.

Ayoldan so'rab bilganda: a) qaysi yoshida birinchi marta hayz ko'rganligi va qancha vaqtdan keyin normal sikl qaror topganligi, b) hayz ko'rish tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, uning davomiyligi, qancha qon yo'qotishi, og'riqli kechishi va hokazo), d) jinsiy hayot boshlangach, avvalgi tug'ruq yoki abortdan keyin hayz ko'rish funksiyasi o'zgargan-o'zgarmaganligi, e) so'nggi marta qachon hayz ko'rganligi aniqlanadi. Hayz ko'rish funksiyasi ayol jinsiy apparatining va butun organizmining qanday ahvolda ekanligidan dalolat beradi. Ayolning birinchi marta 16-17 yoshda va bundan ko'ra kechroq hayz ko'rganligi, birinchi hayz ko'rishdan normal sikl qaror topguncha uzoq (5 oydan ko'proq) vaqt o'tganligi, hayz ko'rish kunlari og'riq sezilishi jinsiy a'zolarining yetilmaganligidan darak beradi.

Jinsiy hayot boshlangach, tug'ruq yoki abortdan keyin hayz ko'rish funksiyasining buzilishi ko'pincha ichki jinsiy a'zolarining yallig'langanligini yoki tuxumdonlar funksiyasi o'zgarganligini ko'rsatadi.

5. Sekretor va jinsiy funksiya.

Jinsiy yo'llardan chiqindi kelish-kelmasligini aniqlash ham muhim diagnostik ahamiyatga ega. Patologik chiqindi (chiqindining ko'p kelishi, yiringli, shilimshiq yoki suvli ekanligi, yiring aralashganligi va hokazo) odatda, yallig'lanish kasalliklarining belgisidir. Patologik chiqindi kelishiga bachadon bo'ynining raki, eroziyasi, polip va boshqalar ham sabab bo'lishi mumkin.

Ayoldan anamnez yiqqanda jinsiy aloqada og'riq sezish-sezmasligi va qonli chiqindi kelish-kelmasligi aniqlanadi.

6. Bola tug'ish funksiyasi yoki akusherlik anamnezi.

Anamnezning bu muhim qismida quyidagi ma'lumotlar aniqlanadi.

a) ushbu homiladorlik nechanchi ekanligi;

b) avvalgi homiladorliklarning qanday o'tganligi: gestozlar (qusish, so'lak oqishi, badanda shish bo'lganligi va hokazo), yurak-tomir tizimi, buyraklar, jigar va boshqa a'zolarining kasalliklari bor-yo'qligi aniqlanadi. Ilgari shu kasalliklar ro'y bergan bo'lsa, ushbu homiladorlikda ayolni ayniqsa, sinchiklab kuzatish shart;

d) avvalgi homiladorlik qanday tugaganligi: ayolning oy-kuni yetib tuqqanligi yoki bola tashlaganligi aniqlanadi.

Ayol ilgari ham bola tashlagan bo'lsa, uning o'z-o'zidan tushganligini yoki sun'iy yo'l bilan olinganligi, homiladorlikning qaysi oyida bolasi tushganligini, shundan keyin qanday kasalliklar ro'y berganligini va ularning xarakterini aniqlash kerak.

Oy-kuni yetmasdan tug'ish va bola tashlash jinsiy a'zolarining yetilmay qolganligini (infantilizm) yoki homiladorlikning kechishiga salbiy ta'sir qiladigan kasalliklar (endometriyning yallig'lanishi, o'smalar, yuqumli kasalliklar, ovqatda organizm uchun muhim bo'lgan moddalarning yetishmasligi va hokazo) borligini ko'rsatadi.

Bola tashlaganda yoki sun'iy yo'l bilan oldirilganda jinsiy a'zolar ko'pincha yallig'lanib, homiladorlik va tug'ruq qiyin o'tadi, ayol barvaqt bola tashlashga moyil bo'lib qoladi. Tug'ruq vaqtida qon ketadi va tug'ruq faoliyati buziladi.

e) Avvalgi tug'ruqlarning xarakteri: ayolning oy-kuni yetib yoki muddatidan oldin tuqqanligi, tug'ruqning qanday o'tganligiga ahamiyat beriladi. Avvalgi tug'ruqlarning to'g'ri o'tganligi, homilador ayolning sog'ligi yaxshi ekanligi va tug'ruq yo'llarida o'zgarish yo'qligini ko'rsatadi. Avvalgi tug'ruqlarning qiyin o'tganligi, operatsiya qilinganligi, bolaning o'lik tug'ilganligi yoki bola tirik tug'lsa ham, tez orada o'lib qolganligi tug'ruq yo'llarining anomaliyalari yoki ayolda ekstrogenital kasalliklar, homiladorlik gestozlari bo'lganligidan darak beradi.

Ilgarigi tug'ruqning patologik holatda o'tganligi (noqulay akusherlik anamnezi) ushbu homiladorlik va tug'ruq kechishida ham turli xil asoratlarni bo'lishi mumkinligi haqida ogoh bo'lishni talab etadi.

f) Ilgarigi tug'ruqdan keyin (chilla davrida) kasalliklar ro'y bergan-bermaganini aniqlanadi. Chilla davridagi kasalliklar navbatdagi tug'ruqni ham jiddiy qiyinlashtirishi mumkin (tug'ruq faoliyatining susayishi, yo'ldoshning bachadon devoriga yopishib qolishi, bachadonning yorilishi kabi asoratlar).

7. Jinsiy hayot boshlanishidan birinchi homiladorlikkacha o'tgan davrning muhim ahamiyati bor. Homiladorlikdan saqlanmasligiga qaramay, bir necha yilgacha homilador bo'lmasligi infantilizmdan guvohlik berishi mumkin. Infantilizm - jinsiy a'zolar taraqqiyotidan orqada qolganda homiladorlik bo'lishi ancha qiyin, agarda homiladorlik bo'lsa uning kechishida, tug'ruqning o'tishida turli xil muammolar uchrashi mumkin.

8. Erining sog'lig'i, homilador ayol va ayniqsa, ona qornidagi bolasining rivojlanishi, tug'ilgandan keyingi hayoti uchun muhim ahamiyatga ega. Ularga yuqish jihatidan xavfli kasalliklar - so'zak, sil va hokazolar kiradi.

9. Mehnat va turmush sharoiti homilador ayolning sog'ligi va qornidagi bolasining rivojlanishi uchun juda ahamiyatlidir. Demak, barcha savollarga mukammal javob olish va homilador ayolga eng qulay sharoitni tug'dirish choralarini ko'rish zarur.

Anamnez bilan tanishgandan keyin obyektiv tekshirishga kirishiladi. Bu tekshirish ayolni ko'zdan kechirishdan boshlanadi.

HOMILADOR AYOLNI KO'ZDAN KECHIRISH

Homilador ayolni ko'zdan kechirish ko'pincha diagnoz uchun juda qimmatli ma'lumotlar olishga imkon beradi. Masalan, homilador ayol past bo'yli bo'lsa, chanog'ini tor deb o'ylash mumkin. Umurtqa pog'onasi deformatsiyasi, bo'g'imlar ankilozi va suyak tizimidagi boshqa o'zgarishlar chanoq shaklining o'zgarganligidan darak beradi. Sut bezlari yetilmagan va qov sohasi juni siyrak bo'lsa, jinsiy a'zolar infantilizmi (to'la yetishmasligi)ni gumon qilish mumkin. Oyoq va badanning boshqa joylariga shish aniqlansa homiladorlikning asoratidan (gestoz, yurak kasalligi va shu kabilardan) guvohlik beradi.

Teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning rangsizligi, lablarining ko'karganligi, teri va skleralar (ko'z oqi) ning sarg'ayganligi bir qancha jiddiy kasalliklarning simptomi hisoblanadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinni ko'zdan kechirish ba'zan homiladorlikning normal o'tmayotganligini bilishga imkon beradi. Homiladorlik normal o'tayotgan va homila to'g'ri joylashgan bo'lsa, qorin tuxum shaklida bo'ladi; homila ko'ndalang (noto'g'ri) joylashgan bo'lsa, qorin yon tomoniga kengayadi, qog'onoq suvi ko'p bo'lsa, qorin shar shakliga kirib homiladorlik muddatiga mos kelmaydigan darajada juda ham kattalashadi. Chanoq tor bo'lganda ayolning qorin shakli o'zgarishi mumkin. Bel-dumg'aza rombini ko'zdan kechirish zarur. Bu rombning shakli boshqa ma'lumotlar bilan birgalikda chanoqning qanday tuzilganligini bilishga yordam beradi.

ICHKI A'ZOLARNI TEKSHIRISH

Ayol ko'zdan kechirilgach, yurak, o'pka va qorin bo'shlig'idagi a'zolar tibbiyotda qabul qilingan umumiy usullar (auskultatsiya, perkussiya, palpatsiya) bilan tekshiriladi. Barcha ichki a'zolar, jumladan yurak-qon tomir tizimi, nafas olish a'zolari, ovqat hazm qilish tizimi, siydik ajratish va chiqarish tizimi, asab tizimi sinchiklab tekshirib ko'rilishi lozim. Chunki ichki a'zolar kasalliklari (ekstragenital kasalliklar) homiladorlik va tug'ruqning kechishiga, ona qornidagi homilaning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Akusher homilador ayolni tekshirayotganida uning jinsiy a'zolaridan tashqari ichki a'zolarining ham muhim ahamiyatga ega ekanligini unutmasligi lozim!

Qaysi kasalliklarda homilador bo'lish taqiqlansa, o'sha kasalliklarni o'z vaqtida aniqlamoq uchun homilador ayollarning yuragini, o'pkasini va boshqa a'zolarini tekshirish juda ham zarur.

Homilador ayollarning arterial qon bosimi o'lchanadi, siydigi va qoni tekshiriladi, gavda vazni aniqlanadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida arterial qon bosimi, gavda vazni va siydigi muntazam ravishda tekshirib turiladi.

Yuqorida ko'rsatilgan usullar bilan tekshirgandan keyin maxsus akusherlik tekshirishiga kirishiladi.

Homiladorlikni dastlabki va kiyingi oylarida aniqlash uchun turli akusherlik tekshirish usullaridan foydalaniladi.

HOMILADORLIKNI DASTLABKI OYLARIDA ANIQLASH

Homiladorlikning dastlabki oylarida uning gumonli va ehtimolga yaqin belgilariga asoslanib aniqlanadi:

Homiladorlikning gumonli belgilari. Homiladorlik munosabati bilan ro'y bergan umumiy o'zgarishlar gumonli belgilarga kiradi.

1. Bosh qorong'ilik (o'tkir, achchiq, sho'r ovqatlarga moyillik, odamzod iste'mol qilmaydigan moddalar: bo'r, gilmoya, kesak va shunga o'xshashlarni ko'ngil tusashi, ko'ngil aynishi, ayniqsa, ertalab qusish).

2. Hid bilish sezgilarining o'zgarishi (atir hidi, tamaki tutuni, yog'larning hidi va shu kabi hidlarni ko'tara olmaslik).

3. Asab tizimidagi o'zgarishlar: ayolning ta'sirchanligi, yig'loqiligi, hadeb mudroq bosishi, goh xush, goh noxush bo'lishi va hokazo.

4. Yuz terisi, qorinning oq chizig'i, emchak uchi va uning atrofidagi to'garakda pigmentatsiya paydo bo'lishi.

Homiladorlikning ehtimolga yaqin belgilari. Jinsiy a'zolar va hayz ko'rish funksiyasidagi o'zgarishlar ehtimolga yaqin belgilarga kiradi.

1. Hayz ko'rishning to'xtashi. Og'ir kasalliklar va ruhiy kechinmalar (qo'rqish, qayg'urish, g'am-g'ussa va hokazo) da hayz ko'rish to'xtab qolishi mumkin. Sog'lom juvon odatda, bo'yida bo'lsa hayz ko'rish to'xtaydi.

2. Qin va bachadon bo'yni shilliq pardasining ko'karganligi (sianoz).

3. Bachadon kattaligi, shakli va konsistensiyasining o'zgarishi.

4. Sut bezlari siqilganda sut yo'llaridan og'iz suti tomchilarining chiqishi.

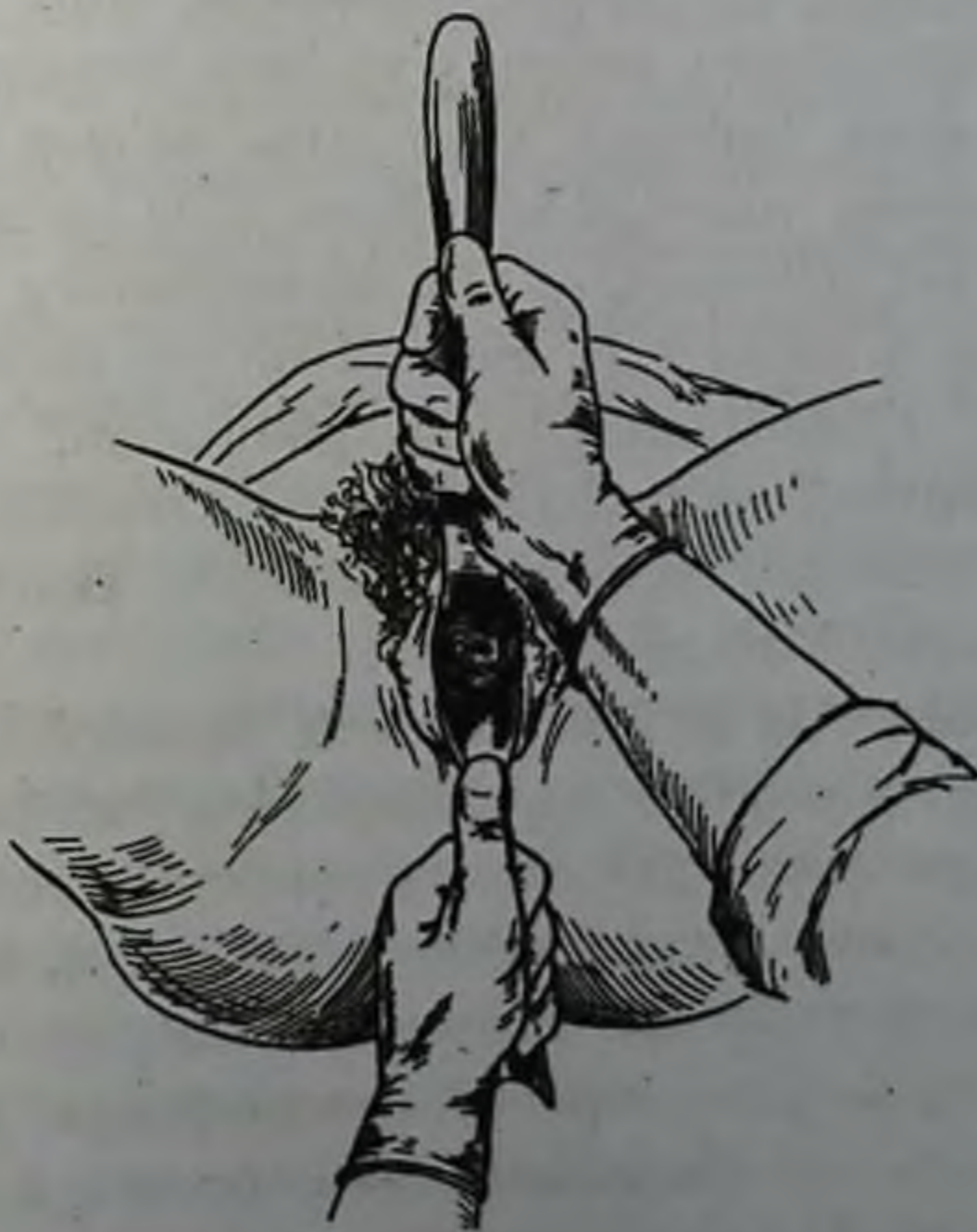
Homiladorlikning ehtimolga yaqin belgilarini aniqlamoq uchun: a) tashqi jinsiy a'zolar va qin kirish qismining shilliq pardasi ko'zdan kechiriladi, b) ko'zgular yordamida tekshiriladi, d) ayol qin orqali va ikki qo'llab tekshiriladi, e) sut bezlari paypaslanadi va ularni siqib, og'iz suti tomchilari bor-yo'qligi aniqlanadi.

Homilador ayolni ginekologik kresloga yoki kushetkaga yotqizib tekshiriladi; ayol kushetkada chalqancha yotadi, oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukib, kerib turadi; dumg'azasi ostiga valik qo'yiladi.



28-rasm. Qin ko'zgulari. a-tavaqali ko'zgu (Kusko ko'zgusi); b-qoshiqsimon ko'zgu (Sims ko'zgusi).

Ayolni tekshirishdan oldin qo'lni aseptika va antiseptika qoidalariga amal qilgan holda zararsizlantiriladi. Steril rezina qo'lqop bilan tekshirish ma'qul. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari kaliy permanganat (1:6000) yoki boshqa biror dezinfeksiyalovchi moddaning kuchsiz eritmasi bilan yuvilib, steril paxtada quritiladi. Katta va kichik jinsiy lablar chap qo'lning ishora barmog'i va bosh barmog'i bilan kerilib, vulva, qin kirish qismining shilliq pardasi, uretraning tashqi teshigi, Bartolin bezlarining chiqarish yo'llari va oraliq ko'zdan kechiriladi.



29-rasm. Qoshiqsimon ko'zgular bilan tekshirish.

Ko'zgular yordamida tekshirish. Tashqi jinsiy a'zolar va qin kirish qismining shilliq pardasi ko'zdan kechirilgach, qin ko'zgulari yordamida tekshirishga kirishiladi. Bu tekshirish usuli bachadon bo'ynining va qin shilliq pardasining ko'karganini (homiladorlikning ehtimolga yaqin belgisi), shuningdek, bachadon bo'yni va qin kasalliklari (yallig'lanish, eroziya, polip, rak) ni aniqlashga imkon beradi.

Tavaqali va qoshiqsimon ko'zgulardan foydalaniladi (29-rasm). Tavaqali ko'zguni juftlashtirib, qin gumbazlarigacha kiritiladi, so'ngra ko'zgu tavaqalari ochiladi, shundan keyin bachadon bo'ynini ko'zdan kechirsa bo'ladi. Ko'zgu qindan sekin-asta olinayotgan vaqtda qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

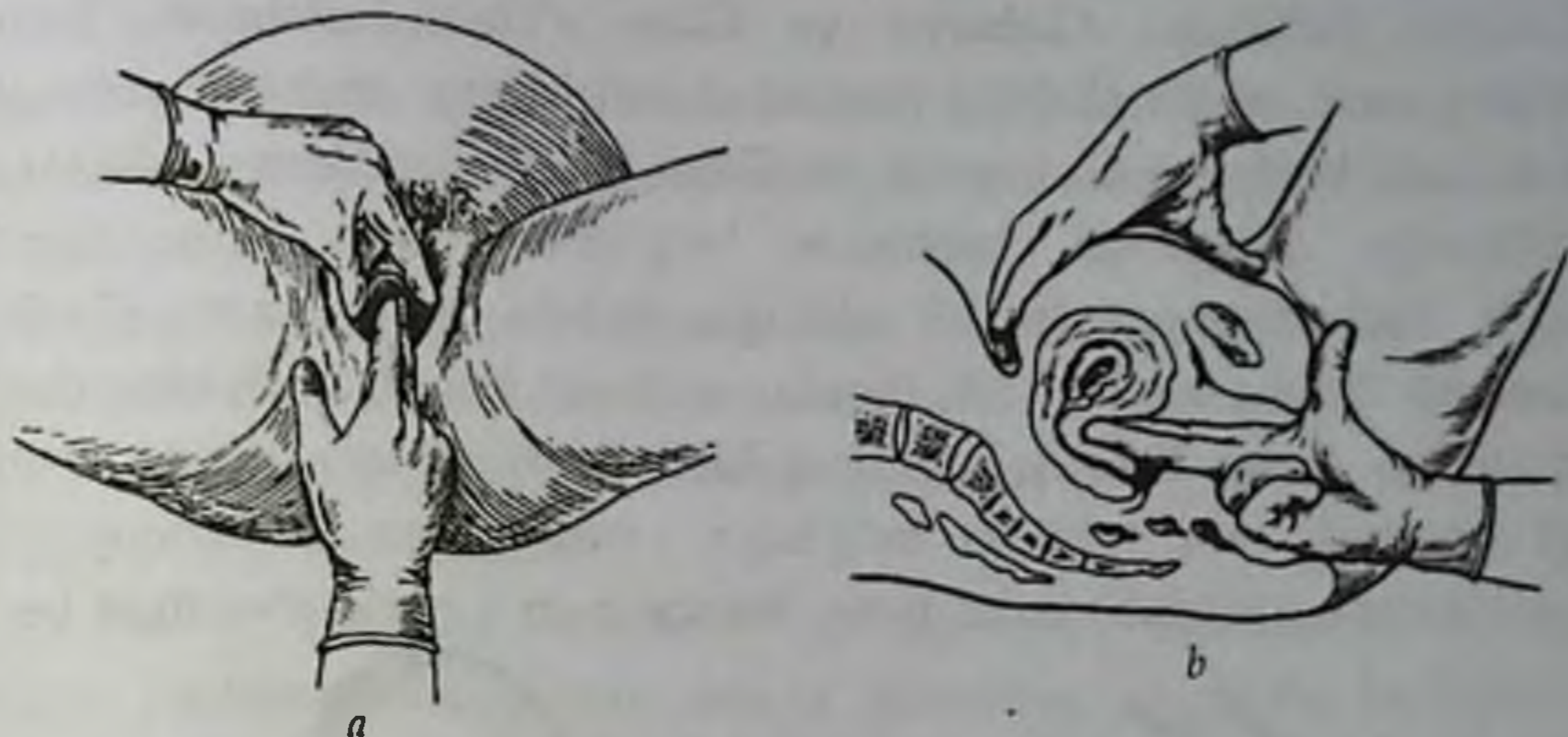
Qoshiqsimon ko'zgular bilan tekshirganda bachadon bo'yni va qin yaxshiroq ko'rinadi (29-rasm). Avval orqadagi ko'zgu suqilib, qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi; keyin orqadagi ko'zguga parallel holda oldingi ko'zgu (yassi ko'targich) kiritiladi, qinning oldingi devori shu ko'zgu bilan ko'tariladi. Bachadon bo'yni va qin devorlari ko'zdan kechirilgach ko'zgular olinib, qin orqali tekshirishga o'tiladi.

Homilador ayolni qin orqali tekshirish. Katta va kichik jinsiy lablar chap qo'lning ishora barmog'i va bosh barmog'i bilan keriladi; o'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab suqiladi, bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi (30-rasm, a), shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanadi. Chanoq tubi muskullari, qin devorlari (burmalari, cho'ziluvchanligi, yumshaganligi), qin gumbazlari, bachadon bo'yni (shakli, konsistensiyasi) va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi (yopiq-ochiqligi, yumaloq yoki yoriq shaklida ekanligi va hokazo) barmoqlar bilan sinchiklab tekshiriladi.

Homilador ayolni ikki qo'llab tekshirish. Bachadon bo'ynini paypaslab tekshirgandan keyin ikki qo'llab tekshirishga kirishiladi (30-rasm, b).

Qinga suqilgan barmoqlar qinning oldingi gumbaziga taqaladi, bachadon bo'yni ozroq orqaga suriladi. Chap qo'l barmoqlari bilan qorin oldingi devori kichik chanoq bo'shlig'iga tomon bosilib, oldingi gumbazda turgan o'ng qo'l barmoqlariga peshvoz boradi. Tekshirayotgan ikki qo'lning barmoqlari bir-biriga yaqinlashtirilib, bachadon tanasi topiladi, uning vaziyati, shakli, kattaligi, konsistensiyasi aniqlanadi. Bachadonni palpatsiya qilib bo'lgach, bachadon naylari va

tuxumdonlarni tekshirishga o'tiladi. Shu maqsadda ichki va tashqi qo'l barmoqlari bachadon burchaklaridan sekin-asta chanoqning yon devorlari tomon siljiriladi. Tekshirish oxirida chanoq suyaklarining ichki yuzasi paypaslab topiladi va diagonal konyugata o'lchanadi.



30-rasm. Qin orqali tekshirish. a-barmoqlarni kiritish; b-ikki qo'llab tekshirish.

Quyidagi belgilar homiladorlikdan darak beradi:

1. **Bachadonning kattalashuvi.** Homiladorlikning 5-6-haftasida bachadon ancha kattalashadi; dastlab oldindan orqaga qarab kattalashadi (shar shakliga kiradi), keyinchalik ko'ndalangiga ham kattalashadi. Homiladorlik oylari oshgan sayin bachadonning kattalashgani yaqqolroq ko'rinaveradi. II oy oxiriga yaqin bachadon g'oz tuxumiday kattalashadi. III oy oxirida bachadon tubi simfiz ro'parasida yoki undan yuqorida turadi.

2. **Gorvis - Gegar belgisi (31-rasm).** Homilali bachadon konsistensiyasi yumshoq, ayniqsa, bachadon bo'g'zi ko'proq yumshagan bo'ladi. Ikki qo'llab tekshirishda ikki qo'l barmoqlarining uchi bachadon bo'g'zida deyarli qarshilikka duch kelmay bir-biriga yaqinlashadi. Bu belgi homiladorlikning dastlabki oylariga juda xarakterli.

3. **Snegirev belgisi.** Bachadon konsistensiyasining yengil o'zgaruvchanligi homiladorlikka xarakterli. Homilali yumshagan bachadon ikki qo'llab tekshirishda mexanik ta'sirot bilan zichlashadi va kichrayadi (qisqaradi). Ta'sirot to'xtatilgach, yana o'z holiga qaytadi.

4. **Piskachek belgisi (32-rasm).** Homiladorlikning dastlabki oylarida ko'pincha bachadon assimetriyasi aniqlanadi.

Bachadonning o'ng yoki chap burchagi gumbaz shaklida bo'rtib chiqadi (assimetriya).

Bachadon burchagining bo'rtib chiqqan joyi homila tuxumining payvandlanib olgan joyiga mos keladi. Homila tuxumi o'sgan sari bachadon burchagining bo'rtib (do'ppayib) turishi sekin-asta yo'qoladi.

4. Homiladorlikning dastlabki oylarida bachadon bo'ynining yengil harakatchan bo'lishiga Gubarev va Gaus e'tibor berishgan. Bachadon bo'ynining oson surila olishligi bachadon bo'g'zining ancha yumshaganligi sabab bo'ladi, bu holat Gubaryov va Gaus belgisi hisoblanadi. Genterning kuzatishlariga qaraganda, bachadon bo'g'zining juda ham yumshashi natijasida bachadonning kuchli oldinga egilishi (hyper ante flectio) ilk homiladorlik belgisi hisoblanadi. Bundan tashqari, homiladorlikning dastlabki 12 haftaligiga qadar ikki qo'llab sinchiklab tekshirib ko'rilganda bachadon oldingi devorida uni tubi va bo'g'iziga yetmaydigan qirrasimon o'simta (chuvalchangga o'xshash) aniqlanadi. Bunga ham Genter ahamiyat bergan.



31-rasm. Gorvis-Gegar belgisi
(homiladorlik belgisi).



32-rasm. Piskachek belgisi
(homiladorlik belgisi).

Shunday qilib, tekshirish natijasida homiladorlik diagnozini aniqlashga asos bo'la oladigan bir qancha belgilar mavjud. Ayolni har tomonlama tekshirishda aniqlangan gumonli va ehtimolga yaqin belgilarning jami yig'indisi hisobga olinib, diagnoz aniqlanadi.

Ilk homiladorlik diagnozi shubhali bo'lsa, ayolga bir yoki ikki haftadan keyin takror tekshirishga kelish buyuriladi. Shu davr ichida bachadon kattalashib, homiladorlikning boshqa hamma belgilari yaqqolroq ko'zga tashlanadi.

HOMILADORLIK DIAGNOSTIKASINING BIOLOGIK USULLARI

Homiladorlik diagnozi odatda, klinik tekshirish ma'lumotlari (anamnez, ko'zdan kechirish, qin orqali tekshirish va hokazo) ga

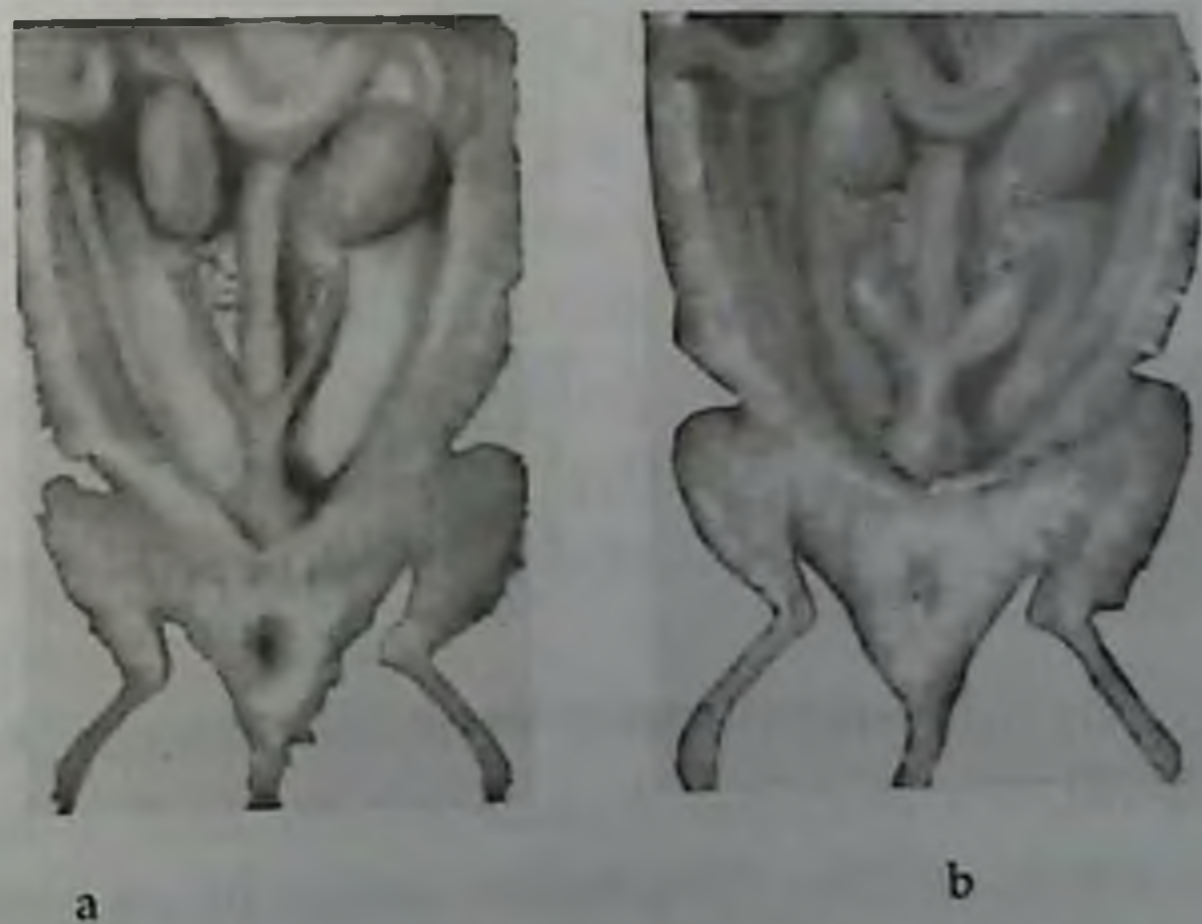
asoslanib aniqlanadi. Ko'pincha patologik homiladorlikning ba'zi turlarini aniqlash qiyin bo'lib qoladi. Masalan, bachadondan tashqaridagi homiladorlikni bachadon ortiqlarining yallig'lanishidan ajratish hamisha oson bo'lavermaydi; ba'zan homiladorlikni bachadon o'smasidan ajratish qiyin bo'ladi va hokazo.

Bunday hollarda ayolni klinik usullar bilan sinchiklab tekshirishdan tashqari, homiladorlik diagnostikasining gormonal (biologik) usullari ham qo'llaniladi.

Ashgeym-Sondekning gormonal reaksiyasi. Bu reaksiya homiladorlikning dastlabki haftalarida ayol organizmida xoreonlarda ko'plab gonadotrop gormon (xoreal gonodotropin) hosil bo'lib, siydik bilan chiqishga asoslangan.

Homilador ayolning ertalabki siydigi olib, filtrlanadi va voyaga yetmagan sichqonlarning terisi ostiga yuborilsa, siydikda bo'lgan xoreal gonodotropin gormoni ta'sirida ularning bachadoni va tuxumdon follikullari o'sadi, shuningdek, kattalashgan follikula bo'shlig'iga qon quyilganligi qayd qilinadi. Kattalashgan follikula keyinchalik sariq tanalarga aylanadi.

Bu reaksiyani qo'yishda homilador ayol siydigi 6-8 g vaznli sichqonlar terisi ostiga bo'lib-bo'lib (2 kun mobaynida 6 marta 0,2-0,4 mldan) yuboriladi. 96-100 soatdan keyin sichqonlar qornini yorib, bachadon shoxi va tuxumdonlari ko'zdan kechiriladi. Sichqon bachadonining o'sgani va kattalashgani, follikulalar bo'shlig'iga qon quyilgani qayd qilinsa (bu oddiy ko'zga ko'rinadi), reaksiya musbat deb hisoblanadi.

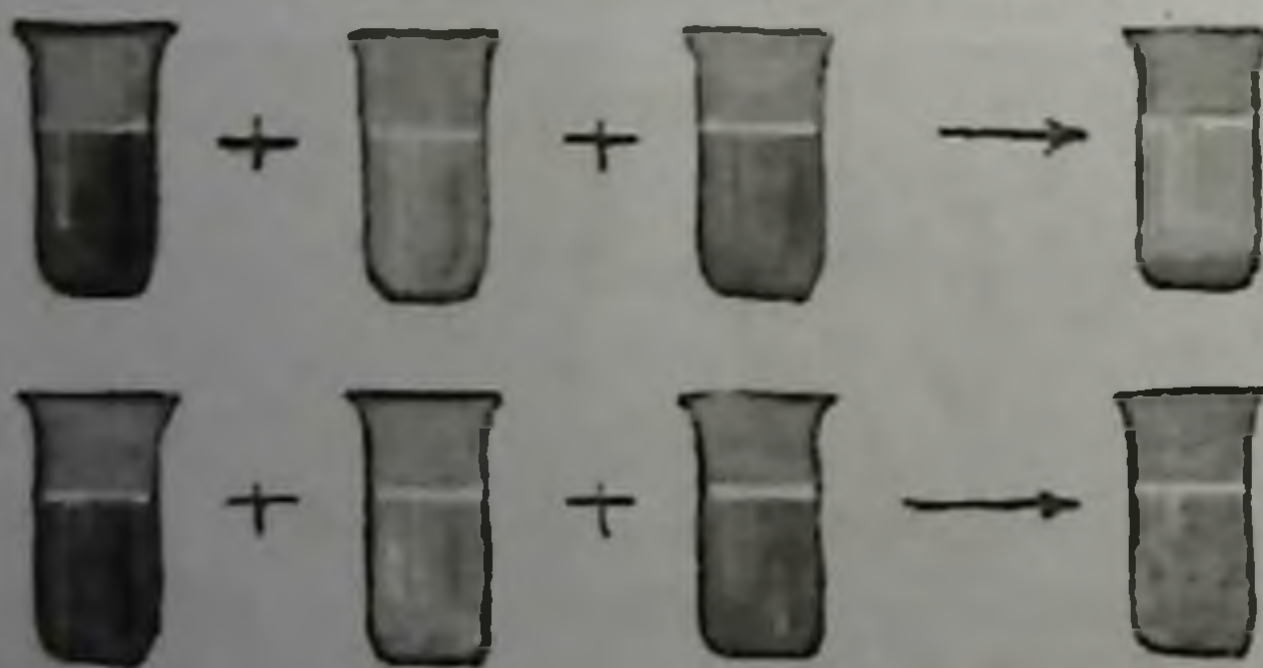


33-rasm. Ashgeym-Sondek reaksiyasi.
a - reaksiya manfiy; b - reaksiya musbat.

Baqalarga qo'yiladigan gormonal reaksiya (Galli-Maynini reaksiyasi). Baqa va qurbaqalardan ba'zi zotlarining erkagi homilador ayol siydigidagi gonadotrop gormon ta'sirida spermatozoid ishlab chiqaradi. Homilador ayolning ertalabki siydigi (2,5 ml) baqaning orqa limfa xaltachasiga yuboriladi. 1-2 soatdan keyin baqa kloakasidan shisha pipetkada suyuqlik olinib, mikroskopda tekshiriladi. Unda harakatchan spermatozoidlar topilsa, reaksiya musbat deb hisoblanadi. Bu reaksiyani bahor oylarida qo'llab bo'lmaydi, chunki baqalarning qo'zg'olish davriga to'g'ri keladi. Eng arzon, qulay va qisqa muddat talab qiladigan usuldir.

Fridman reaksiyasi. Voyaga yetmagan urg'ochi quyonning quloq venasiga homilador deb gumon qilingan ayolning ertalabki filtrlangan siydigidan 10 ml yuboriladi va 48 soat o'tgandan keyin quyonning qorni yorilib, bachadon shoxlari va tuxumdonlar ko'zdan kechiriladi. Bachadon shoxlarining o'sgani va kattalashgani hamda follikulalar bo'shlig'iga qon quyilgani aniqlansa reaksiya musbat hisoblanadi.

Homiladorlikning immunologik diagnostikasi. So'nggi yillarda gemagglutinatsiya reaksiyasini tatbiq etishga asoslanib, homiladorlikning immunologik diagnostika usuli ishlab chiqildi. Bu usul homilador ayollar siydigidagi xoreal gonodotropin gormoni va qarshi zardob o'rtasidagi reaksiyaga asoslangan. Bu usullardan ko'proq qo'llaniladigan Vide va Genzell usulidir.



34-rasm. Immunologik reaksiya.

Asosiy bosqichlari:

1. Qarshi zardob olish maqsadida urg'ochi quyonlarni xoreal gonodotropin gormoni bilan immunizatsiya qilish.

2. Eritrositlarni tayyorlash. Qo'y eritrositlariga xoreal gonodotropin gormoni bilan maxsus ishlov berish.

3. Tekshirilayotgan siydikda xoreal gonodotropinni aniqlash. Ikkita probirkaga (tajriba va nazorat uchun) 0,25 ml dan tekshirilayotgan ayol siydigidan quyiladi (siydikning 1 ml. 5 ml distillangan suv bilan aralashtirilgan bo'lishi kerak). Tajriba probirkasiga 0,2 qarshi zardob, nazorat probirkasiga 0,2 bufer eritmasi quyiladi: keyin har ikkala probirkaga 0,05 eritrositlardan qo'shiladi. 1,5-2 soatdan keyin natijasi o'rganiladi. Agar ayol homilador bo'lsa (siydikda xoreal gonodotropin bo'lsa), gemagglutinatsiya reaksiyasi sodir bo'lmaydi (eritrositlar cho'kmaydi), chunki xoreal gonodotropin antitelalarni o'ziga bog'lab oladi, agarda ayol homilador bo'lmasa eritrositlar agglutinatsiyaga uchrab cho'kadi.

Homiladorlikni gravimun yordamida aniqlash. Xotin-qizlar maslahatxonalarida ko'proq qo'llaniladigan usul.

Homiladorlikni aniqlashning qo'shimcha diagnostik usullariga ultratovush yordamida tekshirish kiradi. Maxsus ultratovush apparati yordamida homiladorlikning 8-10-haftalaridan boshlab homilaning yurak tonlarini aniqlash va bachadonda tuxum hujayra borligi haqida tasavvur hosil qilish mumkin. Hozirgi vaqtda hattoki homiladorlikning 1-oyida ultratovush yordamida aniqlash mumkin.

HOMILADORLIKNI KECHKI MUDDATLARIDA ANIQLASH

Bachadon bo'shlig'ida homila borligini ko'rsatadigan belgilar homiladorlikning ikkinchi yarmida ro'y beradi; ular **homiladorlikning aniq yoki shak-shubhasiz belgilari** deb ataladi.

Homiladorlikning aniq belgilariga quyidagilar kiradi.

1. **Homila qismlarining paypaslab topilishi.** Homiladorlikning ikkinchi yarmida homilaning boshi, orqasi va mayda qismlari (qo'l-oyoqlari) paypaslab topiladi.

2. **Homila yuragi tonlarini aniq eshitib ko'rish.** Homila yuragi homiladorlikning ikkinchi yarmida 1 daqiqada 130-140 marta bir tekisda urib turganligi yurak tonlari shaklida eshitiladi. Homila yuragining urib turganligini homiladorlikning ba'zan 18-19 - haftasida ham eshitsu bo'ladi.

3. Homilaning qimirlashi homilador ayolni tekshirayotgan kishiga seziladi. Homilaning qimirlayotganligi homiladorlikning ikkinchi yarmida aniqlanadi. Homilador ayollar qornidagi bolaning qimirlayotganini 20 - haftadan; takror homilador ayollar esa birmuncha ertaroq 18 haftadan sezadilar. Ba'zan bu sezgilar homiladorlikning belgisi bo'lmasdan anglashmovichilikka olib kelishi mumkin. Masalan, ayol ichak peristaltikasini homilaning qimirlashi deb o'ylashi mumkin.

4. Homila skeletining rentgendagi tasviri. Homiladorlikning V oyidan boshlab homila suyaklarining soyalari rentgenogrammada ko'rinadi. Ona qornidagi bolaga rentgen nurlari juda ham tez ta'sir etgani uchun homiladorlikni aniqlashda rentgenologik usul maxsus ko'rsatmalar bo'lgandagina qo'llaniladi. Homila taraqqiyotining dastlabki davrlarida rentgen nurlariga ayniqsa, ko'proq sezuvchan bo'ladi.

5. Elektrokardiografiya, fonokardiografiya, ultratovush yodamida tekshirish usuli bilan homila yurak faoliyatini uning qismlarini obyektiv qayd qilish.

BACHADON BO'SHLIG'IDA HOMILANING JOYLASHUVI

Homilador va tug'uvchi ayollarni tekshirishda homila a'zolarining joylashuvi, vaziyati, holati, turi va qaysi qismi oldinda yotganligi aniqlanadi.

1. Homila a'zolarining joylashuvi (*Habitus factus*): qo'l-oyoqlari va boshining tanasiga bo'lgan 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 joylashuvining normal bukilgan tipida homila ovoid shaklini oladi, oy-kuni yetgan homiladorlikda bu ovoidning bo'yi o'rta hisob bilan 25 sm ga teng. Ovoidning keng qismi (homilaning chanoq tomoni) bachadon tubida joylashadi, tor qismi (homila ensasi) kichik chanoq kirish qismiga qaragan bo'ladi.

Qorindagi bolaning harakatlari qo'l-oyoqlar vaziyatining qisqa muddatli o'zgarishiga sabab bo'lishi mumkin, lekin bu holat xalal yetkazmaydi.

2. Homilaning vaziyati-homila bo'ylama o'qining bachadon bo'ylama o'qiga bo'lgan munosabati.

Homilaning quyidagi vaziyatlari tafovut qilinadi.

a) Bo'ylama vaziyat - homilaning bo'ylama o'qi bilan bachadonning bo'ylama o'qi bir-biriga mos keladi (35-rasm, a).

b) Ko'ndalang vaziyat - homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qini to'g'ri burchak ostida kesib o'tadi.

d) Qiyshiq vaziyat - homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan o'tkir burchak hosil qiladi. 99,5 foiz tug'ruqlarda homila vaziyati bo'ylama holatda bo'lib, normal hisoblanadi. Ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlar patologik hodisa hisoblanib, tug'ruqlarning 0,5 foizida uchraydi.

3. Homilaning pozitsiyasi (*Positio faetus*) - homila orqasini bachadonning o'ng yoki chap tomoniga bo'lgan munosabati.

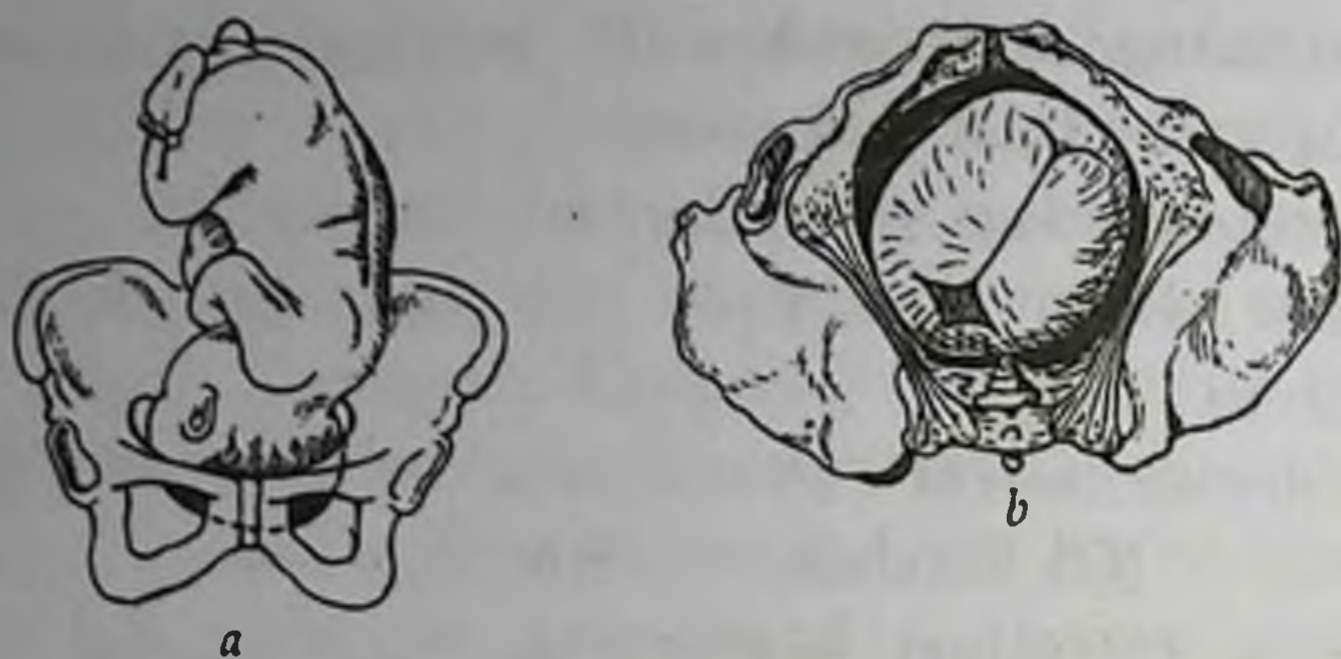
Homila pozitsiyasi ikkiga: birinchi (chap) va ikkinchi (o'ng) pozitsiyalarga bo'linadi. Birinchi pozitsiyada homila orqasi bachadonning chap tomoniga, ikkinchi pozitsiyada esa bachadonning o'ng tomoniga qaraydi.

Ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlarda pozitsiya homilaning orqasiga qarab emas, balki boshiga qarab aniqlanadi: homila boshi chap tomonda joylashgan bo'lsa - birinchi pozitsiya, o'ng tomonda bo'lsa - ikkinchi pozitsiya deb ataladi.

Homila orqasi hamisha o'ngga yoki chapga qarab turmay, odatda, birmuncha oldinga yoki orqaga burilgan bo'ladi. Shuning uchun pozitsiyaning turi ham tafovut qilinadi.

4. Pozitsiyaning turi (*Visus faetus*) - homila orqasining bachadon oldingi yoki orqa devoriga bo'lgan munosabati. Homila orqasi oldinga qaragan bo'lsa - pozitsiyaning oldingi turi (35 va 36-rasmlarga qaralsin), orqaga qaragan bo'lsa - pozitsiyaning orqa turi (37 va 38-rasmlar) deb ataladi.

5. Homilaning oldinda yotishi (*Pracsentatio faetus*). Homilaning oldinda yotgan qismi yirik qismining (boshi yoki dumbasining) chanoq kirish qismiga bo'lgan munosabati. Homila boshi onaning chanoq kirish tekisligi ustida turgan bo'lsa homilaning boshi oldinda yotgan bo'ladi, agar u yerda homilaning chanoq tomoni aniqlansa, homilaning chanog'i oldinda yotgan bo'ladi (39 va 40-rasmlar).



35-rasm. Bo'ylama vaziyat, ensaning oldinda yotishi, ikkinchi pozitsiya, oldingi turi.

a-homilaning vaziyati; b-homila boshining chanoqdan chiqish tekisligidagi ko'rinishi. O'q yoysimon chok o'ng qiyshiq o'lchamda, kichik liqildoq chapda, oldinda.



a



b

36-rasm.

a - bo'ylama vaziyat, ensaning oldinda yotishi, ikkinchi pozitsiya, oldingi turi; b-homila boshining chanoq chiqish tekisligidagi ko'rinishi. O'q yoysimon chok chap qiyshiq o'lchamda, kichik liqildoq o'ngda, oldinda.



a



b

37-rasm.

a-bo'ylama vaziyat, ensaning oldinda yotishi, birinchi pozitsiya, orqa turi; b- homila boshi chanoq chiqish tekisligidagi ko'rinishi. O'q yoysimon chok chap qiyshiq o'lchamda, kichik liqildoq chapda, orqada.

6. Homilaning qaysi qismi onaning kichik chanoq kirish tekisligiga yaqinroq tursa va tug'ruq yo'llaridan birinchi bo'lib o'tsa, o'sha qismi homilaning oldinda yotgan qismi deb ataladi.

Homila boshi oldinda yotgan bo'lsa ensasi (ensasi oldinda yotganda), bosh tepasi oldinda yotganda bosh tepasi, peshonasi oldinda yotganda peshonasi va yuzi oldinda yotganda yuzi kichik chanoq kirish tekisligidan yuqorida joylashadi. Ensaning oldinda yotishi (bukilgan tipi) tipik hodisa hisoblanadi, u barcha bo'ylama vaziyatlarning 95 foizini tashkil etadi.

Bosh tepasi, peshona va yuz qismlari oldinda yotganda homila boshi turli darajada yozilgan bo'ladi. Bu qismlarning oldinda yotishi boshning yozilish tipiga kiradi. Bu tip oldinda yotuvchi qismlarga tegishli barcha bo'ylama vaziyatlarning 1 foizini tashkil etadi.



38-rasm. a-bo'ylama vaziyat, ensaning oldinda yotishi, ikkinchi pozitsiya, orqa turi; b-homila boshining chanoq chiqish tekisligidagi ko'rinishi. O'q yoysimon chok o'ng qiyshiq o'lchamda, kichik liqildoq o'ngda, orqada.



39-rasm. Bo'ylama vaziyat, dumbaning-oldinda yotishi, birinchi pozitsiya, oldingi turi.



40-rasm. Bo'ylama vaziyat, dumbaning oldinda yotishi, ikkinchi pozitsiya, orqa turi.

Homila chanog'i oldinda yotganda chanoq kirish tekisligida uning dumbalari (faqat dumbasining oldinda yotishi), oyoqlari (oyoqlari oldinda yotganda), dumbasi bilan oyoqlari (dumbasi bilan oyoqlari aralash oldinda yotganda) joylashgan bo'ladi.

7. Homila boshining suqilishi - o'q yoysimon chokning simfizga va dumg'aza burniga (promontoriyga) bo'lgan munosabati.



41-rasm. Ko'ndalang vaziyat, birinchi pozitsiya, oldingi turi.

Homila boshining sinklitik va asinklitik suqilishlari tafovut qilinadi. Sinklitik suqilishda o'q yoysimon chok simfiz bilan promontoriydan bab-baravar masofada bo'ladi, ya'ni o'q-yoysimon chok chanoq kirish tekisligining ko'ndalang o'lchamiga mos keladi, chin konyugata 11 sm bo'lganda, o'q-yoysimon chok simfiz va dumg'aza burnidan bir xil - 5,5 sm masofada joylashadi. Asinklitik suqilishda esa o'q yoysimon chok promontoriyga yoki simfizga yaqinroq turadi. O'q yoysimon chok promontoriyga yaqinroq turgan bo'lsa oldingi asinklitizm (oldingi tepa suyak suqilib kiradi), o'q yoysimon chok simfizga yaqinroq turgan bo'lsa - orqa asinklitizm (orqadagi tepa suyak suqilib kiradi) deyiladi.

Homila boshining sinklitik suqilib kirishi normal hodisa hisoblanadi. Normal tug'ruqda ba'zan vaqtincha, unchalik yaqqol ko'rinmaydigan oldingi asinklitizm kuzatiladi, bu esa o'z-o'zidan sinklitik suqilish bilan almashinadi. Yaqqol ko'rinadigan oldingi va orqa asinklitizm patologik hodisadir.

Homila vaziyatlari, pozitsiyalari, turlari va homila qismlari oldin kelishining turli variantlari uchraydi.

I. BO'YLAMA VAZIYATLAR	
<i>A. Boshning-oldinda yotishi</i>	<i>B. Chanoqning oldinda yotishi</i>
<p>1. Ensaning oldinda yotishi (bukilgan tipi)</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi (35-rasmga qaralsin)</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi (37-rasmga qaralsin)</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi (36-rasmga qaralsin)</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi (38-rasmga qaralsin)</p>	<p>1. Faqat dumbaning oldinda yotishi</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi</p>
<p>2. Boshning yozilgan tipda oldinda yotishi</p> <p>a) Bosh tepasining oldinda yotishi</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>b) Peshonaning oldinda yotishi</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>d) Yuzning oldinda yotishi</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi</p>	<p>2. Dumba va oyoqlarning aralash oldinda yotishi</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi (39-rasmga qaralsin)</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi (40-rasmga qaralsin)</p> <p>3. Oyoqlarning oldinda yotishi</p> <p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi</p>
II. KO'NDALANG VAZIYATLAR	
<p>Birinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Birinchi pozitsiya, orqa turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, oldingi turi</p> <p>Ikkinchi pozitsiya, orqa turi</p>	

HOMILADORLIKNING IKKINCHI YARMIDA VA TUG'RUQDA AKUSHERLIK TEKSHIRISH USULLARI

Homiladorlikning ikkinchi yarmida va tug'ruqda akusherlik tekshirishining asosiy usullari: palpatsiya va auskultatsiya (homilador ayol qornini va bachadondagi homilasini paypaslab ko'rish va uni eshitib ko'rish), chanoqni o'lchashdan iborat. Qin orqali tekshirish, homiladorlikning ikkinchi yarmida va tug'ruqda ko'rsatmalarga qarab o'tkaziladi. Homiladorlik muddatini aniqlashda qorin aylanasi, bachadon tubining balandligi, bachadondagi homilaning kattaligi o'lchanadi.

Qorinni paypaslab ko'rish (palpatsiya). Qorinni paypaslab ko'rish akusherlikda tashqi tekshirishning asosiy usullaridandir. Palpatsiyada homilaning qismlari, kattaligi, vaziyati, pozitsiyasi, qaysi qismining oldinda yotganligi, oldinda yotgan qismining ona chanog'iga munosabati (chanoq kirish tekisligidan qancha balandda turganligi, chanoqqa taqalganligi, kichik segmentining chanoqqa suqilganligi va hokazo) aniqlanadi, homilaning qimirlashi seziladi, shuningdek, qog'onoq suvining miqdori va bachadon vaziyati haqida tasavvur qilinadi.

Homilador ayol qornini paypaslab ko'rishda muayyan rejaga amal qilinadi, Leopold-Lazarevich-Liviskiyning to'rtta amali ketma-ket qo'llaniladi.

Homilador (tug'uvchi) ayol kushetkaga chalqancha yotadi, akusher ayolning o'ng tomonida unga yuzma-yuz turadi.

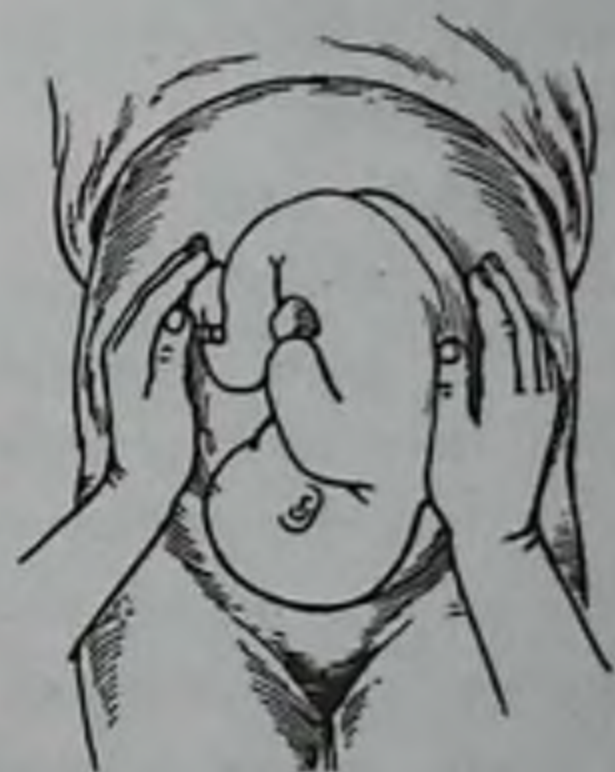
Birinchi amal (42-rasm). Ikkala qo'l kaftlari bachadon tubiga qo'yilib, barmoqlari yaqinlashtiriladi. Pastga tomon avaylab bosib, bachadon tubining qay balandlikda turganligi aniqlanadi, shunga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi. Homilaning bachadon tubida yotgan qismi (ko'pincha chanoq tomoni) birinchi amalda aniqlanadi.

Ikkinchi amal (43-rasm). Homilaning orqasi va mayda qismlari ikkinchi amalda aniqlanadi; homila orqasining vaziyatiga qarab uning pozitsiyasi va pozitsiya turi haqida fikr yuritiladi. Ikkala qo'l bachadon tubidan pastga tomon surilib, kindik to'g'risigacha olib boriladi va bachadonning yon yuzalariga joylashtiriladi. Homila qismlari sekin-asta o'ng va chap qo'l bilan paypaslab ko'riladi. Chap qo'l bir joyda tinch turadi, ikkinchi qo'l barmoqlari esa bachadonning chap yon yuzasidan sirg'antirib

boriladida, homilaning shu tomonga qaragan qismi paypaslanadi. So'ngra o'ng qo'l bachadon devorida tinch turadi, chap qo'l bilan esa homilaning bachadon o'ng devoriga qaragan qismlari paypaslab topiladi. Homilaning bo'ylama vaziyatida bir tomondan orqasi, qarama-qarshi tomondan qo'l-oyoqlari mayda qismlari paypaslab ko'riladi. Homilaning orqasi bir tekis maydonchaga o'xshab seziladi, mayda qismlari ko'pincha vaziyatini o'zgartiradigan kichkina bo'rtmalar shaklida qo'lga seziladi; ba'zan qo'l-oyoqlarning ildam, zarbsimon harakatlarini sezsa bo'ladi.



42-rasm. Homiladorni tashqi tekshirish. Birinchi amal.



43-rasm. Homiladorni tashqi tekshirish. Ikkinchi amal.

Uchinchi amal. Homilaning oldinda yotgan qismini aniqlamoq uchun uchinchi usul qo'llaniladi. Akusher homilador ayolning o'ng tomonida unga yuzma-yuz turadi. Bir qo'l (odatda, o'ng qo'l) simfizning ozroq yuqorisidan shunday qo'yiladiki, bosh barmoq bachadon pastki segmentining bir tomonida, qolgan to'rt barmoq shu segmentning qarama-qarshi tomonida tursin (44-rasm). Barmoqlar sekin-asta va avaylab harakatlantirilib, chuqur botiriladi va homilaning oldinda yotgan qismi ushlanadi. Homila boshi ro'y-rost yumaloq shakldagi zich bo'lakka o'xshab paypaslanadi.

Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, yumaloq shaklsiz, katta hajmli yumshoqroq qism paypaslab topiladi. Ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlarda homilaning oldinda yotgan qismi ilinmaydi.

Homila boshining harakatchanligini uchinchi amalda aniqlasa bo'ladi. Kalta-kalta yengil zarblar bilan homila boshini o'ngdan chapga va aksincha, chapdan o'ngga siljitishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshiruvchi barmoqlar homila boshining «liqillab» turganini sezadi,

takror homilador bo'lgan ayollarda bu ayniqsa, yaqqol ko'rinadi. Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligidan qancha yuqorida turgan bo'lsa, «liqillash» shuncha yaqqolroq seziladi.

Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligida qimirlamay turganda, shuningdek, homilaning chanog'i oldinda yotganda «liqillash» aniqlanmaydi.

Tekshirishning uchinchi amalida juda avaylab, ehtiyotkorlik bilan ish ko'riladi; keskin harakatlar qilinsa, og'riq seziladi va qorin oldingi devorining muskullari refleks yo'li bilan taranglanib qoladi tekshirishga to'sqinlik qiladi.

To'rtinchi amal – uchinchi amalning davomi va qo'shimchasi bo'lib, homilaning nafaqat oldinda yotgan qismini, qay balandlikda turganini, balki chanoqning qaysi tekisligida joylashganligini aniqlashga yordam beradi. Akusher homilador ayolning o'ng tomonida, uning oyoqlariga qarab turib, ikkala qo'l kaftlari bachadonning pastki segmentiga o'ng va chap tomondan qo'yilib, barmoq uchlari simfizgacha yetkaziladi. Barmoqlarni yozib, chanoq bo'shlig'iga tomon sekin-asta avaylab botiriladi va homilaning oldinda yotgan qismi (boshi, chanoq tomoni) va uning qay balandlikda ekanligi aniqlanadi (45-rasm). Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligi ustida turganligi yoki chanoq kirish tekisligidan kichik yoki katta segmenti bilan o'tganligi shu amalda aniqlanadi; homila boshi chanoq bo'shlig'iga anchagina tushgan bo'lsa, faqat asosi qo'lga unmaydi. Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, shu tomonning qanday balandlikda ekanligi ham bemalol aniqlanadi. Homila boshining ensasi va engagini, shuningdek, tug'ruq vaqtida homila boshining sekin-asta chanoqqa tushishini to'rtinchi amalda aniqlasa bo'ladi.



44-rasm. Homiladorni tashqi tekshirish. Uchinchi amal.



45-rasm. Homiladorni tashqi tekshirish. To'rtinchi amal.

Auskultatsiya. Homilador va tug'uvchi ayol qorniga akusherlik stetoskopi (46-rasm) bilan quloq solinadi. Akusherlik stetoskopining odatdagi stetoskopdan farqi shuki, voronkasi kengroq bo'lib, ayolning yalang'och qorniga tutiladi (47-rasm). Qoringa bevosita quloq solish ham mumkin, lekin bu usul uncha qulay bo'lmaganidek, aniq natija bermaydi.

Qoringa quloq solinganda homilaning yurak tonlari aniqlanadi. Bundan tashqari, ona organizmidan keluvchi har xil tovushlarni eshitish mumkin: 1) qorin aortasini urib turishi - ayol pulsiga mos keladi, 2) bachadonning yon devorlaridan o'tgan yirik qon tomirlaridagi guvillagan shovqinlar - ayol pulsiga mos keladi, 3) ichakning notekis shovqinlari - perestaltikasi.

Homilaning yurak tonlari homiladorlikning aniq belgisi bo'lib xizmat qiladi, yurak tonlarini eshitish maqsadida auskultatsiya o'tkaziladi. Yurak tonlarini eshitib, qorindagi homilaning vaziyatini ham aniqlash mumkin, bu esa tug'ruq vaqtida ayniqsa, muhim ahamiyatga egadir.

Homilaning yurak tonlari homiladorlikning ikkinchi yarmidan (ba'zan 18-19 haftadan) eshitila boshlaydi va har oy sayin yaqqolroq eshitiladi. Homilaning orqasi ona qornining qay tomoniga qaragan bo'lsa, homilaning yurak tonlari qorinning o'sha tomonida homila boshi yaqinidan yaxshiroq eshitiladi. Homila yuzi oldinda yotganda esa yurak urishi homilaning ko'krak qafasi tomonidan yaqqolroq eshitiladi. Homilaning ensasi oldinda yotgan bo'lsa, yurak urishi kindik pastidan (birinchi pozitsiyada chap tomondan, ikkinchi pozitsiyada o'ng tomondan) yaxshiroq eshitiladi.

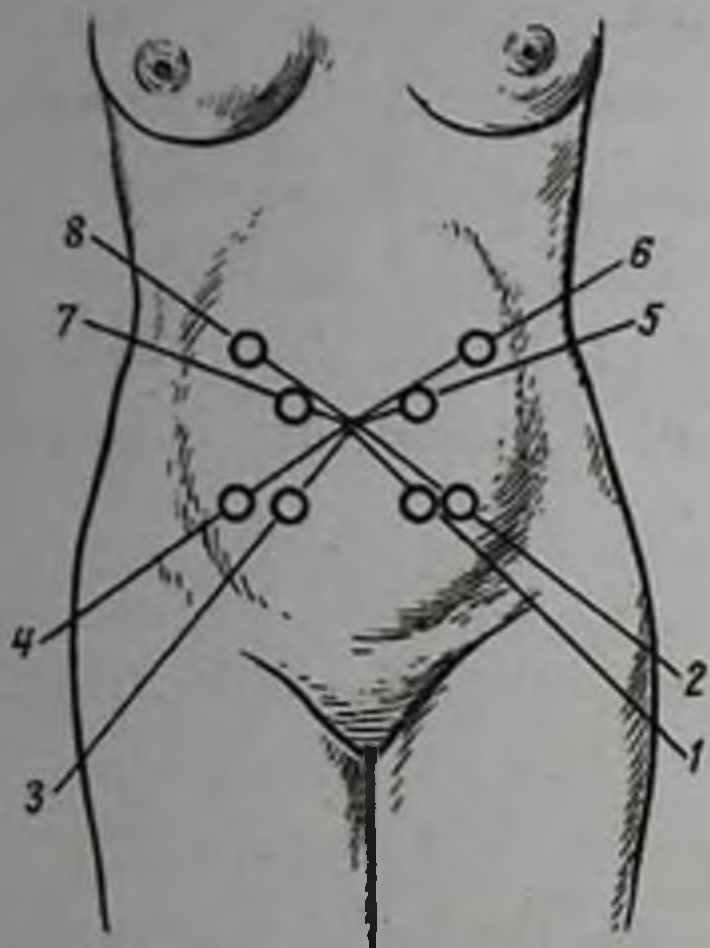


46-rasm. Akusherlik stetoskopi.



47-rasm. Homilaning yurak urishini eshitish.

Homilaning chanog'i oldinda yotganda orqasi qay tomonga qaragan bo'lsa, o'sha tomonda homilaning yurak urishi kindik yuqorisidan (homila boshi yaqinidan) birinchi pozitsiyada chap tomondan, ikkinchi pozitsiyada o'ng tomondan ravshanroq eshitiladi (48-rasm).



48-rasm. Homilaning turli holatlarda yurak urishining ravshanroq eshitiladigan joyi.

1-boshining oldinda yotishi birinchi vaziyat oldingi turida; 2-boshning oldinda yotishi birinchi vaziyat orqa turida; 3-boshning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat oldingi turida; 4-boshning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat orqa turida; 5-chanoqning oldinda yotishi birinchi vaziyat oldingi turida; 6-chanoqning oldinda yotishi birinchi vaziyat orqa turida; 7-chanoqning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat oldingi turida; 8-chanoqning oldinda yotishi ikkinchi vaziyat orqa turida.

Ko'ndalang vaziyatlarda yurak urishi kindik ro'parasida, homila boshi yaqinrog'idan eshitiladi. Bosh va chanoq oldinda yotishining oldingi turida yurak urishi qorinning o'rta chizig'i yaqinidan, orqa turida esa o'rta chiziqdan nariroqda, qorin yon tomonidan eshitiladi.

Tug'ruq vaqtida, homila boshi chanoq bo'shlig'iga tushganda va tug'ilayotganda yurak urishi simfiz yaqinidan, qorinning o'rta chizig'idan yaxshiroq eshitiladi. Homilaning yurak tonlari har daqiqada o'rta hisob bilan 130-140 marta takrorlanadigan bir tekisdagi qo'shaloq zarblar shaklida eshitiladi

Tug'uvchi ayolda dard va to'lg'oq tutayotgan paytda bachadon muskuli qon tomirlarini vaqtincha qisib qo'yganligi uchun homilaning yurak tonlari sekinlashadi, bu fiziologik hodisadir. Dard va to'lg'oq bir marta tutgandan keyin to ikkinchi marta tutguncha o'tadigan vaqtda (pauza) homilaning yuragi yana odatdagidek urib turadi.

Pauza vaqtida homila yuragining sekinroq (110-100 marta), shuningdek, tezroq (150 martadan ortiq) urishi homilaning bug'ilib qolish (asfiksiya) xavfi borligini ko'rsatadi.

Chanoqni teshirish. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida chanoq sinchiklab tekshiriladi (V bobga qaralsin).

Homiladorlikning kechki muddatlarida va tug'ruqda ichki (qin orqali) tekshirish. Qin orqali tekshirish ayolning tug'ruq yo'llariga patogen mikroblar kirib qolish ehtimoli jihatidan xavf tug'dirishi mumkin. Tekshirish vaqtida tug'ruq yo'llariga kirib qolgan patogen mikroblar chilla davrida og'ir kasalliklarga sabab bo'ladi. Shuning uchun qin orqali tekshirishda muayyan tartibga rioya qilish lozim.

1. Qin orqali tekshirishda aseptika va antiseptikaning barcha qoidalariga to'la-to'kis amal qilinadi; tekshirishdan oldin akusher qo'llarini va homilador (tug'uvchi) ayolning tashqi jinsiy a'zolarini yuqumsizlantiradi.

2. Homiladorlikning ikkinchi yarmida va oxirida faqat homiladorlikning keyingi oylarida birinchi marta maslahatxonaga kelgan ayollar qin orqali tekshiriladi, shuningdek, tug'ruq yo'llari (qin, bachadon bo'yni, chanoq suyaklarining ichki sathi) qay ahvolda ekanligini aniqlash va diagonal konyugatani o'lchash zarur bo'lganda ham qin orqali tekshirish o'tkaziladi. Homilaning oldinda yotgan qismini homiladorlik oxirida qin gumbazlari orqali aniqlasa bo'ladi. Shuning uchun homilaning holati va oldinda joylashgan qismini aniqlash maqsadida qin orqali ichki tekshirish usulini qo'llash mumkin. Modomiki shunday ekan, homilaning holati va oldinda yotgan qismini tashqi tekshirishda yetarlicha aniqlash imkoni bo'lmagan taqdirda qin orqali tekshirish mumkin.

3. Odatda, tug'uvchi ayollar tug'ruq majmuasiga kelganda va qog'onoq suvlari ketgandan keyin qin orqali tekshiriladi, keyinchalik bu tekshirish ko'rsatmalarga qarab o'tkaziladi. Bunday tartib tug'ruqning og'irlashuvini o'z vaqtida aniqlash va zarur yordam ko'rsatish imkonini beradi.

Qin orqali tekshirish quyidagicha o'tkaziladi.



49-rasm. Qin orqali tekshirishda homilador (tug'uvchi) ayolning holati.

Homilador (tug'uvchi) ayol chalqancha yotadi. Oyoqlari tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukilib, kerib qo'yiladi (49-rasm). Akusherning qo'llari va homilador ayolning tashqi jinsiy a'zolari yuqumsizlantiriladi. Katta-kichik jinsiy lablar chap qo'lning bosh barmog'i va ishora barmog'i bilan kerilib, jinsiy yoriq, qin og'zi, klitor, uretraning tashqi teshigi, oraliq ko'zdan kechiriladi. So'ngra o'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab suqiladi (bosh barmoq yuqoriga qarab turadi, nomsiz barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalgan bo'ladi) (50-rasm).

Tekshirishda quyidagi tartibga rioya qilinadi:

1. Qinning kengligi va devorlarining cho'ziluvchanligi, chandiqlar, o'smalar, to'siqlar va boshqa patologik holatlar bor-yo'qligi aniqlanadi.
2. Bachadon bo'ynini topib, shakli, kattaligi, konsistensiyasi aniqlanadi; tug'uvchi ayollarni tekshirganda bachadon bo'ynining qanchalik tekislanganligi («saqlangan», «kaltalangan», «tekislangan» bo'ladi), nechog'li yetilganligi («yetilgan», «yetilmagan») aniqlanadi.



50-rasm. Tug'uvchi ayolni qin orqali tekshirish.

3. Bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi (yumaloq yoki yoriqsimon shaklda ekanligi, yopiq yoki ochiqligi) tekshiriladi. Tug'uvchi ayollarda tashqi bo'g'iz chetlarining holati (yumshoqligi yoki zichlashganligi, qalinligi yoki yupqaligi) va nechog'li ochilganligi aniqlanadi. Bir yoki ikki barmoq uchi teshikka suqilib, uning 1, 2, 3, 4 barmoq enicha yoki butunlay ochilganligi aniqlanadi. Bir barmoq kengligi taxminan 1,5-2 sm hisoblanadi. Bachadon bo'yni 10-12 sm gacha ochilgan bo'lsa, u to'liq ochilgan hisoblanadi.

4. Tug'uvchi ayollarda homila pufagining holati (butunligi, shikastlanganligi, taranglik darajasi) aniqlanadi.

5. Homilaning oldinda yotgan qismi (boshi, dumbalari, oyoqlari) qaverda (kichik chanoq kirish qismi ustida, kichik chanoq og'zida

kichik yoki katta segmenti bilan, chanoq bo'shlig'ida, chanoq bo'shlig'ining chiqish tekisligida) ekanligi, oldinda yotgan qismining farqlash nuqtalari (boshidagi choklari va liqildoqlari, chanoq tomondagi dumg'azasi, orqa chiqaruv teshigi, jinsiy a'zolari va hokazo) aniqlanadi, shularning joylashuviga qarab tug'ruq mexanizmi haqida fikr yuritiladi.

6. Qin, bachadon bo'yni, tashqi teshigi, homila pufagi va oldinda yotgan qismi qanday holatda ekanligi haqida to'la tasavvur olgach, dumg'aza, simfiz va chanoq yon devorining ichki yuzasi paypaslab ko'riladi. Chanoq paypaslanganda suyaklarining deformatsiyasi (chiqirlar, dumg'azasining yassilanganligi, dumg'aza-dum bug'imining harakatsizligi va hokazo) chanoq sig'imi haqida fikr yuritiladi.

7. Tekshirish oxirida diagonal konyugata o'lchanadi.

Tug'ruq vaqtida Piskachek usuli homila boshining harakatlanib borishi to'g'risida bir qator tasavvur beradi. Ishora barmog'i bilan o'rta barmoqqa steril doka o'rab, ularning uchlari o'ng tomondagi katta jinsiy labning yon chekkasi bo'ylab joylashtiriladi va homila boshiga duch kelguncha ichkariga, qin nayiga parallel holda tazyiq ko'rsatiladi. Homila boshi chanoq bo'shlig'ida yoki undan chiqish teshigida turgan bo'lsa, unga barmoqlar yetib boradi. Homila boshi chanoq og'zida kichik segmenti bilan turgan bo'lsa, bu usul bilan tekshirishda barmoqlar homila boshiga yetib bormaydi.

Piskachek usulini tatbiq etganda barmoqlar qin ichiga kirib, qolmasligi uchun ehtiyot bo'lish kerak.

QO'SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

Rentgenologik tekshirish. Homilaning vaziyatini va qismlari joylashuvini (strukturasini), egizaklar bor-yo'qligini, chanoqning tuzilish xususiyatlarini va o'lchamlarini rentgenografiya usullari bilan aniqlash mumkin (51-rasm).

Ammo odatdagi tekshirish usullari (palpatsiya, auskultatsiya, qin orqali tekshirish va hokazo) aniq diagnoz uchun ishonchli ma'lumotlar bermagandagina rentgenografiya usuli qo'llaniladi. Hozirgi paytda homiladorlikda juda kam hollarda qo'llanishi mumkin.

Maxsus usullar. Tegishli ko'rsatmalar bo'lganda (asfiksiyaga gumon tug'ilganda va hokazo) homilaning yurak faoliyati elektrofiziologik usullar bilan tekshiriladi: elektrofonokardiografiya o'tkaziladi, ultratovush yordamida homila vaziyati aniqlanadi, ultra tovush apparati bilan yurak urishi eshitib ko'riladi, aminoskopiya, aminosentez usuli va boshqalar qo'llaniladi.

Aminoskopiya homilaning shikastlanmagan pardalari orqali ko'rinib turadigan qog'onoq suvlarini ko'zdan kechirish usulidir. Qog'onoq suvlari rangi va tiniqligini o'zgarishiga qarab (yashilroq, sariq, loyqa bo'lib qolganiga qarab) homilada gipoksiya, gemolitik kasallik va boshqa asoratlarni boshlanayotganligi haqida fikr qilinadi.



a



b

51-rasm. Homilani rentgenologik tekshirish.

a-boshining oldinda yotishi; b-dumbaning oldinda yotishi.

Aminosentez qog'onoq suvlaridan olib, tekshirib ko'rish uchun qog'onoq pardasini teshib tekshirishdir (gemolitik kasallikning og'ir formasi va boshqa asoratlarga gumon tug'ilganda).

Ultratovush apparati bilan tekshirish. Ultratovush apparatlari yordamida homilaning nafaqat yurak tonlarini, balki boshi va tanasining hamda ona chanog'ining barcha o'lchamlari, plasentaning yopishib turgan o'rni, qog'onoq suvining ko'pligi, homilaning egizakligi, jinsi va shunga o'xshash boshqa ko'plab ma'lumotlarni aniqlash mumkin.

HOMILADORLIK MUDDATI VA TUG'RUQ VAQTINI ANIQLASH

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashning katta ahamiyati bor chunki barcha ishchi va xizmatchi ayollarga homiladorlikning 30-haftasidan boshlab homiladorlik va tug'ruq munosabati bilan 126 kun (tug'ruqqacha 70 kun va tug'ruqdan keyin 56 kun) ta'til beriladi. Davlat muassasalarining ishchi va xizmatchilariga homiladorlik va tug'ruq munosabati bilan qancha ta'til berilsa, boshqa kasb egasi bo'lgan ayollarga ham o'shancha (tug'ruqqacha 70 kun va tug'ruqdan keyin 56 kun) ta'til beriladi. Tug'ruq normal o'tmaganda yoki ayol ikkita va undan ortiq bola tuqqanda tug'ruqdan keyingi ta'til muddati oshirilib, 70 kunga yetkaziladi.

Quyidagi holatlar patologik tug'ruqqa kiradi: a) bir yo'la ikkita va undan ortiq bola tug'ish; b) tug'ruq vaqtida yoki tug'ruqdan ilgari nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiya qayd qilinganligi; d) tug'ruq vaqtida kesar-kesish operatsiyasi qilinganligi va qorin devori boshqa usullar bilan kesib ochilganligi, qisqich solinganligi, homila oyog'idan ushlanib klassik va kombinatsiyalangan usulda burilganligi, homila chanoq tomondan ushlab tortib olinganligi, homilani burdalab olish operatsiyalari qilinganligi va yo'ldosh qo'l bilan ko'chirib olinganligi; e) tug'ruqda talaygina qon ketib ikkilamchi anemiya ro'y berganligi va unga boshqa kasalliklar qo'shilganligi; f) tug'ruq vaqtida bachadonning yorilganligi, bachadon bo'ynining chuqur yirtilganligi, oraliqning uchinchi darajada yirtilganligi, simfizning cho'zilgan yoki uzulganligi, tug'ruqdan keyingi kasalliklar 8 kundan ortiqroq isitma bilan davom etganligi (endometritlarning og'ir shakllari, chanoq qorin pardasi va kletchatkasining yallig'lanishi, venalarning yallig'lanishi, umumiy septik kasalliklar va hokazo); g) yurak va tomirlarning organik kasalliklari (endokardit va unda yurak klapanlarining anatomik zararlanishi, yurak muskullarining zararlanishi va barqaror gipertoniya), silning faol shakli, buyraklar va buyrak jomlarining kasalliklari, Bazedov kasalligi, diabet va homiladorlik oxirida yoki tug'ruqda zo'riqqan bezgak, jigar parenximasiga surunkasiga zarar yetkazib uning funksiyasini aytarli buzgan gepatit, chala tug'ish.

Ayollar homiladorligi aniqlangan paytdan e'tiboran tungi ishga, to'rt oydan boshlab esa ish soatlaridan tashqari ishga jalb qilinmaydi. Homilador ayol yengil ishga ko'chirilganda so'nggi 6 oydagi ish haqi hisobidan maoshi saqlanib qoladi.

Yuqorida ko'rsatilgan hamma imtiyozlardan foydalanish homiladorlikning to'g'ri o'tishiga, homilador ayol sog'ligining saqlanishiga va qornidagi bolasining qulay sharoitda yetilishiga yordam beradi. Homilador ayollarning yuqorida ko'rsatilgan hamma imtiyozlardan to'g'ri foydalanishi meditsina muassasalarida homiladorlik muddatining o'z vaqtida to'g'ri aniqlanishiga bog'liqdir.

Homiladorlik so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan hisoblanganda o'rta hisob bilan 280 kun, ya'ni 40 hafta yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi.

Homiladorlik 230-240 kun davom etganda ham yetuk bola tug'ilish hodisalari qayd etilgan. Homiladorlikning 280 kundan ortiq davom etgani ham ancha kuzatiladi (homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi kechikib tug'ish).

Homiladorlikning 310-320 kun va undan ortiq davom etganligi ham ma'lum. Homiladorlik muddatining yuqorida aytilgan o'zgarishlari homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashda qiyinchilik tug'diradi. Homiladorlik muddatini aniq bilish qiyinligiga yana bir sabab shuki, tuxum hujayra qay kuni urug'langanini, ya'ni ayolning qay kuni bo'yida bo'lganini aniqlash mumkin emas.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniq bilmoq uchun 1) ayollarni homiladorlikning dastlabki muddatlaridayoq hisobga olish va oyiga 1-2 marta tekshirib turish, 2) anamnez va homilador ayolni obyektiv tekshirish ma'lumotlarining jami yig'indisini hisobga olish kerak.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlamoq uchun anamnez ma'lumotlaridan so'nggi hayz ko'rish vaqti va homilaning birinchi qimirlagan vaqti haqidagi ma'lumotlar ahamiyatli.

So'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan homiladorlik muddati aniqlanadigan muddatgacha o'tgan vaqtni hisobga olib, bu muddat haqida fikr yuritsa bo'ladi.

Tug'ruq vaqtini hisoblab chiqmoq uchun so'nggi hayz ko'rishning birinchi kuniga 280 kun, ya'ni akusherlar hisobida 10 oy yoki kalendar hisobida 9 oy-u 7 kun qo'shiladi. Odatda, tug'ruq vaqti osonroq hisob

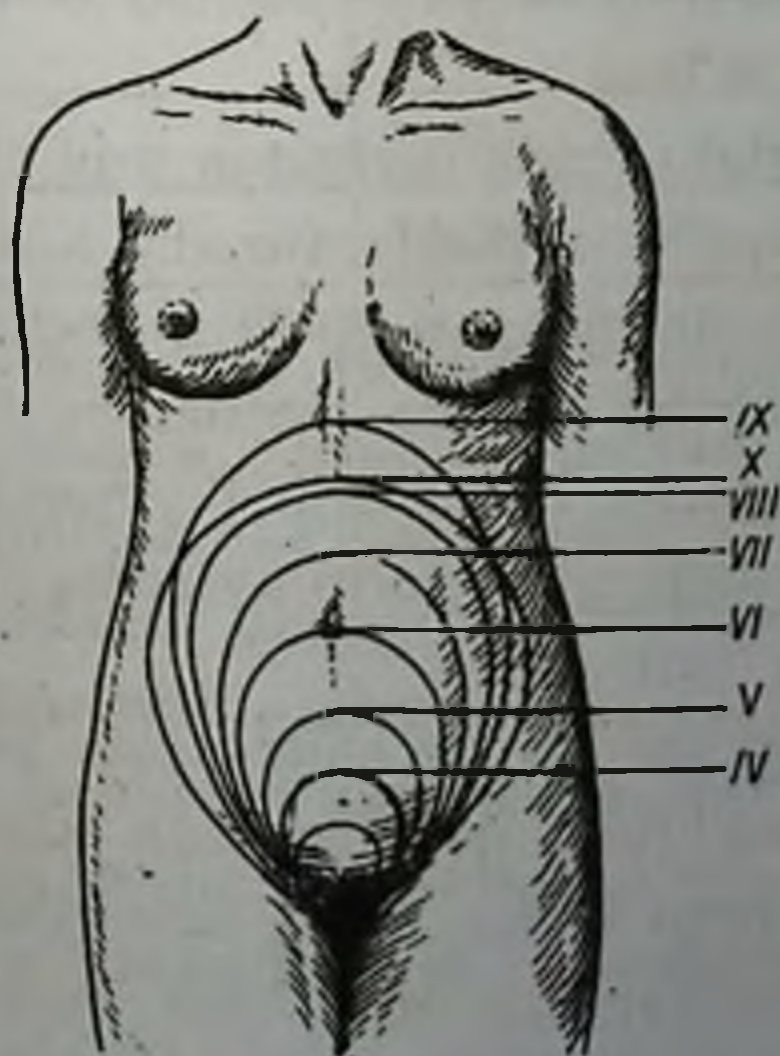
qilinadi: so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan kalendar hisobida 3 oy orqaga chegirib tashlanadi va 7 kun qo'shiladi. Masalan, so'nggi hayz ko'rish 2 oktyabrda boshlangan bo'lsa, 3 oyni (2/IX, 2/VIII, 2/VII) chegirib va 7 kun qo'shib, ayolning 9/VII da tug'ishi aniqlandi. So'nggi hayz ko'rish 20/V 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 qornidagi bolaning qimirlashini 20 haftadan, ya'ni homiladorlikning o'rtalaridan boshlab, takror homilador bo'lgan ayollar esa ikki haftacha ilgariroq, ya'ni 18-haftadan seza boshlaydi.

Homilaning birinchi marta qimirlagan vaqtiga birinchi marta homilador bo'lgan ayollar uchun akusherlar hisobida 5 oy va takror homilador bo'lgan ayollar uchun akusherlar hisobida 5,5 oy qo'shib, ayolning tug'adigan kuni taxminan aniqlanadi.

Homiladorlik muddati dastlabki oylarda bachadon kattaligini qin orqali tekshirib aniqlanadi. III oydan keyin bachadon tubining qay balandlikda turganligi bilinadi, keyinchalik qorin hajmi o'lchanadi va qorindagi homilaning o'lchamlari aniqlanadi.

Homiladorlikning turli muddatlarida bachadonning kattaligi va bachadon tubining qay balandlikda turishi. Akusherlar hisobidagi 1 oy (4 hafta) oxirida bachadon kattalashib, taxminan tovuq tuxumiday bo'ladi. Bu muddatda homiladorlik muddatini aniqlash deyarli mumkin bo'lmaydi.



52-rasm. Homiladorlikning turli oylarida bachadon tubining qay balandlikda turishi.

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 chaqaloqning boshiday bo'ladi.

IV oydan boshlab bachadon tubi qorin devorlari orqali paypaslab topiladi va bachadon tubining qay balandlikda turganiga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi (52-rasm). Ayni vaqtda shuni esda tutish kerakki, homilaning kattaligi, qog'onoq suvining ortiqchaligi, egizaklar taraqqiy etayotganligi, homilaning noto'g'ri yotishi va homiladorlik o'tishining boshqa xususiyatlari bachadon tubining qay balandlikda turishiga ta'sir etadi. Modomiki shunday ekan, homiladorlik muddatini aniqlashda bachadon tubining qay balandlikda ekanligi boshqa belgilar (so'nggi hayz ko'rish, homilaning birinchi marta qimirlashi va hokazo) yig'indisi bilan birga hisobga olinadi.

Akusherlar hisobidagi IV oy (26 hafta) oxirida bachadon tubi qov bilan kindik o'rtasida (simfizdan 4 barmoq enicha yuqorida) joylashgan bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi V oy (20 hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan ikki barmoq enicha pastda turadi; qorin devorining do'ppayganligi 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 80-85 sm 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 do'ppayib turadi. Qorin aylanasi 95-98 sm, homila boshi pastga tushib, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq

kirish qismiga taqaladi yoki chanoq kirish qismida kichik segmenti bilan turadi.

Homiladorlikning VIII va X oylarida bachadon tubi bir sathda tursa ham, qorin aylanasi (VIII oyda 80-85 sm, X oyda 95-98 sm), homila boshining vaziyati (VIII oyda kichik chanoq kirish qismidan yuqorida «liqillab» turadi, X oyda pastga tushadi, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq kirish qismiga kirib qimirlamay turadi), kindik holati (VIII oyda tekislanadi, X oyda do'ppayib turadi) farq qiladi.

X oy oxirida homilador ayollar qorni osilib ketganligini, nafas olishi osonlashganligini qayd qiladilar.

Homiladorlik muddatini aniqlash uchun bachadon tubining qovdan qancha balandda ekanligini bilish va qorin hajmini o'lchash bir qadar ahamiyatli.

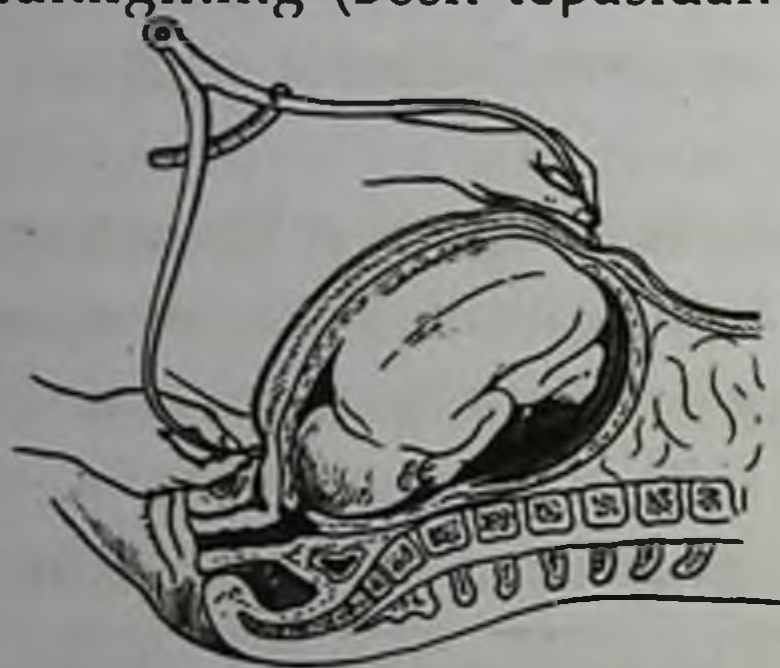
Bachadon tubining qovdan qancha balandda ekanligi santimetrli lenta yoki tazomsr bilan o'lchanadi. Ayol chalqancha yotib, oyoqlarini to'g'ri uzatadi, tekshirishdan oldin qovug'i bo'shatilgan bo'ladi. Simfizning yuqori chekkasi bilan bachadon tubi o'rtasidagi masofa o'lchanadi. Santimetrli lenta bilan o'lchaganda quyidagi ma'lumotlar olinadi.

Homiladorlik muddati	Bachadon tubining qovdan balandligi (sm)	Homiladorlik muddati	Bachadon tubining qovdan balandligi (sm)
IV oy	6-7	VIII oy	28-30
V	12-12	IX	32-34
VI	20-24	X	28-32
VII	24-28		

Bachadon tubining qovdan balandligi homiladorlikning bir xil muddatida o'lchanganda turli ayollarda 2-4 sm farq qilishi yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdi; shu sababli, homiladorlik muddatini aniqlashda bachadon tubining balandligi haqidagi ma'lumotlar nisbiy ahamiyatga egadir.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorin aylanasi santimetrli lenta bilan o'lchanadi, lenta oldingi tomondan kindik ro'parasiga, opqa tomondan esa bel sohasining o'rtasiga qo'yiladi.

Ona qornidagi homila uzunligini o'lchash homiladorlik muddatini aniqlash uchun qo'shimcha ma'lumotlar beradi. Qorindagi homilani aniq o'lchash qiyin, bunda olinadigan ma'lumotlar esa faqat taxminiy bo'ladi. Qorindagi homilaning uzunligi odatdagi tazomer bilan o'lchanadi. Ayol chalqancha yotadi, o'lchashdan oldin qovug'i bo'shatilgan bo'lishi kerak. Homilaning qismlari qorin devori orqali paypaslab topilgach, tazomerning bir tugmachasi homila boshining pastki qutbiga, ikkinchi tugmachasi bachadon tubining ko'pincha homila dumbasi turadigan joyiga o'rnatiladi (53-rasm). Homilaning pastki qutbidan chanoq tomondagi uchigacha bo'lgan masofa qorindagi homila uzunligining (bosh tepasidan tovongacha) naq yarmiga baravar.



53-rasm. Qorindagi homilaning uzunligi (bo'yi)ni o'lchash.

Shuning uchun homila boshining pastki qutbidan dumbagacha bo'lgan masofani o'lchab topilgan miqdor 2 ga ko'paytiriladi. Chiqqan son dan qorin devorining qalinligiga qarab 2-3 sm chegirib tashlanadi. Homilaning uzunligini shu tariqa aniqlab, topilgan son 5 ga bo'linadi, natijada homiladorlik muddati chiqadi (homiladorlikning ikkinchi yarmida homilaning uzunligi homiladorlik oyini 5 ga ko'paytirib olingan raqamga mos keladi). Masalan: homila boshining pastki qutbidan chanoq tomondagi uchigacha bo'lgan masofa 21 sm; bu son 2 ga ko'paytiriladi (42 sm), 2 sm chegirib tashlanadi, shunda homilaning uzunligi chiqadi (bu holda 40 sm). Ona qornidagi hayotning VIII oyi oxirida homilaning uzunligi shuncha bo'ladi ($40:5 = 8$). Hisoblash qulay bo'lishi uchun quyidagi formulalardan foydalaniladi:

$$X = \frac{(L \cdot 2) - 5}{5}$$

Skulskiy formulasi:

Bu formulada X-izlanayotgan homiladorlik muddati; L-bachadondagi homilaning uzunligi; 2-ikkilanish koeffitsiyenti; suratdagi 5-bachadon

va qorin devorining qalinligi, maxrajdagi 5-Gaazi formulasidagi indeks.

Masalan: Homilaning uzunligi 25 sm, u ona qornida ikki buklanib yotganligi uchun uni 2 ga ko'paytirsak $25 \cdot 2 = 50$ bo'ladi, undan 5 sm chegirib, 5 ga bo'linsa $50 : 5 = 10$ kelib chiqadi. Demak, homiladorlik muddati 9 oylik yoki 36 haftalik hisoblanadi.

Homiladorlik muddatini aniqlashda **Libov-Daniaxe** formulasidan ham foydalanish mumkin.

$$X = L + 4.$$

X-homiladorlik muddati; L-bachadon tubining balandligi; 4-esa Libov-Daniaxe koeffitsiyenti. Buning uchun santimetrli tasma bilan qovning yuqori qirrasidan bachadon tubiga qadar o'lchanadi. Masalan: bachadon tubining balandligi 28 sm bo'lsa, ($X = 28 + 4 = 32$), homiladorlik muddati 32 haftalik hisoblanadi.

Homila boshini o'lchash homiladorlikning keyingi muddatlarini aniqlash uchun yordamchi ma'lumotlar beradi. Ayol chalqancha yotadi; homila boshi sinchiklab paypaslanadi; tazomer tugmachalari homila boshining eng ko'p turtib chiqqan nuqtalariga qo'yiladi (odatda, ensa va peshona shunday nuqtalarga mos keladi). Homiladorlikning VIII oyi (32 hafta) oxirida homila boshining peshona-ensa o'lchami o'rta hisob bilan 9,5 sm, IX oy (35-36 hafta) oxirida esa 11 sm.

Jordaniya formulasi: $X = L + C$

Bu formulada X-izlanayotgan homiladorlik muddati; L-ona qornidagi homilaning uzunligi; S-peshona-ensa o'lchami. Masalan, homilaning uzunligi 25 sm, peshona-ensa o'lchami 11 sm bo'lsa, ($X = 25 + 11 = 36$) homiladorlik muddati 36 haftalik yoki 9 oylik hisoblanadi.

Tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini aniqlash. Ishchi-xizmatchi ayollarga tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini belgilashda homiladorlik muddatini aniqlash alohida ahamiyatga egadir.

Tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini aniqlashda anamnez va obyektiv tekshirishning hamma ma'lumotlari hisobga olinadi. So'nggi marta hayz ko'rish va homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti, shuningdek, homilador ayol avvallari akusherga ko'ringandagi tekshirish ma'lumotlari hisobga olinadi. Tug'ruqqacha beriladigan ta'til muddatini aniqlash uchun homilador ayolning hayz ko'rmay qo'ygandan keyin tez orada akusherga kelib-uchrashuvi va homiladorlikni barvaqt aniqlash muhim ahamiyatga egadir.

Turli ayollar homiladorlikning bir muddatida tekshirilganda har xil ma'lumot olinadi. Bu esa homilaning kattaligiga va vaziyatiga, qog'onoq suvining miqdoriga, homilaning oldinda yotgan qismi qay balandlikda ekanligiga bog'liq. Aksari ayollar homiladorligining 32-haftasida tekshirilganda bachadon tubi xanjarsimon o'siq bilan kindik oralig'ida yoki undan birmuncha yuqorida ekanligi aniqlanadi. Bachadon tubining qovdan balandligi santimetrlilenta bilan o'lchanganda 28-30 sm ekanligi aniqlanadi. Homila boshi birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoqda taqalib turadi, takror homilador bo'lgan ayollarda harakatchan bo'ladi; homila boshining peshona-ensa o'lchami o'rta hisob bilan 9,5-10 sm; qorin aylanasi 85-90 sm.

K.M.Figurnov va B.A.Libovlar tomonidan 32 haftalik homiladorlikni aniqlash uchun maxsus jadval ishlab chiqilgan. Homilador ayollarni bo'yi, konstitusion tipiga qarab III guruhga bo'lib, jadvalga solgan. Hozirgi paytda tug'ruqdan oldingi dekret ta'tili 30 haftalikdan berilishi sababli bu jadval quyidagicha ko'rinishga ega:

30 haftalik homiladorlik belgilari

Tipi	Qorin aylanasi (sm. da)	Homila boshining o'lchami (sm. da)	Homila boshining joylashuvi	Bachadon bo'yni-qin qismining holati	Bachadon tubining balandligi (sm da)
Birinchi (kichik-past bo'yli, infantil, astenik tipdagi ayollar) bo'yi 155 sm dan past	72-79 sm	8-8,5	Chanoq bo'shlig'ida	Kaltalashgan	21-23
Ikkinchi (o'rta bo'yli ayollar) bo'yi 155-165 sm	80-82 sm	9-9,5	Harakatchan	Kaltalashmagan	25-27

Uchinchi (baland bo'yli, gavdali, semizroq ayollar) bo'yi 165 sm dan baland	92-94 sm	10-10,5	Chanoq kirish tekisligidan balandda liqillab turadi	Kaltalash- magan	28-30
---	----------	---------	--	---------------------	-------

Homiladorlikning 36-haftasida bachadon tubi xanjarsimon o'siqqa qadar yetadi, qovdan 31-32 sm balandda turadi, qorin aylanasi 90-95 sm bo'ladi; homila boshi birinchi marta tug'ayotgan ayollarda chanoq kirish qismiga kirib turadi, takror homilador bo'lgan ayollarda esa harakatchan bo'lishi mumkin; homila boshining peshona-ensa o'lchami 11-11,5 sm.

Homiladorlikning 36-haftasida kindik tekislana boshlaydi. Homiladorlik muddatini aniqlamoq uchun qorindagi homilaning uzunligi o'lchanadi.

Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, bachadon tubi bosh tomonning oldinda yotishiga nisbatan 2-3 sm yuqoriroqda turadi.

ILGARIGI TUG'RUQ BELGILARI

Ayolning ilgari tuqqanligi o'zidan so'rab bilinadi. Obyektiv tekshirish ma'lumotlari asosida ham shu haqda fikr yuritish mumkin.

Qorindagi eski «homiladorlik chandiqlari», qizlik pardasining eski chuqur yirtilish izlari (*carunculae myrtiformes*), oraliqning ilgari yirtilgan joyidagi chandiqlar, qinning tug'magan xotinlardagiga nisbatan kengroq ekanligi, uning oldingi va orqa devoridagi ko'ndalang burmalarning bo'lmasligi bachadon bo'yni kanali tashqi teshigining shakli (ko'ndalang yoriqqa o'xshashi, ochiq turishi, chandiqlari va hokazo) ilgarigi homiladorlik va tug'ruqdan guvohlik beradi.

Qorindagi homilaning tirik va o'lik ekanini aniqlash

Akusherlik amaliyotida ba'zan qorindagi homilaning tirik ekanligini yoki qaysi bir patologik jarayon oqibatida nobud bo'lganligini aniqlashga to'g'ri keladi. Homiladorlikning birinchi yarmida hali aniq

belgilar bo'lmagani uchun homilaning tirikligi bachadonning o'sishini kuzatib aniqlanadi. Bachadon kattaligi homiladorlik muddatiga yarasha kattalashaversa, bu belgi homilaning tirik ekanligini va rivojlanayotganligini ko'rsatadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorindagi bolaning tirik yoki o'lik ekanligi haqidagi xulosa odatda, homilaning yurak tonlarini eshitishga va qorindagi bolaning qimirlashini aniqlashga asoslanib chiqariladi. Homilaning yurak tonlari eshitilmaganda yoki homilador ayol qornidagi bolaning qimirlayotganini sezmaganda ko'pincha homilaning tirik ekanligiga shubha tug'iladi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilar mavjud bo'lganda homila nobud bo'lgan deb xulosa chiqarishga shoshilish yaramaydi.

Qog'onoq suvi ko'p bo'lganda, homilaning noto'g'ri vaziyatlarida, orqa turida, qorin devorini yog' bosganda homilaning yurak tonlarini eshitish qiyinlashib qolishi mumkin.

Homilador ayolning qornidagi bolasi qimirlamayotganini aytishi hamisha homilaning nobud bo'lganini ko'rsatavermaydi.

Ilgari aniqlangan - yurak tonlari va homila qimirlashi to'xtaganda homila o'lganligini qayd qilsa bo'ladi. Lekin homilador ayolni takror tekshirgandan keyin qornidagi bolaning o'lgani haqida uzil-kesil xulosa chiqarish tavsiya etiladi. Qorindagi bola nobud bo'lgan holda, yuragi urmay va qimirlamay qolishdan tashqari, homilali bachadonning o'smay qolganligi ham qayd qilinadi. Keyinchalik qog'onoq suvi so'rilib ketishi tufayli bachadon hajmi kichrayadi. Homilador ayol qornida og'irlik sezadi, og'zi bemaza bo'ladi, tobi qochadi, eti uvishib turadi. Sut bezlari yumshab qoladi.

Qorindagi bolaning o'lganligini rentgenografiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Homila o'lgach skeletida ro'y bergan o'zgarishlar (kalla suyaklarining siljiganligi, choklarining ochilib qolganligi, umurtqa pog'onasining burchak hosil qilib bukilganligi va hokazo) rentgenografiyada aniqlanadi. Homilador ayol siydigida estriol (estrogen gormon fraksiyasi) keskin darajada kamayganligi, shuningdek, elektrofonokardiografiyada manfiy natijalar olinganligi (homila yuragida bioelektr potentsiallarining yo'qligi) homilaning nobud bo'lganligidan guvohlik beradi. Homilaning nobud bo'lganligi haqida ultratovush apparati bilan tekshirganda yanada aniq ma'lumot olish mumkin.

Homiladorlikning ultratovush diagnostikasi

Homiladorlik davrida uning muddatini, homilaning rivojlanish bosqichlari, qismlarning taraqqiyot, turli xil kasalliklari, taraqqiyot anomaliyalarini aniqlashning zamonaviy usullaridan biri ultratovush apparati yordamida tekshirish hisoblanadi.

UTT (UZI) homiladorlikning kechishini ishonchli baholash, homilaning jinsini aniqlash va homilaning fiziologik va patologik rivojlanishi diognostikasi bo'yicha hozirgi kunda eng muhim prenatal tekshirish usulidir. UTT homiladorlikning dastlabki 3 haftaligida o'tkazilishi mumkin. Bunda qin datchiklari bilan qin orqali tekshiriladi va homiladorlikni embrional davrida yurak urishini kuzatish mumkin.

Rejali UTT homiladorlik davrida 3 marotaba o'tkaziladi. Birinchi skrining 11-14 haftaligida ikkinchi skrining 18-21, uchinchi skrining 30-34 haftaligida o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir. Shifokor tavsiyasiga ko'ra, boshqa muddatlarda ham o'tkazilishi mumkin, ona va homila salomatligi uchun mutlaqo zararsizdir.

Homiladorlikning 11-14 haftasida homiladorlikning aniq muddatini, homila tanasi tuzilishini, harakat faolligini, o'lchamlarini, bosh aylanasi bo'yi, oyoq-qo'llari o'lchami, bosh miyaning simmetrik rivojlanishi, yurak urishi va sonini, xorion pardasi tuzilishi hamda joylashuvi, bachadon tuzilishi va tonusini aniqlanadi.

Homiladorlikning 18-21 haftasida homilaning barcha a'zolarining anatomiyasini va tug'ma anomaliyalar bor-yo'qligi, homila o'lchamlarining homiladorlik muddatiga mos kelishi, ona qornidagi homila rivojlanishdan orqada qolishi, platsentaning joylashuvi, qog'onoq suvining miqdori, ko'p va kam suvlilik, homilaning yetilganlik belgilari, bachadon bo'yni kengligi va boshqalar aniqlanadi.



54-rasm. Homilador ayolni UTT.

Homiladorlikning 30-34 haftasida homilaning bachadonda joylashuvi (bosh bilan, chanoq bilan, ko'ndalang yoki qiyshiq joylashuvi), oyoqlarning o'lchami, bosh aylanasi o'lchami, ichki a'zolarining tuzilishi, kindikning holati, bo'yni va tanasiga o'ralib qolishi, platsentaning joylashuvi, tuzilishi, yetilish darajasi, bachadon va tug'ruq yo'llari holati baholanadi. Shunday qilib UTT homiladorlik diagnostikasida eng muhim xavfsiz zamonaviy tekshirish usullaridan biri bo'lib, tug'ilajak bola to'g'risida kerakli ma'lumotlarni beradi, patologik holatlarni o'z vaqtida aniqlash imkoniyatini yaratadi.

Nazorat uchun savollar:

1. Homiladorlikning gumonli, ehtimolli va ishonchli belgilari.
2. Homiladorlik diagnostikasi uchun qo'llaniladigan biologik va immunologik reaksiyalari nimaga asoslangan.
3. Homiladorlik muddatini va tug'ruqqa qadar dekret ta'tilini aniqlash.
4. Tashqi akusherlik tekshirish usuli, Leopold-Lazarevichning 4 amali mohiyati.

Tayanch so'z va iboralar:

Sianoz	Homila vaziyati
Gorvis-Gegar belgisi	Homila pozitsiyasi
Snegirev belgisi	Homilaning oldinda yotgan qismi
Piskachek belgisi	Palpatsiya
Gonodotrop gormon	Auskultatsiya
Ashgeym Sondak reaksiyasi	Homilaning qimirlashi
Fridman reaksiyasi	Homilaning yurak urishi
Galli-Maynini reaksiyasi	Stetaskop
Gemaglutsinatsiya	Jordaniya formulasi
Skulskiy formulasi	Libov Daniaxia formulasi

Testlar

1. Homiladorlik diagnostikasi uchun qo'llaniladigan biologik reaksiyalar ayol qonida qaysi gormonning paydo bo'lishiga asoslangan?
 - a) estrogen gormoni

- b) progesteron
- c) prolaktin
- d) xorial gonodotropin
- e) oksitosin

2. Homiladorlikning ehtimolli belgilarini aniqlang.

- a) hayz ko'rishning to'xtashi
- b) bosh qorong'ulik, homilaning qimirlashi.
- c) hayz ko'rishning to'xtashi, bachadonning kattalashuvi, sut bezlarida og'iz suti ajralishi
- d) homila yuragining urishi, qin shilliq pardasining ko'karishi
- e) homila qismlarini paypaslash, yuragining urishi, qimirlashi

VIII BOB. TUG'RUQ. TUG'RUQDA HAMSHIRANING VAZIFALARI VA PARVARISHI

Tug'ruq fiziologik jarayon bo'lib, unda homila va yo'ldosh bachadon bo'shlig'idan tug'ruq yo'llari orqali haydab chiqiladi. Fiziologik tug'ruq akusherlar hisobida 10 oy (280 kun yoki 40 hafta) davom etgan homiladorlikdan keyin ro'y beradi, shu vaqtga kelib homila yetiladi va yorug' dunyoda yashashga to'la qodir bo'lib tug'iladi.

TUG'RUQNI KELITIRIB CHIQRUVCHI SABABLARI

Tug'ruqning boshlanish sabablarini tushuntirish uchun ko'pgina nazariyalar ilgari surilgan. Tug'ruqning boshlanish sababi – homiladorlik oxirida plasentaning qarishi, funksiyasining buzilishi va ona bilan homila o'rtasidagi aloqaning uzilishi, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning nihoyatda cho'zilishi, ona organizmida anafilaktik reaksiyalar tipida ta'sir etuvchi maxsus moddalar hosil bo'lishidan iborat deb tushuntirishga urinib ko'rishdi.

Tug'ruqning boshlanish sabablari murakkab bo'lib, hali yetarli aniqlangan emas. Ammo homiladorlik oxirida ayol organizmida ko'pgina o'zgarishlar ro'y berishi, shuning natijasida tug'ruq boshlanishi so'nggi vaqtda tekshirishlarda aniqlandi. Homiladorlik oxiriga kelib bosh miya po'stlog'ining qo'zg'atuvchanligi ancha pasayib, orqa miyaning qo'zg'aluvchanligi oshadi, bachadondagi asab tizimlari va muskullarining qo'zg'aluvchanligi kuchayadi. Homilador ayol organizmidan ham, tashqi muhitdan ham bo'ladigan har xil mexanik, kimyoviy va boshqa ta'sirotlarga bachadon tobora kuchliroq reaksiya ko'rsata boshlaydi. Homiladorlikning so'nggi oylarida homilaning o'sishi qog'onoq suvining to'planish jarayonidan tezroq boradi; homila qismlari bachadon devorlariga homiladorlikning dastlabki oylaridagiga nisbatan yaqinroq joylashadi. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushgach, bachadon pastki segmentining devorida va bachadon atrofidagi

(parametral) kletchatkada, bachadon bo'g'izidagi asab chigallariga ta'sir etadi. Homiladorlik oxirida ayol organizmida kimyoviy moddalar ko'proq ishlanib chiqadi. Bu moddalar bachadonning asab tizimlariga ta'sir etib, uning tonusini va qisqaruvchanligini oshiradi.

Homiladorlikning so'nggi oylarida, ayniqsa, tug'ruqqa yaqin estrogen gormonlarining miqdori progesteronga nisbatan ortiq bo'ladi, bular bachadonning tonusini va uni qisqartiradigan moddalarga sezuvchanligini oshiradi. Bachadonning qisqaruvchanligini susaytiradigan progesteron kamayadi.

Bachadon qo'zg'aluvchanligi oshgan bir sharoitda gipofizning orqa bo'lagidan chiqqan gormon - oksitosin ayniqsa, kuchli ta'sir etadi; homiladorlik oxiriga yaqin bu gormon ko'proq ishlanib chiqadi. Oksitosin bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan vosita sifatida yaxshi ma'lum.

Homiladorlik oxirida asetilxolin va biologik jihatdan aktiv boshqa moddalar ko'proq hosil bo'ladi. Bular bachadonning qisqaruvchanligini oksitosin kabi kuchaytiradi va saqlab turadi.

Qonda va bachadon muskullarida kalsiy ko'payganligi ham bachadonning harakat funksiyasini kuchaytiradi. Bachadonning qisqaruvchanligini susaytiradigan magniy tuzlari tug'ruqdan oldin kamayadi. Bundan tashqari, bachadon muskullarida uni qisqartiruvchi oqsil - aktomiozin, glikogen, fosfokreatinin, glyutation va boshqa moddalar to'planadi (A. I. Petchenko).

Shu tariqa, homiladorlik oxiriga kelib, bir tomondan, bachadon qo'zg'aluvchanligi oshadi, ikkinchi tomondan, bachadonning asab tizimlariga ta'sir etuvchi mexanik va kimyoviy ta'sirlovchi moddalar ko'payadi (homilaning qimirlashi, boshining pastga tushishi, pituitrin, asetilxolin va boshqa moddalarning ortiqroq chiqishi).

Prostaglandinlar, xininlar va boshqa biologik aktiv moddalar bachadonning qisqaruvchanlik faoliyatiga ta'sir qiladi.

Bachadon qo'zg'aluvchanligi va ta'sirlovchilar kuchi muayyan chegaraga yetgach, muntazam tug'ruq faoliyati boshlanadi.

Tug'ruq refleks yo'li bilan boshlanadigan va asab tizimi tomonidan idora etiladigan murakkab jarayondir. Bachadon har gal qisqarganda asab tizimlari ta'sirlanadi, ayni vaqtda asab oxirlaridan biologik aktiv

moddalar (asetilxolin, simpatin) ajralib chiqadi, bular esa bachadonning yangidan qisqarishiga yordam beradi. Tug'ruq oxirigacha shunday jarayonlar sodir bo'lib turadi.

TUG'RUQNING XABARCHILARI VA BOSHLANISHI

Tug'ruq xabarchilari deganda, tug'ruq yaqinlashganini bildiradigan bir qancha belgilar tushuniladi. Bu quyidagilardan iborat:

1. Homiladorlik oxirida (odatda, tug'ruqqa 1-2 hafta qolganda) bachadon tubi pastga tushadi, shu munosabat bilan diafragmaning qisilishi barham topadi, ayol nafas olishi oson bo'lib qolganini qayd qiladi va ayolning gavda tuzilishi o'zgaradi. Ayol qaddini tik tutib yurishi ko'zga tashlanadi..

2. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushadi; birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda homila boshi chanoq kirish qismiga zich taqalib turadi yoki hatto unga kichik segmenti bilan suqiladi.

3. Tug'ruq oldidan bachadon bo'yni «yetukligi» ning belgilari yaxshi bilinib turadi: bachadon bo'yni chanoq o'qi bo'ylab joylashgan, juda yumshagan, sal kalta tortgan bo'ladi, ilgari tuqqan ayollarda servikal kanaldan barmoq o'tadigan bo'lib qoladi.

Tug'ruq vaqtida yana kalta tortib, tekislanadi.

4. Tug'ruqdan oldin ko'pincha bachadon bo'yni bezlarining cho'ziluvchan shilimshiq sekreti qindan chiqadi.

5. Homiladorlik oxirida ko'p ayollar bachadon qisqarishlarini seza boshlaydilar, bu qisqarishlar tug'ruqdan oldin dumg'aza sohasidagi va qorinning pastki qismidagi tortuvchi og'riqlar tusini oladi.

6. Ayol vazni tez-tez tortib ko'rilsa, tug'ruqdan oldin bir qadar kamayganini aniqlasa bo'ladi, bu organizmdan ko'p suv chiqayotganiga bog'liq. Bachadonning nomuntazam qisqarishlari va bachadon bo'yni shilimshig'ining (shilimshiq probkasining) qindan chiqishi tug'ruqning eng dastlabki xabarchilari hisoblanadi.

Bachadon muskullarining muntazam qisqarishlari (dard tutishi) tug'ruq boshlanganligini bildiradi. Tug'ruq boshlanganda har 10-15 daqiqada dard tutib turadi, keyinchalik esa tobora tez-tez va qattiq dard tutadi. Tug'ruq faoliyati boshlanganini bildiruvchi ikkinchi belgi – bachadon

bo'ynining sekin-asta tekislanishidir. Ayolni dard tuta boshlaganidan tortib to tug'ruq tamom bo'lguncha tug'uvchi ayol deb aytiladi.

TUG'RUQNING HAYDOVCHI KUCHLARI (DARD VA TO'LG'OQ TUTISHI)

Tug'ruqning haydovchi kuchlariga: 1) bachadon muskullarining muntazam takrorlanuvchi qisqarishlari – dard tutishi, 2) dard tutishiga qo'shiladigan qorin pressining ritm bilan qisqarishi (to'lg'oq) kiradi.

Dard tutishi. Bachadonning qisqarishlari (dard tutishi) tug'ruqning asosiy haydovchi kuchi hisoblanadi. Dard tutishi tufayli bachadon bo'yni ochiladi (bachadon bo'ynini ochuvchi dard tutishi), shu tariqa, homila va yo'ldoshning bachadon bo'shlig'idan itarilib chiqishiga yo'l ochiladi. Dard tutishi natijasida homila bachadondan haydalib chiqadi (haydovchi dard).

Bachadon bo'yni ochilgach, dard tutishiga to'lg'oq tutishi ham qo'shiladi. Homilaning haydalib chiqish jarayoni tug'ruqning ikkala kuchi (dard va to'lg'oq) bir vaqtda ta'sir etganligi natijasidir. Dard tutganda plasenta bachadon devorlaridan ko'chib haydalib tushadi (yo'ldoshni tushiruvchi dard tutishi). Nihoyat, tug'ruqdan keyin bir necha vaqtgacha bachadon ritm bilan qisqarib turadi (chillada dard tutishi).

Dard ixtiyordan tashqari tutadi tug'uvchi ayol dard tutishini o'z istagi bilan boshqara olmaydi. Dard vaqt-bavaqt, ma'lum daqiqalardan keyin tutadi; dard tutishlar o'rtasida o'tadigan vaqt pauza deb ataladi. Bachadon qisqarishi odatda, og'riqli bo'ladi, lekin turli ayollar bu og'riqni turli darajada sezadi.

Bachadon qisqarishi uning tubi va nay burchaklari sohasidan boshlanadi-da, tez orada bachadon tanasining pastki segmentgacha hamma muskullariga yoyiladi. Bachadonning pastki segmentida silliq muskul tolalari kamroq shuning uchun tug'ruq vaqtida pastki segment cho'ziladi va yupqa tortadi.

Har bir dard tutishi muayyan tartib bilan avj oladi; bachadon qisqarishi sekin-asta kuchayib, eng yuqori darajasiga yetadi; so'ngra muskullar bo'shashadi, pauza boshlanadi. Bachadonning zichlashuvi, qotishi so'ngra sekin-asta bo'shashuvi qo'l bilan tekshirilganda osongina payqaladi.

Tug'ruq boshlanganda har bir dard tutishi 10-15 sekund davom etadi tug'ruq oxiriga yaqinlashib esa o'rta hisob bilan 1 daqiqaga cho'ziladi. Tug'ruq boshlarida dard tutishlar o'rtasidagi pauzalar 20-15-10 daqiqa davom etib, keyin qisqaradi, homilaning tug'ilish davriga yaqin har 2-3 daqiqada va hatto undan ham tezroq dard tutib turadi.

To'lg'oq. Tug'ruqning haydovchi kuchlaridan ikkinchisi - to'lg'oq - qorin pressi va diafragma ko'ndalang-targ'il muskullarining qisqarishidan iborat. Bachadon bo'yni, parametral kletchatka va chanoq tubining muskullaridagi asab tizimlariga homilaning oldinda yotgan qismi ta'sir etishi natijasida refleks yo'l bilan to'lg'oq tutadi.

To'lg'oq ixtiyordan tashqari tutadi, ammo tug'uvchi ayol to'lg'oqni ma'lum darajada boshqara oladi. Tug'uvchi ayol to'lg'oqni akusherning ko'rsatmasi bilan kuchaytiradi yoki kamaytiradi.

To'lg'oq vaqtida qorin ichidagi bosim ko'tariladi. Ayni vaqtda bachadon ichidagi bosimning ko'tarilishi (dard tutishi) va qorin ichidagi bosimning ko'tarilishi (to'lg'oq) shunga olib keladiki, bachadon ichidagi homila va yo'ldosh qarshilik kam tomonga, ya'ni kichik chanoq tomonga intiladi.

TUG'RUQ DAVRLARI

Tug'ruq uch davrga bo'linadi: birinchisi - bachadon bo'ynining ochilish davri, ikkinchisi - homilaning tug'ilish davri, uchinchisi - yo'ldosh tushish davri.

Bachadon bo'ynining ochilish davri dastlabki muntazam dard tutishidan boshlanib, natijada bachadon bo'ynining tashqi teshigi to'la ochilishi bilan yakunlanadi.

Homilaning tug'ilish davri bachadon bo'yni tashqi teshigining to'la ochilgan paytdan boshlanib (to'lg'oq tutganidan) homila tug'ilishi bilan tugaydi.

Yo'ldosh tushish davri esa bola tug'ilgan paytdan boshlanib, yo'ldosh tushishi bilan tugaydi.

BACHADON BO'YNINING OCHILISH DAVRI

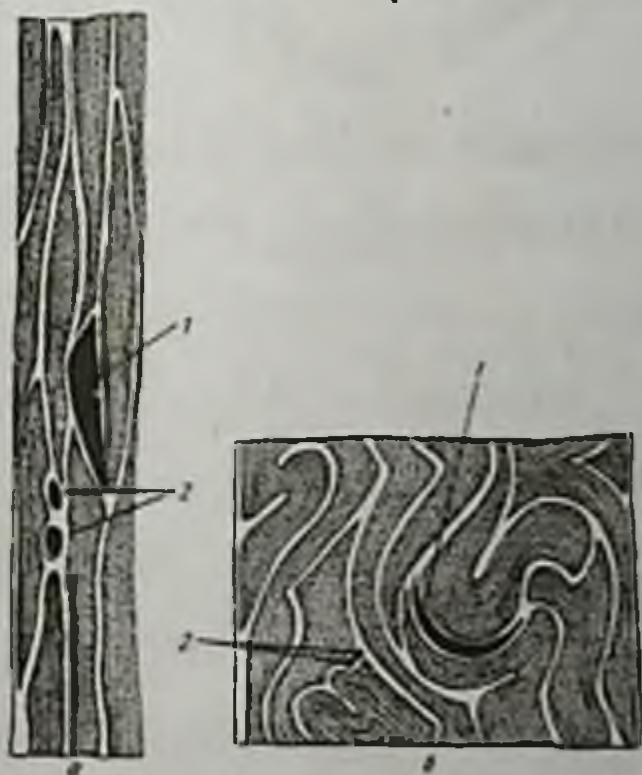
Tug'ruqning birinchi davrida bachadon bo'yni sekin-asta tekislanadi va bo'yin kanalining tashqi teshigi bachadon bo'shlig'idan homila

chiqib ketishi uchun yetarli darajagacha ochiladi. Dard tutishi tufayli bachadon bo'yni tekislanib, tashqi teshigi ochiladi. Dard tutgan vaqtda bachadon tanasining muskullarida quyidagi jarayonlar ro'y beradi:

- a) muskul tolalari qisqaradi bu jarayon - **kontraksiya** deyiladi;
- b) qisqarayotgan muskul tolalari joyidan siljiydi, ularning o'zaro joylashuvi o'zgaradi, bir-biri bilan chalkashib, qisqarishni kuchaytiradi - **retraksiya** deyiladi (55-rasm).

Dard tutguncha uzunlik bo'yicha ketma-ket yotgan muskul tolalari dard tutgach kaltalanadi, qo'shni tolalar qavatiga siljib kiradi, bir-biriga yonma-yon yotadi.

Bir dard tutishi bilan ikkinchi marta dard tutguncha o'tadigan davr(pauza)da muskul tolalarining siljiganligi saqlanib turadi. Navbatdagi dard tutishi (bachadon muskullarining qisqarishi) vaqtida muskul tolalarining retraksiyasi kuchayadi, shunga ko'ra bachadon devorlari tobora qalin tortadi.



55-rasm. Muskul tolalarining retraksiyasi.
a-homilali bachadonda muskul tolalarining
joylashuvi; b-retraksiyada muskul tolalarining
joylashuvi;
1-vena; 2-arteriyalar.

Bundan tashqari, retraksiya tufayli bachadonning pastki segmenti cho'ziladi, bachadon bo'yni tekislanadi va bo'yin kanalining tashqi teshigi ochiladi. Buning sababi shuki, bachadon tanasining qisqarayotgan bo'ylama muskul tolalari bachadon bo'ynining doiraviy (sirkulyar) muskullarini chetga va yuqoriga tortadi, ayni vaqtda bachadon bo'ynining kanali dard tutishi sayin kengayaveradi - bu holat **distraksiya** deb ataladi.

Qog'onoq suvlarining bachadon bo'yni kanali tomonga siljishi ham bachadon bo'ynining ochilishiga yordam beradi. Har bir dard-tutishida bachadon muskullari homila tuxumiga, asosan qog'onoq suvlariga tazyiq ko'rsatadi. Bachadon tubi va devorlarining bir tekis qisishi

(tazyiq ko'rsatishi) tufayli bachadon ichi bosimi oshadi va qog'onoq suvlari bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga, ya'ni qarshilik yo'q tomonga intiladi (56-rasm). Qog'onoq suvlarining tazyiqi ostida qog'onoq pardasining pastki qutbi bachadon devorlaridan ko'chib, bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga ponasimon shaklda kiradi. Homila tuxumi pastki qutbi pardalarining shu qismi qog'onoq suyuqlig'i bilan birga bachadon bo'yni kanaliga kiradi va homila pufagi deb ataladi.



56-rasm. Bachadonning qisqarishlari ta'sirida qog'onoq suvlari ichki teshik tomonga intiladi, homila pufagi teshikka suqilib turadi.

Dard tutgan vaqtda homila pufagi taranglanib va bachadon bo'yni kanaliga tobora chuqur kirib, bu kanalni ichkaridan kengaytira boradi.

Shunday qilib, bachadon bo'ynining teshigi: a) bachadon tanasidagi bo'ylama muskullar qisqarishi munosabati bilan bachadon bo'yni doiraviy muskullarining cho'zilishi (distraksiya) hisobiga, b) taranglangan homila pufagining bo'yin kanaliga kirib, unga gidravlik pona kabi ta'sir etishi bilan shu kanalni kengaytirishi hisobiga bachadon bo'yni ochiladi. Bachadon bo'ynining ochilishiga sabab bo'ladigan asosiy omil – bachadonning qisqarishi (dard tutishi)dir; dard tutishi tufayli bachadon bo'ynining distraksiyasi ham ro'y beradi, bachadon ichidagi bosim ham ko'tariladi, natijada homila pufagi taranglanib, bachadon bo'ynining teshigiga kiradi.

Bo'ylama muskullar retraksiyasi va kaltalanishi tufayli bachadon yuqoriga intilib, homila pufagidan go'yo surilib ketadi. Ammo bachadonning boylam apparati bu a'zoning surilib ketishini cheklaydi. Yumaloq boylamlar, dumg'aza-bachadon boylamlari va qisman serbar boylamlar qisqarayotgan bachadonni yuqoriga behad surilib ketishdan saqlaydi. Yumaloq boylamlar taranglanganligini tug'ayotgan ayolning qorin devori orqali paypaslab bilsa bo'ladi. Boylamlar yuqorida

aytilgandek ta'sir etgani uchun bachadonning qisqarish kuchi homila tuxumining pastga siljib borishiga sarf bo'ladi.

Bachadon retraksiyasida bachadonning bo'ynigina emas, pastki segmenti ham cho'ziladi. Bachadonning bo'g'zidan va bachadon tanasining eng pastki bo'limidan iborat bo'lgan pastki segment birmuncha yupqa devori, undagi muskul elementlari bachadonning yuqori segmentidagiga nisbatan kamroq. Pastki segmentning cho'zilishi homiladorlik vaqtidayoq boshlanadi va tug'ruq vaqtida yuqori segment muskullari (kavak muskul) retraksiyasi tufayli kuchayadi.

Dard tutishi avjiga chiqqach, qisqaruvchi kavak muskul (yuqori segment) bilan bachadonning cho'zilayotgan pastki segmenti o'rtasidagi chegara sezila boshlaydi. Bu chegara kontraksion (yoki chegara) halqa deb ataladi.



57-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonning bo'yni tug'ruq boshlanishidan oldin.

1-ichki teshik yopiq; 2-bachadon bo'ynining kanali; 3-tashqi teshik yopiq.



58-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davrida; bachadon bo'yni tekislanmoqda.

1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik yopiq.

Odatda, kontraksion halqa qog'onoq suvlari ketgandan keyin vujudga kelib, ko'ndalangiga yotgan egatga o'xshab turadi, uni qorin devori orqali paypaslab bilish mumkin. Birinchi marta tug'ayotgan va takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tekislanishi va bo'yin kanalining ochilishi bir xilda bo'lmaydi.

Birinchi marta tug'ayottan ayollarda bachadon bo'yni ichki teshigi oldin ochiladi; so'ngra bachadon bo'ynining kanali sekin-asta kengayib, pastga tomon torayuvchi voronka shaklini oladi (57 va 58-rasmlar). Bachadon bo'ynining kanali kengaygan sayin bachadon bo'yni kaltalanadi va nihoyat, butunlay tekislanadi (yoziladi), faqat tashqi teshik yopiq turaveradi. Keyinchalik tashqi teshik cho'zilib, chetlari yupqa tortadi, teshik ochila boshlaydi (59 va 60-rasmlar).

Takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi homiladorlik oxiridayoq ozroq ochiq turadi (61-rasm), undan barmoq uchi bemalol o'tadi. Bachadon bo'ynining ochilish davrida ichki teshikning ochilishi va bachadon bo'ynining tekislanishi bilan deyarli bir vaqtda tashqi teshik ham ochiladi (62-63-rasmlar).

Tashqi teshik sekin-asta ochiladi. Dastlab teshik bir barmoq uchini o'tkazadi, keyin ochiq teshikdan ikkita va undan ortiq barmoq o'tadi. Teshik ochilgan sayin chetlari tobora yupqa tortadi, ochilish davrining oxiriga yaqin teshik chetlari kambar yupqa jiyak shakliga kiradi. Teshik taxminan 10-12 sm kengaygach, to'la ochilgan deb hisoblanadi. Teshik shuncha ochilganda yetuk homilaning boshini va tanasini o'tkazadi.

Har bir dard tutgan vaqtda qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga intiladi, homila pufagi taranglanib (to'lishib), teshikka suqilib kiradi. Dard tutib bo'lganda qog'onoq suvi qisman yuqoriga siljiydi, homila pufagining tarangligi ozroq kamayadi. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zida qimirlab turadigan bo'lguncha qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga va teskariga bemalol siljib turadi. Homila boshi pastga tushgach, hamma tomondan bachadonning pastki segmentiga tegib turadi va bachadon devorining shu qismini chanoq og'ziga qisib ushlaydi. Homila boshining pastki segmenti devorlari bilan o'ralgan joyi **tegish** (taqalish) **belbog'i** deb ataladi. Bu belbog' qog'onoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi (64-rasm). Homila pufagidagi qog'onoq suvining tegish belbog'idan pastda yotgan qismi **oldingi suv** deb ataladi. Qog'onoq suvining tegish belbog'idan yuqorida yotgan ko'proq qismini **orqa suv** deyishadi.

Dard tutishi kuchaygan sayin oldingi suv bilan homila pufagi tobora ko'p to'lishadi va ochilish davrining oxiriga yaqinlashganda dard tutmay turgan davrda ham homila pufagining tarangligi susaymaydi, homila pufagi yorilay deb turadi.

Normal sharoitda homila pufagi bachadon bo'ynining tashqi teshigi to'la yoki deyarli to'la ochilgach, dard tutayotgan vaqtda yoriladi (qog'onoq suvining o'z vaqtida ketishi). Homila pufagi yorilgach, oldingi suv ketadi. Orqa suv, odatda, bola tug'ilgandan keyin oqib chiqadi.



59-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davrida; bachadon bo'yni tekislangan.

1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik (akusherlik teshigi) bir barmoq sig'arli ochilgan.



60-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni tekislangan, tashqi teshigi to'la ochilgan.

1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik cheti (kambar jiyak shaklida).



61-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni-ochilish davri boshlangan.

1-ichki teshik; 2-tashqi teshik; bo'yin kanali bir barmoq sig'arli ochilgan.



62-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni. Bachadon bo'yni yuqori yarmining tekislanishi va ayni vaqtda tashqi teshikning ochilishi.

1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik (ichki teshik bilan bir vaqtda ochilmoqda).



63-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadoni; bo'yni tekislangan, tashqi teshik to'la ochilgan.

Teshik cheti kambar milk shaklida. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik.



64-rasm. Tashqi teshikning to'la ochilishi. Homila boshi chanoq og'zida.

1-tegish belbog'i; 2-oldingi suv; 3-orqa suv.



65-rasm. Homila boshining suqilib kirishi va yorib chiqishi.
a-boshning suqilib kirishi; b-boshning yorib chiqishi.

Homila pufagi ba'zan tashqi teshik to'la ochilmasdan turib yorilsa qog'onoq suvi barvaqt (erta) ketdi deyishadi, tug'ruq boshlanmasdan turib suv ketishi muddatidan oldin suv ketishi deb ataladi. Qog'onoq suvlarining barvaqt va muddatidan oldin ketishi tug'ruqning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Pardalar haddan tashqari zich bo'lsa homila pufagi tashqi teshiga to'la ochilgandan keyin kech yoriladi (homila pufagining kech yorilishi), ba'zan homilaning tug'ilish davrigacha saqlanib turadi va oldinda yotgan qismning oldida jinsiy yoriqdan do'ppayib ko'rinib turadi, bunday hollarda barmoq bilan yoki asbob (Koxer qisqichi) bilan homila pufagi yirtiladi.

HOMILANING TUG'ILISH DAVRI

Tashqi teshik to'la ochilgach, homila bachadon bo'shlig'idan ilgarilama harakatlana boshlaydi. Qog'onoq suvi ketgach, dard tutishi bosiladi, 15-20 daqiqa o'tgach, bachadon muskullari kichraygan hajmga moslashib, yana dard tuta boshlaydi. Suv ketgach, bachadon devorlari qalin tortadi. Bachadon muskullarining qisqarish kuchi oshadi. Homilaning pastga tushayotgan boshi asab chigallarini homila pufagidan ko'ra ko'proq bosadi. Shu sababli, bachadonning qisqarishlar kuchi va muddati oshib, dard tutishlar orasidagi davr (pauza) tobora kaltalanadi. Dard tutayotgan vaqtda bachadon juda ham taranglanib, zichlashib, qorin devorini do'ppaytiradi ("bachadon tikka turadi").

Bachadonning qisqarishlariga tez orada to'lg'oq ham qo'shiladi. To'lg'oq refleks yo'li bilan kelib chiqadi. Tug'uvchi ayol nafasini to'xtatib turadi, qo'l-oyoqlarini tug'ruq karavotiga tiraydi va qorin muskullarini taranglab, qattiq kuchanadi.



66-rasm. Homila boshining tug'ilishi.
a-chiqqan bosh yuzi orqaga qaragan; b-bosh yuzi bilan ona soniga qaraydigan bo'lib burilgan.

Homilaning tug'ilish davrida ayolning hamma a'zolariga zo'r keladi, yurak-tomir tizimi zo'r berib ishlaydi, modda almashinuvi kuchayadi.

To'lg'oq tutgan vaqtda tug'uvchi ayolning yuzi o'zgarib, yuzi va lablari ko'karadi, ter bosadi, bo'yin venalari taranglanadi, oyoqlari tortishadi. Charchagan ayol yangidan to'lg'oq tutguncha dam olib turadi.

Dard tutish va to'lg'oq ta'sirida homila boshi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq bo'shlig'idan o'tib, chiqish teshigiga yaqinlashadi. Homila boshi chanoq tubiga yetib, tobora ko'proq tazyiq ko'rsata boshlagach, to'lg'oqni qaytarib bo'lmaydi, to'lg'oq juda ham qattiq va tez-tez tutadi; to'lg'oqlar o'rtasidagi davr (pauza) qisqarib, 2-3 daqiqaga qisqaradi.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigiga yaqinlashgach, oraliq bo'rta boshlaydi, oraliq avvaliga faqat to'lg'oq vaqtida do'ppaygan bo'lsa keyin pauzalarda ham do'ppayaveradi. Oraliq do'ppaygan vaqtda orqa chiqaruv teshigi kengayib va ochilib turadi. Tug'ruqdan oldin to'g'ri ichak tozalanmagan bo'lsa, to'lg'oq vaqtida beixtiyor axlat chiqadi. Shuning uchun tug'ruqqa kelgan har bir ayolning ichaklari tozalovchi huqna yordamida tozalanadi.



67-rasm. Homila yelkalarining chiqishi.
 a-oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi; b-orqadagi yelkasi
 oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

Homila boshining keyingi ilgarilanma harakatlarida jinsiy yoriq ochila boshlaydi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining kichkina bir qismi ochilayotgan jinsiy yoriqdan ko'rinib turadi. To'lg'oq tutib bo'lgach, homila boshining ilgarilanma harakati to'xtaydi, homila boshi ko'zdan yo'qolib, jinsiy yoriq yumilib qoladi. Navbatdagi to'lg'oq tutganda homila boshining kattaroq bir qismi do'ppayib turadi, lekin pauzada (to'lg'oqlar orasidagi davrda) homila boshi yana ko'zdan yo'qoladi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining jinsiy yoriqdan ko'rinishi homila boshining suqilib kirishi deb ataladi (67-rasm, a). Yana to'lg'oq tutavergach homilaning suqilib kirayotgan boshi tobora ko'proq oldinga turtib chiqadi, endi u to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmaydi, jinsiy yoriq yumilmay, baralla ochiq turadi. Homila boshi ancha oldinga surilib, to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmasa, homila boshi yorib chiqdi deb aytishadi (67-rasm, b).

Homilaning dastlab ensa qismi yorib chiqadi, keyinchalik tepa do'mboqlari jinsiy yoriqdan ko'rinadi; shu payt oraliqning taranglanishi nihoyasiga yetadi. Ensa va tepa do'mboqlar yorib chiqqach, qattiq to'lg'oq vaqtida homilaning peshonasi va yuzi ham tug'ruq yo'llaridan chiqadi. Homila boshi tashqariga chiqqach, to'lg'oq qisqa vaqt to'xtaydi.

Homilaning tug'ilgan boshi yuzi bilan orqaga qaragan bo'ladi. Yuzi ko'karadi, og'iz-burnidan shilimshiq keladi. Homila boshi tug'ilgach, yangidan boshlangan to'lg'oqda homila tanasi buriladi, natijada homilaning bir yelkasi simfizga, ikkinchi yelkasi dumg'azaga qarab turadi.

Homila tanasining burilishi tufayli tug'ilgan boshi yuzini onasining o'ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buradi. Homila yuzi birinchi pozitsiyada onaning o'ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi.

Homilaning yelkaları tug'ruq yo'llaridan quyidagicha chiqadi: oldinga yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi, so'ngra butun yelka kamari tashqariga chiqadi. Homilaning boshi va yelka kamari chiqqach, tanasi va oyoqlari bemalol chiqadi. ozroq loyqa orqa suvlar oqib ketadi, ularda homilaning pishloqsimon moy zarralari bor. Ba'zan tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ozgina chaqalanishi sababli opqa suvlarga qon aralashgan bo'ladi.

Yorug' dunyoga chiqqan bola nafas ola boshlaydi, baralla chinqiradi, oyoqlarini aktiv qimirlatadi, terisi qizaradi.

Ona qattiq charchaganligini his qiladi, orom oladi, tez-tez urayotgan tomiri asliga keladi (pulsi baravarlashadi). Tug'uvchi ayol ko'zi yorigandan keyin ko'pincha qaltiraydi. Buning sababi shuki, qattiq to'lg'oq tutgan vaqtda ayol ko'p haroratini yo'qotadi.

Tug'ruq biomexanizmi. Homila tug'iladigan davrda tug'ruq yo'llarining yumshoq qismlari va kichik chanoqdan o'tadi.



68-rasm. Homila tug'iladigan davrda tug'ruq kanalining shakli (sxematik).

Homila chanoq o'qi (ya'ni chanoqning hamma to'g'ri o'lchamlari markazlarini birlashtiruvchi egilgan chiziq) bo'ylab ilgarilanma harakat qiladi. Chanoq o'qi dumg'aza oldingi yuzasining botiqligiga yarasha egiladi, chanoqdan chiqish teshigida oldinga, simfiz tomonga yo'l oladi (68-rasm).

Chanoq devorlari bab-baravar emas: simfiz dumg'azadan ancha kalta. Kichik chanoqning turli tekisliklardagi shakli har xil: chanoq

og'zi ko'ndalangiga cho'zilgan, chanoq bo'shlig'i yumaloq, chanoqdan chiqish teshigi oldindan orqaga qarab cho'zilgan oval shaklida. Homila boshining turli tekisliklardagi o'lchamlari ham bir xil emas.

Chanoq va homila boshining shaklidagi hozir aytilgan xususiyatlarga yarasha homila boshi tug'ruq yo'llarida burilmasdan to'ppa-to'g'ri chiziq bo'ylab o'tolmaydi. Homila, ayniqsa, boshi chanoq o'qi bo'ylab ilgarilanma harakat qilish bilan bir vaqtda bir qancha harakatlarni bajaradi. Homila boshi ilgarilanma harakatlarga qo'shimcha ravishda bo'ylama o'q tevaragida buriladi va ko'ndalang o'q tevaragida aylanadi-bukiladi va yoziladi.

Homila kichik chanoqdan va tug'ruq yo'llarining yumshoq qismlaridan o'tayotganda bajaradigan harakatlari yig'indisi **tug'ruq biomexanizmi** deb ataladi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turidagi tug'ruq biomexanizmi eng tipik, normal msxanizm hisoblanadi. Hamma tug'ruqlarning 95 foizida ensa oldin keladi.

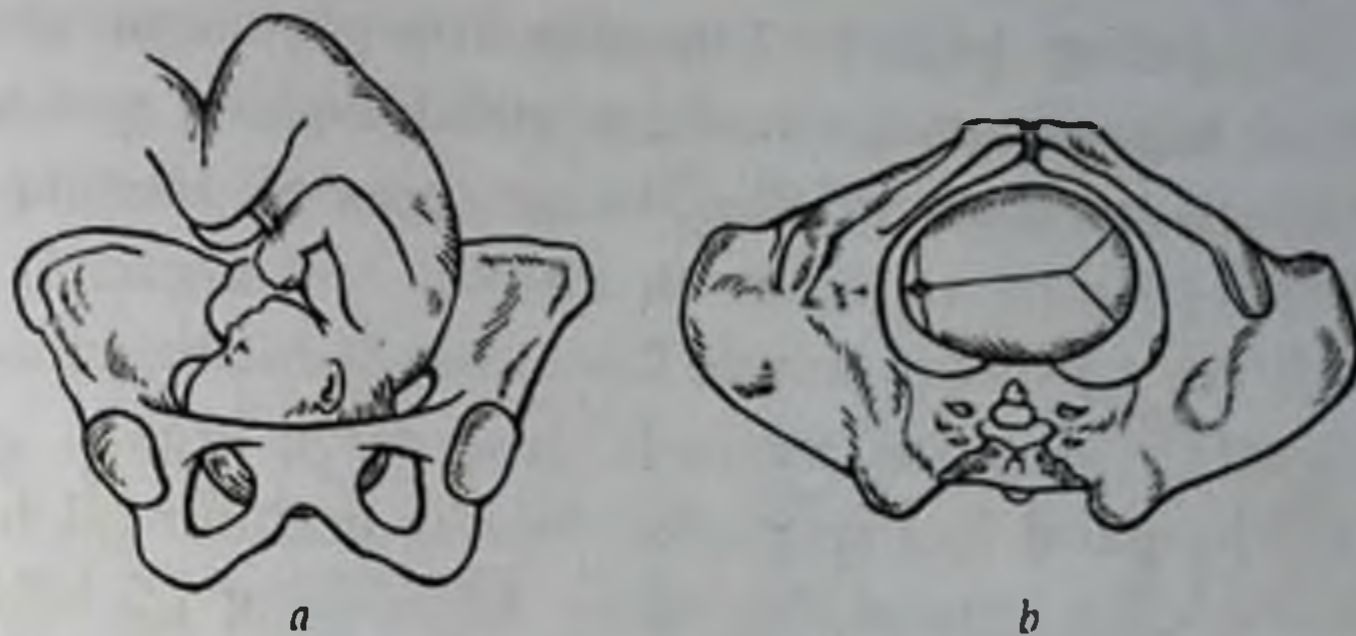
ENSA OLDINDA YOTISHINING OLDINGI TURIDA TUG'RUQ BIOMEXANIZMI

Tug'ruq biomexanizmi to'rt momentdan iborat:

Birinchi moment – homila boshining bukilishi (flexio capitis). Homila boshi ko'ndalang o'qi tevaragida bukiladi va o'zining o'q-yoysimon choki bilan chanoq kirish tekisligining ko'ndalang o'lchamiga mos keladi.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida homila boshi kichik chanoq og'ziga suqilib kiradi (yoki taqaladi), o'q-yoysimon chok chanoqning ko'ndalang yoki ozroq qiyshiq o'lchamida turadi.

Homilaning tug'ilish davrida bachadon va qorin pressining tazyiqi yuqoridan homilaning umurtqa pog'onasiga va u orqali boshiga o'tadi. Umurtqa pog'onasi boshiga o'rtasidan emas, balki ensasi yaqinidan tutashgan, shu tufayli go'yo ikki yelkali richag hosil bo'ladi, richagning kalta uchida ensa, uzun uchida peshona joylashadi. Bachadon va qorin ichidagi bosimning kuchi umurtqa pog'onasi orqali avvalo ensa sohasiga o'tadi (richagning kalta yelkasi). Ensa pastga tushadi, engak ko'krak qafasiga yaqinlashadi, kichik liqildoq katta liqildoqdan pastroqda joylashadi (69-rasm).



69-rasm. Tug'ruq biomexanizmining birinchi momenti.

a-tug'ruq mexanizmining birinchi momenti-homila boshining bukilishi;
b-chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko'rinishi.

Keyinchalik kichik liqildoq sohasi hamisha chanoqning o'tkazuvchi o'qi bo'ylab borib, jinsiy yoriqdan birinchi bo'lib ko'rinadi. Ensa oldinda yotishning oldingi turida kichik liqildoq o'tkazuvchi (yetakchi) nuqta hisoblanadi.

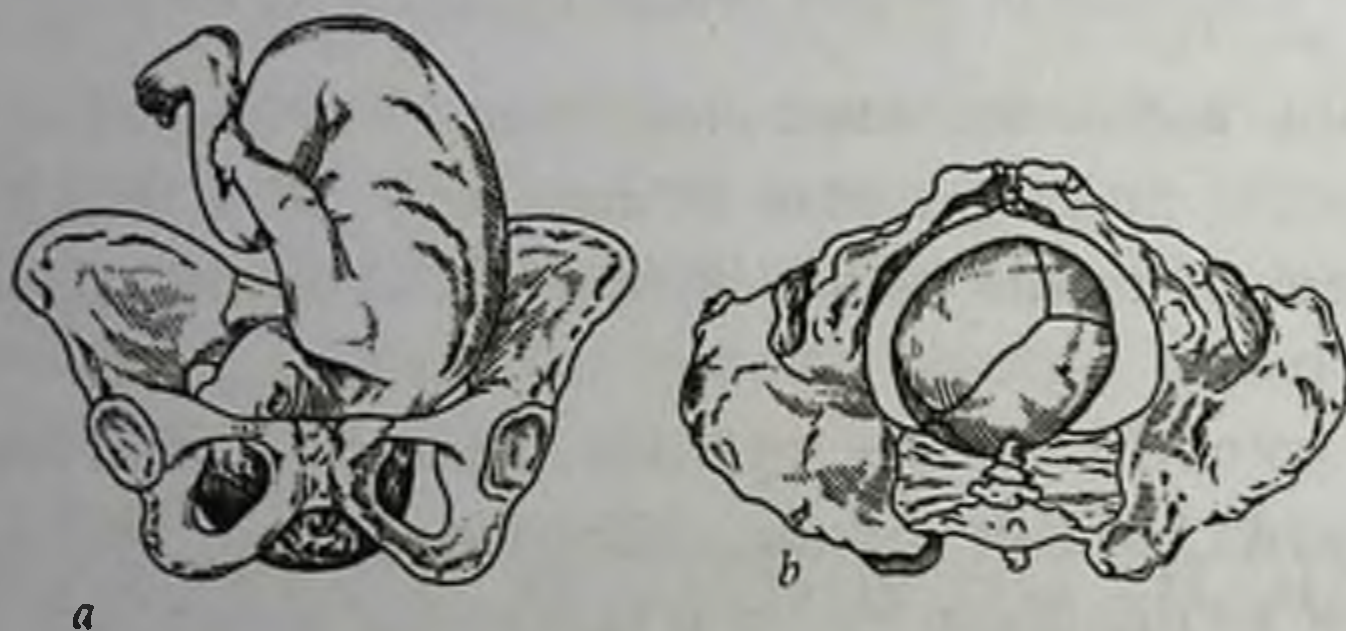
Oldinda yotuvchi qismda joylashib, chanoq og'ziga birinchi bo'lib tushadigan, ichki burilish vaqtida oldinda boradigan va jinsiy yoriqdan birinchi bo'lib ko'rinadigan nuqta o'tkazuvchi nuqta deb ataladi.

Homila boshi bukilishi tufayli chanoqqa endi to'g'ri o'lcham (12 sm) o'rniga eng kichik o'lcham, ya'ni kichik qiyshiq o'lcham (9,5 sm) bilan kiradi. Homila boshi chanoqning hamma tekisliklaridan va jinsiy yoriqdan shu kichraygan aylanasi bilan o'tadi. Diametr suboccipito-bregmatica - 9,5 sm.

Ikkinchi moment - homila boshining ichki burilishi (rotatio capitis interna). Homila boshi oldinga qarab ilgarilanma harakat qiladi (pastga tushadi) va ayni vaqtda bo'ylama o'q tevaragida buriladi. Shu payt ensasi (va kichik liqildog'i) oldinga simfiziga, peshonasi (va katta liqildog'i) esa orqaga dumg'aza tomon buriladi (70-rasm, a). Chanoq og'zida ko'ndalang (yoki ozroq qiyshiq) o'lchamda turgan o'q yoysimon chok endi o'z vaziyatini sekin-asta o'zgartiradi. Homila boshi chanoq bo'shlig'iga tushayotganda o'q yoysimon chok qiyshiq o'lchamga o'tadi (70-rasm, b); birinchi pozitsiyada o'ng qiyshiq o'lchamga, ikkinchi pozitsiyada chap qiyshiq o'lchamga o'tadi.

Chanoqdan chiqish teshigida o'q yoysimon chok shu teshikning to'g'ri o'lchamiga mos keladi. Homila boshining ichki burilishi chanoqdan

chiqish teshigining to'g'ri o'lchamida o'q yoysimon chokning qaror topishi bilan tugaydi, pastga tushgan kichik liqildoq ayni vaqtda to'ppa-to'g'ri simfizga qaragan bo'ladi (71-rasm, a va b). Homila boshi chanoq bo'shlig'idan (chanoq og'zidan to chiqish teshigigacha) o'tayotganda aksari 90° li yoy bo'ylab aylanadi. Ensa ichki burilishgacha ozroq oldinga qaragan bo'lsa - bosh 45° buriladi, ensa ozroq orqaga qaragan bo'lsa - bosh 135° buriladi. Shunday qilib, homila boshining ichki burilishida o'q yoysimon chok chanoq og'zining ko'ndalang o'lchamidan chanoq bo'shlig'ining qiyshiq o'lchamiga, qiyshiq o'lchamdan esa chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamiga o'tadi.



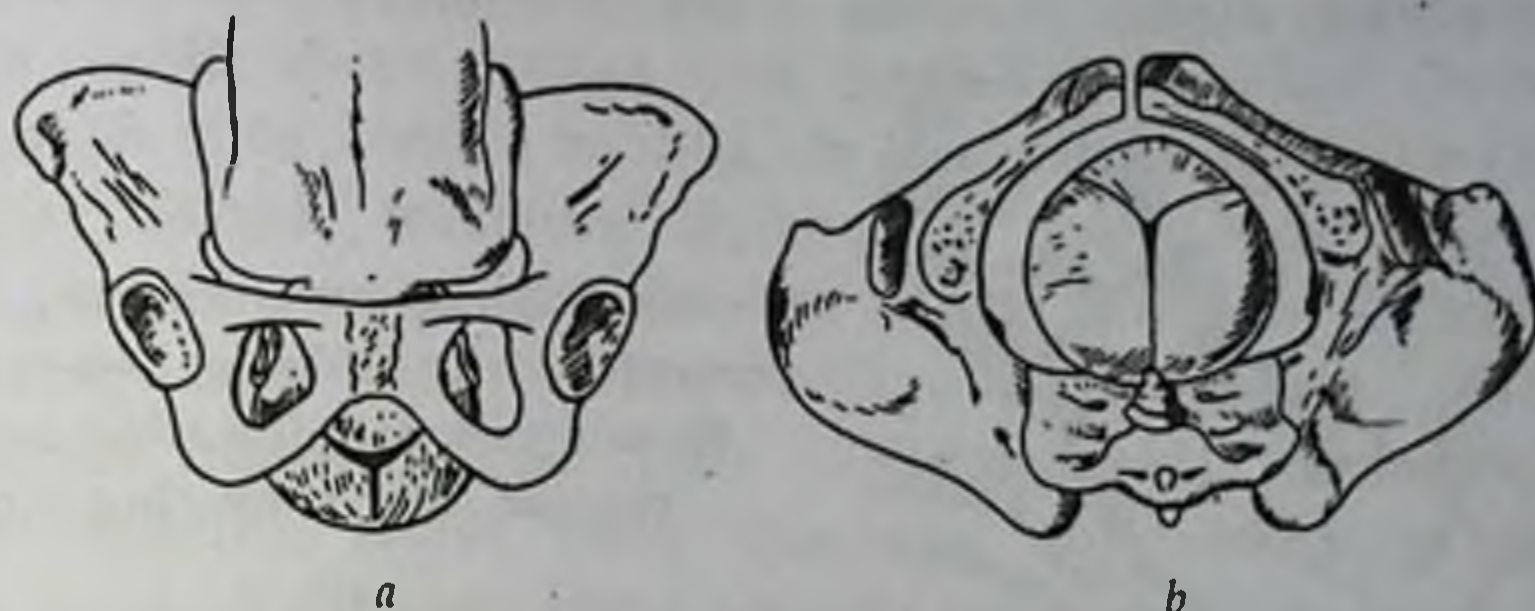
70-rasm. Tug'ruq biomexanizmining ikkinchi momenti.

a - tug'ruq biomexanizmining ikkinchi momenti - homila boshining ichki burilishi; b-chanoqdagi chiqish teshigi tomondan ko'rinishi. O'q-yoysimon chok chanoqning o'ng tomondagi qiyshiq o'lchamida turibdi.

Homila boshining ichki burilishini turli sabablarga bog'lashadi. Harakatlanib borayotgan boshning chanoq o'lchamlariga moslanish nazariyasi ko'proq tarqalgan. Bu nazariyaga muvofiq, homila boshi eng kichik aylanasi (kichik qiyshiq o'lcham bo'yicha aylanasi) bilan chanoqning eng katta o'lchamlaridan o'tadi. Chanoq og'zida ko'ndalang o'lcham, chanoq bo'shlig'ida qiyshiq o'lcham, chanoqdan chiqish teshigida to'g'ri o'lcham eng katta o'lcham hisoblanadi; homila boshi shunga yarasha ko'ndalang o'lchamdan qiyshiq o'lchamga va so'ngra to'g'ri o'lchamga o'ta turib buraladi.

Uchinchi moment - homila boshining yozilishi (*extensio capitis*). Homilaning qattiq bukilgan boshi chanoqdan chiqish teshigiga yetgach, unga chanoq tubining muskullari qarshilik ko'rsatadi. Bachadon va qorin pressining muskullari qisqarib, homilaning dumg'aza va dum

suyagining uchiga tomon haydaydi. Chanoq tubining muskullari homila boshining shu yo'nalishdagi harakatiga qarshilik ko'rsatadi va uning oldinga, jinsiy yoriqqa tomon og'ishiga yordam beradi.



71-rasm. a-homila boshining ichki burilishi tugagan; b-chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko'rinishi. O'q yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchamida turibdi.

Homilaning tug'ilayotgan boshi shu ikki kuch ta'sir etishi tufayli yoziladi. Ensa ostidagi chuqurcha qov ravog'ining ostiga taqalib, bosh yoziladi (72-rasm, a). Bosh shu tayanch nuqtasi tevaragida yoziladi (72-rasm, b); bosh yozilayotgan vaqtda peshona, yuz va engak yorib chiqadi, ya'ni bosh batamom tug'iladi. Bosh suqilib kirib yorib chiqayotgan vaqtda yoziladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida bosh kichik qiyshiq o'lchamdan o'tuvchi tekislik (aylanasi 32 sm) bilan vulvadan chiqadi.



72-rasm. Tug'ruq biomexanizmining uchinchi momenti. a-homila boshining yozila boshlashi (suqilib kirishiga mos keladi); b-homila boshining yozilishi (yorib chiqishiga mos keladi).

Bosh yorib chiqayotganda qaysi tayanch nuqtasi atrofida buralsa, o'sha nuqtani fiksatsiya nuqtasi yoki gipomoxlion deyishadi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turida ensa osti chuqurchasi fiksatsiya nuqtasi hisoblanadi.

To'rtinchi moment - homila boshining tashqi tanasining ichki burilishi (rotatio capitis yexterna et trunci interna).



73-rasm. Tug'ruq mexanizmining to'rtinchi momenti-homila boshning tashqi burilishi. Homila yelkalarining ichki burilishi tugagan, ular yorib chiqmoqda.

Homila boshi tug'ilgandan keyin yuzi pozitsiyaga qarab onaning o'ng yoki chap soniga qarab buriladi. Birinchi pozitsiyada yuz onaning o'ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi. Homila boshining tashqi burilishi yelkalarining ichki burilishiga bog'liq. Homila yelkalari chanoqqa ko'ndalang yoki ozroq qiyshiq o'lchamda kiradi; yelkalar chanoq bo'shlig'ida burila boshlaydi va qiyshiq o'lchamga o'tadi. Chanoq tubida yelkalarining ichki burilishi ko'ndalang o'lcham bilan tugaydi, chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamida yelkalar qaror topadi (bir yelka simfizga, ikkinchi yelka dumg'azaga qarab turadi) (73-rasm). Yelkalarining burilishi boshga o'tadi: yelkalar chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamida qaror topgach, yuz onaning soniga qarab buriladi.

ENSA OLDINDA YOTISHINING ORQA TURIDA TUG'RUQ BIOMEXANIZMI

Ensa oldinda yotganda boshning ichki burilishi aksari shunday bo'ladiki, ensa oldinga (simfizga), peshona va yuz esa orqaga (dumg'azaga) buriladi. Orqa turlarda, ya'ni homilaning tug'ilish davrigacha yelka va ensa orqaga qaragan taqdirda ham ensa oldinga buriladi. Homilaning tug'ilish jarayonida orqa tur ko'pincha oldingi turga o'tadi. Kamdan-kam hollarda (ensa oldinda yotishining 1 foizida) gina bosh ichki burilishda ensasi dumg'azaga qaraydigan bo'lib buraladi va tug'ruq orqa turda ro'y beradi.

Ensa oldinda yotishining opqa turida tug'ruq biomexanizmi quyidagicha bo'ladi.

Birinchi moment - boshning bukilishi. Kichik liqildoq sohasi boshning oldinda boruvchi nuqtasi, ya'ni o'tkazuvchi nuqta bo'lib hisoblanadi³.

Ikkinchi moment - boshning ichki burilishi. Bukilgan bosh chanoqqa tushib, ensasi opqaga qaraydigan bo'lib buriladi (74-rasm, a); o'q yoysimon chok chanoq bo'shlig'ida chanoqning qiyshiq o'lchamiga, chanoqdan chiqish teshigida chanoqning to'g'ri o'lchamiga o'tadi (burilish tugallangan bo'ladi). Burilish tamom bo'lgach, kichik liqildoq (ensa) dumg'azaga, katta liqildoq simfizga qarab buriladi.

Uchinchi moment. Bosh yorib chiqish vaqtida: qo'shimcha bukiladi. Peshonaning sochli qismi chegarasi qov ravog'iga va uning atrofiga tayanadi (fiksatsiyaning birinchi nuqtasi), bosh qattiq bukiladi (74-rasm, b). Boshning shu qo'shimcha bukilish vaqtida tepa do'mboqlar va ensa do'mbog'i yorib chiqadi.

To'rtinchi moment. Homila boshining yozilishi. Shundan keyin homila boshi ensa osti chuqurchasi bilan dumg'aza-dum bo'g'imiga tayanadi (fiksatsiyaning ikkinchi nuqtasi) va yoziladi. Bosh yozilayotgan vaqtda peshonasi, yuzi va engagi qov ravog'ining ostidan bo'shab chiqadi. Bosh o'rta qiyshiq o'lchamga mos aylanasi (33 sm) bilan yorib chiqadi. Diametri 10 sm. Diametr suboccipito-frontalis 10 sm.

Beshinchi moment. Boshning tashqi burilishi va yelkalarining ichki burilishi ensa oldinda yotishining oldingi turidagi kabi ro'y beradi.

Ensa oldinda yotishining orqa turida bosh tug'ruq yo'llaridan qiyinchilik bilan o'tib boradi, homilaning tug'ilish davri ensa oldinda yotishining oldingi turidagiga nisbatan uzoqroq davom etadi.



74-rasm. Ensa oldinda yotishining orqa turida homilaning tug'ilishi.
a-homila boshining ichki burilishi, ensa orqaga qaragan (tug'ruq mexanizmining ikkinchi momenti); b-homila boshining qo'shimcha bukilishi (tug'ruq mexanizmining uchinchi momenti)

³ Ensa oldinda yotishining orqa turida avval kichik liqildoq, rotatsiya oxirida katta liqildoq bilan kichik liqildoq o'rtasi o'tkazuvchan nuqta hisoblanadi.

Tug'ruq biomexanizmining bosh shakliga ta'sir etishi. Homila boshi tug'ruq kanalining shakliga va o'lchamlariga moslasha oladi. Homila boshining moslanuvchanligi kalla suyaklarining choklar va liqildoqlar sohasida siljiy olishiga, kalla suyaklarining kichik chanoqdan o'tishda o'z shaklini o'zgartira olishiga bog'liq.

Tug'ruq kanali devorlarining tazyiqi ostida kalla suyaklari chok va liqildoqlar sohasida bir-biriga mingashadi. Tepa suyaklardan biri ikkinchisining ustiga o'tadi, ensa va peshona suyaklari tepa suyaklar ostiga kirishi mumkin. Kalla suyaklari yassilanadi yoki qabariqroq bo'lib qoladi. Kalla suyaklarining shu tariqa siljishi natijasida bosh shakli o'zgarib, tug'ruq yo'llarining shakli va o'lchamlariga moslanadi. Tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda bosh shaklining o'zgarishi konfiguratsiya deb ataladi. Bosh konfiguratsiyasi boshning va tug'ruq yo'llarining xususiyatlariga bog'liq.

Choklar qancha keng va suyaklar qancha yumshoq bo'lsa, bosh o'z shaklini shuncha ko'p o'zgartira oladi. Bundan tashqari, boshning harakatlanib borishi qiyinlashganda (chanoq tor bo'lganda) bosh shakli ayniqsa, ko'p o'zgaradi. Bosh shakli tug'ruq biomexanizmiga qarab o'zgaradi. Ensa oldinda yotganda (uning ayniqsa, orqa turida) bosh ensa tomonga cho'zilib, dolixosefalik shaklga kiradi (75-rasm). Bosh tepasi oldinda yotganda tepaga tomon, peshona oldinda yotganda peshonaga tomon cho'ziladi va hokazo.



75-rasm. Ensa oldinda yotganda tug'ilgan homila boshining konfiguratsiyasi.



76-rasm. Tepa suyak sohasidagi bosh o'smasi.

Normal tug'ruqda bosh konfiguratsiyasi keskin bo'lmay, yangi tug'ilgan bolaning sog'lig'iga va rivojlanishiga ta'sir ko'rsatmaydi,

bosh shaklining o'zgarishi tez orada benomu nishon yo'qolib ketadi. Homilaning tug'ilish davrida bosh shakli o'zgarishidan tashqari, bosh o'smasi (yoki tug'ruq o'smasi) ro'y beradi. Tug'ruq o'smasi oldinda yotuvchi qismning eng pastdagi (oldinda kelayotgan) bo'lagining to'qimalari bo'rtishidan iborat. Oldinda yotuvchi qismning qaysi bo'lagi tegish belbog'idan pastda turgan bo'lsa, o'sha bo'lagidan venoz qonning oqib ketishi qiyinlashgani sababli to'qimalar bo'rtadi (shishadi). Bosh va chanoq oldinda yotganda tug'ruq o'smasi paydo bo'ladi, oldinda yotgan qismida hosil bo'luvchi o'sma tug'ruq o'smasi deb ataladi.

Tug'ruq o'smasi qog'onoq suvi ketgandan keyin faqat tirik homilada hosil bo'ladi. Ensa oldinda yotganda tug'ruq o'smasi kichik liqildoq sohasida joylashib, pozitsiyaga qarab o'ng yoki chap tepa suyakka tarqaladi (76-rasm). Tug'ruq o'smasi birinchi pozitsiyada o'ng tepa suyakda, ikkinchi pozitsiyada chap tepa suyakda ko'proq bo'ladi. Yuz oldinda yotganda tug'ruq o'smasi yuzda, dumba oldinda yotganda dumbada joylashadi. Normal tug'ruqda tug'ruq o'smasi katta bo'lmaydi va tug'ruqdan bir necha kun keyin o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Homilaning tug'ilish davri cho'zilib ketganda (masalan, chanoq tor bo'lganda) tug'ruq o'smasi katta bo'ladi, o'sma ustidagi teri qizarib ketadi. Tug'ruq juda tez o'tganda va homila boshi kichkina bo'lganda tug'ruq o'smasi kichkina bo'ladi yoki mutlaqo bo'lmaydi.

Homila boshining tug'ruq yo'llaridan o'tishi qiyinlashganda va operatsiya qilinganda boshda qonli o'sma (kefalogematoma) paydo bo'lishi mumkin. U tepa suyaklardan birining (ba'zan ikkalasining) suyak ust pardasi ostiga qon quyilishi natijasida kelib chiqadi, kefalogematoma faqat tepa suyak sohasida yotgan noto'g'ri shakldagi yumshoq shishdan iborat. Bosh o'smasining chegaralari yoyiq bo'lsa, kefalogematoma buning aksincha chegara choklar va liqildoqlar chizig'idan hech qachon o'tmaydi.

YO'LDOSH TUSHISH DAVRI

Homila tug'ilgandan keyin tug'ruqning uchinchi davri – yo'ldosh tushish davri boshlanadi. Bu davrda: 1) plasenta va pardalar bachadon devorlaridan ko'chadi, 2) ko'chgan yo'ldosh tug'ruq yo'llari orqali chiqib ketadi.

Yo'ldosh tushish davridagi dard tutishi plasentaning ko'chishiga yordam beradigan asosiy shartdir; ko'chgan yo'ldoshning haydalib chiqishida qorin pressi ishtirok etadi. Bola tug'ulgach, bachadon qisqarib, yumaloq shaklga kiradi; bachadon tubi kindik ro'parasida joylashadi; bir necha daqiqadan keyin bachadon muskullari ritm bilan qisqara boshlaydi – yo'ldosh tushish davridagi dard tutishi boshlanadi.

Yo'ldosh tushish davrida dard tutganda bachadonning hamma muskullari, shu jumladan plasenta yopishgan soha (plasentar maydoncha) muskullari ham qisqaradi. Plasenta esa qisqara olmaydi, shuning uchun u yopishgan joyning torayayotgan qismidan siljiydi. Har gal dard tutganda plasentar maydoncha kichrayadi, plasenta burmalanadi, bu burmalar bachadon bo'shlig'iga do'ppayib chiqadi, nihoyat, bachadon devoridai ko'chib ketadi.

Plasenta bachadon devoridan ko'chayotganda plasentaning ko'chgan qismi sohasidagi bachadon-plasenta tomirlari uziladi. Tomirlardan chiqqan qon bachadon devori bilan plasenta oralig'ida to'planib, plasentaning yopishgan joyidan yanada ko'proq, ko'chishiga yordam beradi.

Plasenta bachadon devoridan ikki usulda: markazidan yoki chetidan ko'chadi.

Birinchi usulda (Shuls usuli) plasentaning avval markaziy qismi ko'chadi (77-rasm, a). Plasentaning ko'chgan qismi bilan bachadon devori o'rtasida qon to'planadi – retroplasentar gematoma hosil bo'ladi. Bu gematoma kattalashaverib, plasentaning yanada ko'proq ko'chishiga va bachadon bo'shlig'iga do'ppayib chiqishiga yordam beradi. Uzil-kesil ko'chgan plasenta bachadon bo'shlig'idan chiqa turib, pardalarni ergashtirib tushadi. Plasenta homilaga qaragan yuzasi bilan tashqariga qaragan holda tug'ruq yo'llaridan chiqadi: pardalar ag'darilgan holda (qog'onoq pardasi tashqarida, desidual parda ichkarida) bo'ladi. Ag'darilgan pardalar plasentaning onaga qaragan yuzasida joylashadi.

Ikkinchi usulda (Dunkan usuli) plasenta periferik qismidan odatda, pastki chekkasidan ko'cha boshlaydi (77-rasm, b). Yorilgan tomirlardan chiqqan qon retroplasentar gematoma hosil qilmay bachadon devori bilan pardalar orasidan pastga oqib tushadi. Har bir dard tutishi sayin

plasentaning tobora yangi (yuqoriroqda yotgan) qismlari ko'chadi. Plasenta batamom ko'chgach, pastga sirpanib bachadondan ko'chgan pardalarni ergashtirib tushadi. Plasenta pastki chekkasi bilan oldinga qaragan holda tug'ruq yo'llaridan chiqadi; pardalar bachadonda qanday yotgan bo'lsa, o'shanday (qog'onoq pardasi ichkarida, desidual parda tashqarida) yotadi.

Plasenta ko'chishining ikkinchi usuli birinchi usuldan ko'ra kamroq uchraydi.

Yo'ldosh tushish davrida plasentaning ko'chishi natijasida uzilgan qon tomirlari (bachadon plasenta tomirlari)dan qon chiqadi. Yo'ldosh tushish davri normal o'tganda 250-300 ml (o'rta hisob bilan 250 ml) qon ketadi. Bu qon yo'qotish fiziologik hodisa bo'lib, ayol organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Yo'ldosh tushgandan keyin bachadon uzoq qisqarish holatiga keladi. Qisqargan muskul tolalari ochilgan tomirlar teshigini qisib qo'yadi, shunga ko'ra qon ketishi to'xtaydi. Yo'ldosh tushishi bilan tug'ruq tugab, chilla davri (tug'ruqdan keyingi davr) boshlanadi.

Ayolni tug'ruq tugagan paytdan boshlab tug'uvchi ayol deb emas, balki tuqqan (ko'zi yorigan) ayol deb atashadi.

TUG'RUQNING DAVOMIYLIGI

Tug'ruqning qancha davom etishi turli sabablarga, asosan tug'ruq kuchlari (dard va to'lg'oq) xarakteriga bog'liq. Dard va to'lg'oq qancha kuchli tutsa, tug'ruq o'shancha qisqa davom etadi. Homilaning kattaligi, oldinda yotgan qismining chanoq og'ziga suqilishi, chanoq o'lchamlari, qog'onoq suvining ketish vaqti va shu kabilar tug'ruqning qancha davom etishiga ta'sir qiladi.

Birinchi tug'ruq takror tug'ruqdan aksari uzoqroq davom etadi; keksaygan (yoshi 30 dan oshgan) va keksa davrida birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda tug'ruq ko'pincha cho'zilib ketadi. Ayol organizmi to'la yetilmaganda (infantilizm), semiz va juda ozib ketgan ayollarda tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi qayd qilinadi.

O'rta hisob bilan olganda, tug'ruq birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda qariyb bir sutka (10-11 soat), takror tug'ayotgan ayollarda 6-7 soat davom etadi.

Bachadon bo'ynining ochilish davri eng uzoq davr bo'lib, birinchi marta tug'ayotgan ayollarda 9-10 soat, takror tug'ayotgan ayollarda 5-6 soat davom etadi.

Homilaning tug'ilish davri birinchi marta tug'ayotgan ayollarda 1-2 soat, takror tug'ayotgan ayollarda 15-40 daqiqa davom etadi.

Yo'ldosh tushish davri birinchi marta va takror tug'ayotgan ayollarda 10-20 daqiqa (o'rta hisob bilan 15 daqiqa) davom etadi.

Hozirgi paytda tug'ish vaqti ancha tezlashib qolganligi kuzatilmoqda, bu hol ayniqsa, yosh sog'lom (20-25 yoshli) ayollarda ko'proq ko'zga tashlanadi. Buni ayollar sog'lig'ining mustahkamlanishiga imkon beruvchi moddiy farovonlikning, madaniyatning, meditsina yordami sifatining oshganligi va boshqa faktorlar bilan tushuntiriladi.



77-rasm. Yo'ldosh ko'chishi va tushishining turli usul va bosqichlari.
a – plasenta markazidan ko'chib tushishi; b – plasenta chetidan ko'chib tushishi.

Nazorat uchun savollar:

1. Tug'ruq, tug'ruq darakchilari va tug'ruq davrlari
2. Normal tug'ruq biomexanizmi. Homila boshi ensa bilan joylashuvining oldingi va orqa turida tug'ruq biomexanizmi.
3. Tug'ruq biomexanizmining bosh shakliga ta'siri.
4. Tug'ruqning davomiyligi.
5. Konfiguratsiya, kefalogenatoma tushunchalari.

Tayanch soʻz va iboralar:

Dard	tugʻruq mexanizmi
Toʻlgʻoq	boshning bukilishi
Pauza	rotatio capitis interna
Kontraksiya	rotatio capitis externa
Distraksiya	extensio capitis
Oʻtkazuvchi nuqta	kontraksion halqa
Retraksiya	retraxio uteri

TESTLAR

1. Tugʻruq davrida fiziologik qon ketishi qancha miqdorda boʻladi va tana vaznining necha foizini tashkil etadi?

- a) 50-60 ml 0,1%
- b) 80-100 ml 0,2%
- c) 150-200 ml 0,3%
- d) 250-300 ml 0,5%
- e) 400-500 ml 0,8%

2. Qayta tugʻuvchilarda tugʻruqning davom etishi.

- a) 10 dan 12 soatgacha
- b) 8 dan 10 soatgacha
- c) 7 dan 6 soatgacha
- d) 6 dan 4 soatgacha
- e) 4 dan 2 soatgacha

IX BOB. TUG'RUQNI BOSHQARISH

TUG'UVCHI AYOLLARNI QABUL QILISH VA SANITARIYA QAYTA ISHLOVIDAN O'TKAZISH

Tug'uvchi ayollar tug'ruq kompleksiga kelgach ustki kiyimini dahlizda qoldirib, filtrga o'tadi.

Filtrda sog'lom tug'uvchilar bemor yoki yuqumli kasalliklarga shubhasi bo'lgan ayollardan ajratiladi.

Akusher tug'uvchi ayolning umumiy ahvoli bilan tanishadi, yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlar bilan yaqin aloqada bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlaydi, ayolni birinchi marta ko'zdan kechiradi, terisiga (madda, furunkulyoz, chipqon bor-yo'qligi), tomog'iga (qizarganligi, karash boylaganligi) va jinsiy a'zolariga (yiring chiqayotganligi, kondilomalar va shu kabilar bor-yo'qligi) e'tibor beradi. Shu yerda yana ayolning tana harorati o'lchanadi va tomir urishi (pulsi) sanaladi.

Sog'lom tug'uvchilar filtrdan birinchi akusherlik bo'limining ko'rik va dushxonasiga yuboriladi (ko'rik-dushxona bitta bo'lishi mumkin).

Tana harorati ko'tarilgan, terisida yiringli kasalliklar bo'lgan, gripp, angina va boshqa yuqumli kasalliklar bilan og'rikan tug'uvchilar filtrdan maxsus izolatorga o'tkaziladi.

Ko'rik-dushxonada tug'uvchilar tekshirilib, sanitariya qayta ishlovidan o'tkaziladi.

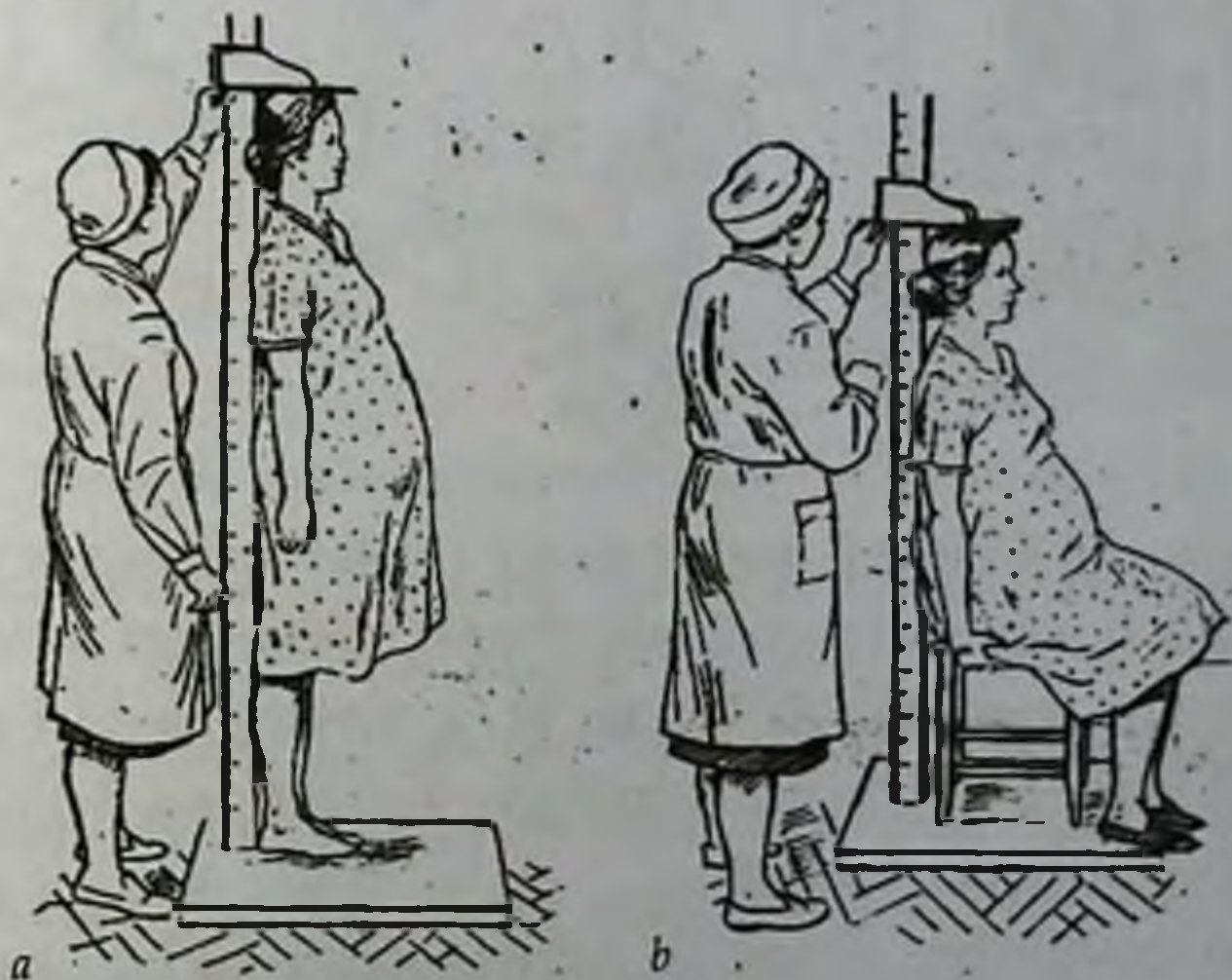
Buning uchun quyidagi asbob-anjomlar kerak: 1) kushetka, 2) stol, 3) Esmarx krujkasi, 4) shtativ, 5) tug'uvchi ayolni tortish uchun tarozi, rostomer (bo'y o'lchagich), 6) termometrlar, 7) akusherlik stetoskopi va oddiy stetoskop, 8) tazomer, 9) santimetrli tasma, 10) huqnalar uchun nakonechniklar jamlamasi, 11) tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolarini yuvish uchun Esmarx krujkasi (nakonechniklari bilan), 12) ustara, 13) qo'l yuvish uchun steril cho'tkalar, 14) tug'uvchi ayolning yuvinishi uchun qaynatilgan mochalka, 15) steril materialni ushlab uchun steril pinset va kornsanglar, 16) arterial bosimni o'lchash uchun tonometr, 17) shpatel, 18) teri ostiga dori-eritma yuborish uchun steril shpris va ignalar to'plami, 19) qaychi, 20) qon guruhini aniqlash uchun standart

zardoblar va boshqa zarur narsalar, 21) steril material (paxta, sharcha, salfetaklar), 22) spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar (lizoform, xloramin), sovun, 23) kleyonka, choyshab, sochiqlar, 24) sudna (tuvak).

Tug'uvchi ayol tekshiriladi va sanitariya qayta ishlovidan o'tkaziladi.

1. Anamnez to'planib, pasportdagi ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yoziladi.

2. Badan, ko'zga ko'rinib turgan shilliq pardalar, qorin, chanoq sohalari sinchiklab ko'zdan kechiriladi, yurak, o'pka (perkussiya, auskultatsiya qilinadi) va boshqa a'zolar tekshiriladi. Tug'uvchi ayolning bo'yi o'lchanadi (78-rasm) va vazni tarozida tortib aniqlanadi (79-rasm). Tug'ruqqa kelgan tug'uvchi har bir ayolning arterial bosimi albatta o'lchanadi (80-rasm).



78-rasm. Tug'uvchi ayolning bo'yini o'lchash.
a - tikka turg'izib; b - o'tqizib qo'yib o'lchash.

3. Tug'uvchi ayol toza choyshab yozilgan kushetkaga yotqizilib, tashqi tekshirish o'tkaziladi (palpatsiya, auskultatsiya qilinadi, bachadon tubining balandligi, qorin hajmi va chanoq o'lchanadi), tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechiriladi. Tug'uvchi ayolni qin orqali odatda, sanitariya ko'rigi xonasida emas, balki tug'ruq bo'lmasida tekshiriladi.

Tug'uvchi ayolni obyektiv tekshirishda olingan hamma ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yoziladi.

4. Tashqi jinsiy a'zolar juni qiriladi (ustaralar hamisha spirtli idishda saqlanadi). Akusher oldin qo'llarini yuvib, spirt bilan artadi. So'ngra

tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolarini steril paxta yoki cho'tkada sovunlaydi, qov, katta jinsiy lablar va oraliq junini qirib tozalanadi (81-rasm, a).



79-rasm. Tug'uvchi ayolni tortish.

5. Juni qirilib bo'lgach, tashqi jinsiy a'zolar kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (0,5% li xloramin eritmasi, 1:6000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi) bilan yuviladi (81-rasm, b), kornsangga qisilgan steril doka bilan quritiladi. Shifokorning maxsus ko'rsatmasi bo'lmasa, tug'uvchi ayollarning qini chayilmaydi.

Qindan patologik chiqindi kelmayotgan bo'lsa, tug'uvchi ayolga toza, quruq tuvak tutiladi. Tuvakdan 8-10 ml siydik olib tekshiriladi.

Qindan yiringsimon yoki qon aralash chiqindi kelayotgan bo'lsa, siydikni steril kateter bilan olib tekshiriladi. Kateterlashdan oldin qo'l yana yuvilib, spirt bilan tozalanadi, vulva dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi.

Tug'uvchi ayolning siydigi albatta tekshiriladi. Tug'ruqxonaga kelganda siydigi tekshirilib, aseton, oqsil bor-yo'qligi aniqlanadi, buning uchun siydikka sirka kislota qo'shib qaynatiladi yoki sulfasalilat kislota bilan tekshiriladi. Keyinchalik siydik laboratoriyada tekshirib turiladi.

Oqsil bor-yo'qligini aniqlash uchun sirka kislota bilan tekshirish. Probirkaga 8-10 ml siydik solib, spirt lampasida qaynatiladi. Siydikda

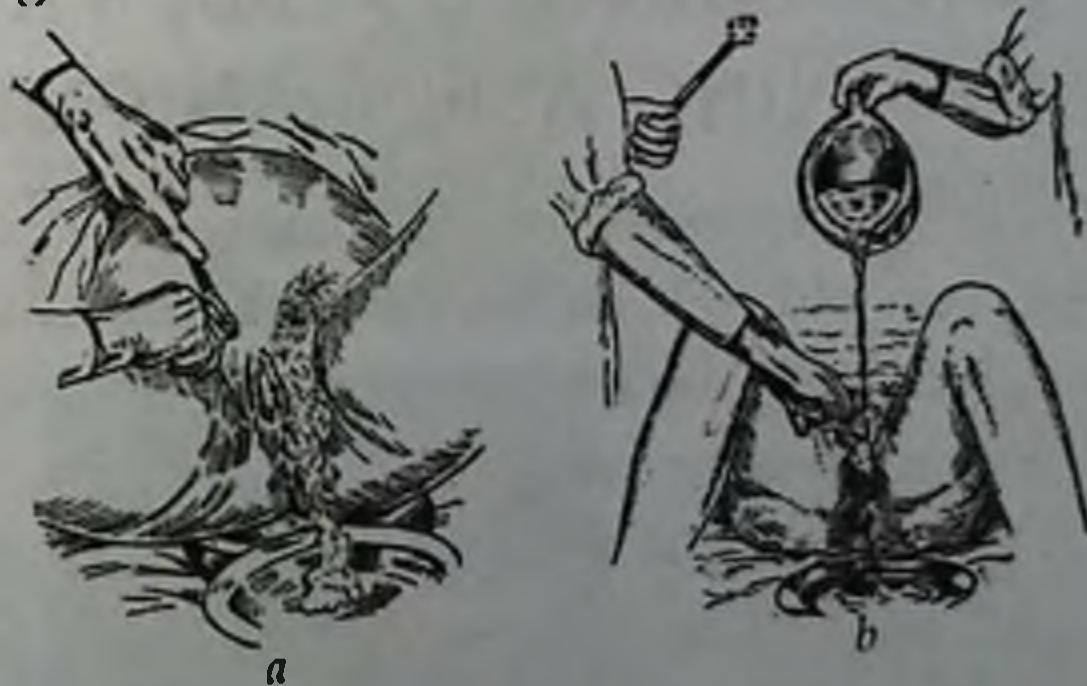
oqsil yoki bir talay tuz bo'lsa, qaynatilganda loyqalanadi. Loyqalangan siydikka sirka kislotaning kuchsiz (3-5%) eritmasidan bir necha tomchi qo'shib, yana qaynatiladi. Ayni vaqtda loyqa yo'qolmasa, siydikda oqsil bor, siydik tiniq bo'lib qolsa, uning loyqalanishi tuzlarga bog'liq bo'ladi (tuzlar sirka kislota ishtirokida erib ketadi).

Sulfasalilat kislota bilan tekshirish. Probirkaga filtrlangan siydikdan 4-5 ml quyib, sulfasalilat kislota eritmasidan 20% li eritmasidan 8-10 tomchi qo'shiladi. Siydikda oqsil bo'lsa, durda-durda cho'kma yoki loyqa hosil bo'ladi.



80-rasm. Tug'uvchi ayolning arterial bosimini o'lchash.

6. Tug'uvchi ayollar ichaklarini tozalash maqsadida albatta huqna qo'yiladi, ayol tug'ruqqa homilaning tug'ilish davrida kelgandagina huqna qilinmaydi. Huqna uchun qaynatib, uy haroratigacha sovutilgan suvdan 3-4 stakan olinadi, tug'uvchi ayol chap yoni bilan yotadi. Uchlik steril bo'lishi kerak. Foydalanilgan uchliklar yuviladi, qaynatiladi va yangidan ishlatilguncha xloramin eritmasida saqlanadi.



81-rasm. Tashqi jinsiy a'zolari tug'ruqqa tayyorlash.
a-qov va tashqi jinsiy a'zolar junini qirish; b-tashqi jinsiy a'zolari dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvish.

Tug'uvchi ayol hojatxonaga kirganda unga akusher yoki sanitar qarab turishi kerak, chunki ayol kuchanganda homilasi tug'ila boshlashi mumkin.



82-rasm. Tug'uvchi ayol.

7. Ayolning ichaklari bo'shatilgandan keyin qo'l-oyoq tirnoqlari kalta qilib olinadi, sochi sinchiklab tekshiriladi. Boshi sovunlab yuviladi.

8. Tug'uvchi ayol dushda yuvinadi (82-rasm), vannaga tushish taqiqlanadi, chunki ifloslanib mikroblar aralashgan suv qinga ketib qolishi mumkin. Dush bo'lmasa, tug'uvchi ayol obdastada boshidan suv quyib yuvintiriladi. Tug'uvchi ayol dushdan chiqqach toza choyshabga artinib, toza ko'ylak, xalat kiyadi, kosinka bog'lab oladi va tug'ruqdan oldingi bo'lмага olib boriladi. To'lg'oq boshlangan bo'lsa, tug'uvchi ayolni akusher g'ildirakli stolda (katalkada) to'ppa-to'g'ri tug'ruq zaliga olib boradi.

TUG'RUQDAN OLDINGI BO'LMA VA TUG'RUQ BO'LMASINING ASBOB-ANJOMLARI

Tug'uvchi ayol bachadon bo'yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha tug'ruqdan oldingi bo'lmada yotadi, homilaning tug'ilish davri boshlangach, tug'ruq bo'lmasiga ko'chiriladi. Kichkina tug'ruq bo'limlarida aksari tug'ruqdan oldingi bo'lma yo'q, shuning uchun tug'uvchn ayol to'g'ridan-to'g'ri tug'ruq bo'lmasiga kelib kiradi.

Tug'ruqdan oldingi bo'lma va tug'ruq bo'lmasi juda ham ozoda tutiladi, ularda tug'ruqni boshqarish uchun zarur asbob-anjomlar bo'ladi, xolos; ortiqcha buyumlar qat'iy sanitariya-gigiyena rejimini amalga oshirishga xalal beradi.

Tug'ruqdan oldingi bo'lmada oddiy karavotlar, dori shkaflari (ularda og'riq qoldiruvchi, yurakni quvvatlovchi, qon to'xtatuvchi, dezinfeksiyalovchi va boshqa dorilar turadi), asboblarni shkafi, karavot yonidagi stolchalar, tug'ruq tarixini yozish uchun stol, steril material uchun taglik, qo'l yuvish vositalari (sovun, cho'tka, suv) bo'ladi.

Tug'ruq bo'lmasidan tug'ruq karavotlari, steril material va asboblarni qo'yish uchun ko'chma stolchalar, yangi tug'ilgan bolani yo'rgaklash stolchasi, bolalar tarozisi va rostomer, tug'ruq tarixini to'ldirish stoli, steril material turadigan bikslar uchun tagliklar, dezinfeksiyalovchi moddalar turadigan idishlar bor. Tug'ruqdan oldingi bo'lma yo'q bo'lsa, dorilar va asboblarni saqlanadigan shkaflar tug'ruq bo'lmasida turadi.

Tug'ruq bo'lmasida yurakni quvvatlaydigan dorilar (kofein, kamfora, kardiazol va hokazo), qon to'xtatuvchi dorilar (ergotin, pituitrin, oksitosin va hokazo), og'riq qoldiradigan dorilar (ayrim shkafda saqlanadi), yangi tug'ilgan bolalarni oftalmoblenoreyadan saqlash uchun 1% eritromitsin mazi, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar doim bo'lishi lozim.

Kindikni qirqadigan steril qaychilar, kindik qoldig'ini bog'laydigan ligaturalar, shprislarni, steril material, fiziologik eritma va Bobrov apparati, asfiksiya holatida tug'ilgan bolaga yordam berish vositalari (vannachalar, sovuq va issiq suv, shilimshiqni tortib olish uchun nok shaklidagi rezina ballon va hokazo) hamisha tayyor turishi kerak.



83-rasm. Tug'ruq karavotlari.



84-rasm. Raxmanov karavoti tug'uvchi ayolni qabul qilishga tayyorlab qo'yilgan.

Tug'ruqqa yordam beruvchi muassasalarimizda aksari A.N.Raxmanov konstruksiyasida yasalgan tug'ruq karavotidan foydalaniladi. Tug'ruq karavoti: 1) balandroq bo'lishi (tug'ruqning ikkinchi va uchinchi davrida akusherning yordam berishiga qulay), 2) siljiydigan ikki bo'lakdan iborat ekanligi (83 va 84-rasmlar) bilan oddiy karavotdan farq qiladi. Hozirgi kunda uning bir necha xil modifikatsiyalaridan foydalaniladi.

Raxmanov karavotining oyoq tomonini bosh tomoniga surib kirgizish mumkin, ayni vaqtda tug'uvchi ayolning chanog'i karavotning bosh tomoni chetida joylashadi («ko'ndalang karavot» deb ataladi), tug'uvchi ayol oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukib yotadi.

Raxmanov karavotining bosh tomonini akusher istagancha ko'tarishi va tushirishi mumkin. Tug'ruq karavotining matrasi ham ikki bo'lak (yostiq-polsterlar)dan iborat bo'lib, ustiga oq kleyonka qoplangan.

Normal tug'ruqni boshqarishda karavotning oyoq tomonidagi polster olib qo'yiladi, bu esa tug'ruqni boshqarayotgan akusherning ishlashini osonlashtiradi. «Ko'ndalang karavot» yasash zarur bo'lib qolganda ham bu polster olib qo'yiladi (karavotning oyog'i tomoni bosh tomoniga surib qo'yiladi).

PARTNYORLIK (HAMKORLIK) TUG'RUG'I

Keyingi yillarda homilador ayollarda tug'ruqning bexatar o'tishini ta'minlash maqsadida ularni ruhiy qo'llab-quvvatlash uchun uning yaqin qarindoshlaridan birining (eri, onasi, opasi, singlisi yoki yaqin dugonasi) tug'ruq paytida tug'uvchi ayol bilan birga bo'lishiga tegishli shart-sharoitlar yaratib beriladi.

Partnyorlik tug'ruqlarini olib borishda doyaning roli butun tug'ruq jarayonida tug'uvchi ayolni jismonan va ruhan qo'llab-quvvatlab turishdan iborat bo'ladi. Tug'ruq vaqtida doya tug'uvchi ayolni o'tkazilayotgan muolajalar va tibbiy tekshirishlar natijalari bilan tanishtirib borishi, tug'ruq jarayonining rivojlanishi va tug'ruqning kutilayotgan vaqti haqida ma'lumot berib borishi lozim.

Tug'ruq vaqtida tug'uvchi ayolning yaqin qarindoshlaridan birining (eri, onasi, oilasi va h.k. doya bilan birgalikda) ishtiroki tug'ruq rivojlanishi va natijasiga, onaning tug'ruqdan keyingi adaptatsiyasiga, ona va bolaning o'zaro munosabatiga, ko'krak bilan ovqatlantirishga va oilaviy munosabatlarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bu holat tug'ruq davomiyligini va kesar-kesish operatsiyasini sezilarli darajada kamaytiradi, og'riqsizlantirish vositalarining qo'llanilishini kamaytiradi, chaqaloqqa tez tibbiy yordam muolajalarini qo'llashni qisqartiradi. Chaqaloqni ko'krak bilan ovqatlantirishga va uning ahvolining yaxshilanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

TUG'UVCHI AYOLNI TUG'RUQ PAYTIDA OVQATLANTIRISH

Tug'ruq jarayoni ayoldan ko'p energiya (quvvat) sarflashni talab qiladi. Tug'ruq jarayonining davomiyligi oldindan aniq bo'lmagan holda, quvvat manbai doimiy ravishda to'ldirilib turilishi lozim. Tug'ruqda ovqatlanishni keskin taqiqlab qo'yish tug'uvchi ayol organizmining degidrotatsiyasi va asidoziga olib keladi. Organizm degidrotatsiyasi va asidoz holati tug'ruq vaqtida suyuqlik ichish va yengil ovqatlanish bilan bartaraf qilinadigan holatdir.

Tug'ruqqa zamonaviy yondashish ayolga fiziologik tug'ruq vaqtida ovqatlanish va ichimlik ichishni o'zi ixtiyoriy holda hal qilish imkonini beradi.

BACHADON BO'YNINING OCHILISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug'ruqdan oldingi bo'lmada (yoki tug'ruq bo'lmasida) akusher anamnez ma'lumotlarini oydinlashtiradi, tug'uvchi ayolni qo'shimcha

ko'zdan kechiradi (gavda tuzilishi, qorin shakli, bel-dumg'aza rombining shakli va hokazo) va batafsil akusherlik tekshirishini o'tkazadi. Anamnezning barcha qo'shimcha ma'lumotlari, umumiy tekshirish va akusherlik tekshirishining ma'lumotlari tug'ruq tarixiga yozib qo'yiladi.

Tug'uvchi ayol yotqizib qo'yiladi. Qog'onoq suvi kelmaganda, dard unchalik qattiq hamda tez-tez tutmayotganda va homila boshi chanoq og'ziga tiralib turgandagina o'rindan turish ruxsat etiladi. Shu shartlar bo'lmasa, tug'uvchi ayol o'rnida chalqancha yoki yoni bilan o'zi uchun qulay vaziyatda yotadi.

Bachadon bo'yni ochiladigan davrda akusher tug'uvchi ayolning ahvolini (charchaganligi, boshi aylanishi, bosh og'rig'i, ko'rish funksiyasining buzilishi va hokazo) tug'ruq dinamikasini va homila yuragining qanday urayotganini sinchiklab kuzatadi, pulsini vaqt-bavaqt sanab turadi. Tug'ruq normal borayotganda puls birmuncha tezlashadi-yu, to'liq va ritmik bo'lib qolaveradi. Tug'uvchi ayolning tana harorati kuniga 2-3 mahal o'lchanadi.

Bachadon bo'yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha dard tutish xarakteri kuzatib turiladi. Akusher dard tutish kuchi, muddati va takrorligini kuzatadi. Dard necha marta tutayotganligini bilish tavsiya etiladi.

Bachadon bo'yni ochiladigan davrda **tashqi tekshirish** ko'p marta o'tkaziladi. Bu akusherlik tekshirishida oldinda yotgan qismning chanoq og'ziga munosabatiga (chanoq og'zining ustida turganligi, chanoq og'ziga tiralganligi, chanoq og'zida kichik segmenti bilan turganligi va boshqalar), dard tutayotgan vaqtda va pauzalarda **bachadon konsistensiyasiga**, bachadon tubining qay balandlikda ekanligiga, kontraksion halqaning holatiga alohida e'tibor berish kerak. Bachadon muskullarining qanday va qanchalik qisqarayotganligi bachadon tubiga qo'l qo'yib bilinadi, bachadonning bo'shashuv darajasi palpatsiya yo'li bilan aniqlanadi. Fiziologik tug'ruqda bachadon qisqargandan keyin bemalol bo'shashadi, Normal tug'ruqda kontraksion halqa uncha yaxshi bilinmaydigan ko'ndalang yotgan egat shaklida seziladi. Bachadon bo'ynining tashqi teshigi ochilgan sayin kontraksion halqa yuqoriga ko'tariladi, ochilish davrining oxirida halqa simfizdan bir kaft enicha yuqorida joylashadi. Bachadon tubining balandligi ham oshadi. Tug'ruq

boshida bachadon tubi aksari kindik bilan xanjarsimon o'siq o'rtaligida turadi, ochilish davrining oxiriga kelib bachadon tubi xanjarsimon o'siq va qovurg'alar ravog'igacha ko'tariladi.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida homila pufagi yorilmagan bo'lsa, homilaning yurak urishi har 15-20 daqiqada, suv ketgandan keyin esa 5-10 daqiqada eshitib turiladi. Homila yuragining har daqiqada 160 marta va undan ortiq urishi, shuningdek, yurak urishlari 110 ga tushishi va undan ham pasayishi homilaning bo'g'ilib qolish (asfiksiya) xavfi borligidan darak beradi.

Homila pufagining yorilishi va qog'onoq suvining ketishi tug'ruqning mas'uliyatli momentidir, shuning uchun unga akusher alohida e'tibor berishi kerak. Odatda, qog'onoq suvi bachadon bo'yni to'la yoki to'laga yaqin ochilgach ketadi. Qog'onoq suvi tiniq suyuqlikdan iborat bo'ladi. Qog'onoq suviga mekopiya aralashganligi odatda, homila asfiksiyasi boshlanayotganligidan darak beradi, qon aralashganligi tashqi teshik chetlarining yirtilganligini, plasentaning ko'chganligini va boshqa patologik jarayonlar borligini ko'rsatadi. Suv ketayotgan paytda homila boshi kichik chanoq og'ziga tiralmagan bo'lsa (tegish belbog'i bo'lmasa) kindik qovuzlog'i yoki homila qo'li qog'onoq suvi bilan qinga chiqib qolishi mumkin. Kindikning qinga chiqib qolishi homilaning asfiksiyasiga sabab bo'ladi, qo'lning qinga chiqib qolishi esa homilaning tug'ilishini qiyinlashtiradi yoki unga to'sqinlik qiladi.

Tug'uvchi ayol tug'ruq bo'lmasiga kirgach va qog'onoq suvi ketgach, darhol qin orqali tekshiriladi.

Tug'ruq davomida qin orqali tekshirish ko'rsatmalarga qarab o'tkaziladi: homilaning tug'ilish davri cho'zilganda, homilaning vaziyati va oldinda yotuvchi qismi noaniq bo'lganda, tug'ruq yo'llaridan qon ketganda, homila asfiksiyasi va shunga o'xshash hollarda qin orqali tekshiriladi.

Qin orqali tekshirishda qinning holati (kengligi, stenozi-torayganligi, to'siqlari) va bachadon bo'yni (kaltalanganligi, tekislanganligi), bachadon bo'ynining ochilish darajasi, tashqi teshik chetlarining xarakteri (qalinligi, yupqaligi, cho'ziluvchanligi, qotganligi), homila pufagining holati (yorilgan-yorilmaganligi, tarang yoki salqiligi), homilaning

oldinda yotgan qismi va uning chanoq tekisliklariga munosabati (chanoq og'zining ustida, chanoq og'zida kichik yoki katta segmenti bilan yotganligi, chanoq bo'shlig'ida, chanoqdan chiqish teshigida turganligi) aniqlanadi, oldinda yotgan qismning taniqli nuqtalari paypaslab topiladi, chanoq suyaklarining ichki yuzasi tekshiriladi va, nihoyat, promontoriyga (dumg'aza burni) qo'l yetadigan bo'lsa diagonal konyugata o'lchanadi.

Tug'uvchi ayolning tug'ruq yo'llaridan kelayotgan chiqindi tug'ruq vaqtida sinchiklab kuzatib turiladi. Tug'ruqning birinchi davrida suv ketguncha bo'yin kanalidagi yopishqoq tiniq shilimshiq ajralib chiqadi.

Qovuq va ichak funksiyasiga qarab turish kerak. Qovuq va to'g'ri ichak to'lib ketganda ochilish davri bilan homila tug'ilish davri normal o'tolmaydi, yo'ldosh tushishida qiyinchilik bo'ladi.

Qovuq atoniyasida ayol siygisi kelayotganini sezmaydi, qovuq shuning natijasida to'lib ketishi mumkin. Homila boshi siydik chiqarish kanalini simfizga taqab qo'yganda ham qovuq to'lib ketadi. Qovuq to'lib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun tug'uvchi ayolga har 2-3 soatda o'zicha siyish buyuriladi. Tug'uvchi ayol qovug'ini o'zicha bo'shata olmasa, kateterlanadi.

Qovuq quyidagicha kateterlanadi. Tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolari kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi. Akusher qo'llarini cho'tkada sovunlab yuvadi va spirt bilan artadi. Chap qo'lining ishora va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi ochiladi va kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (kaliy permanganat) bilan artiladi. Kateter (85-rasm), yaxshisi elastik kateter, o'ng qo'lga olinib, uchi uretra orqali qovuqqa avaylab kiritiladi (86-rasm). Siydik xarakteri (tiniqligi, loyqaligi, qon aralashganligi) aniqlanadi va zarur bo'lsa tekshirishga yuboriladi.

Ichakning pastki bo'limini o'z vaqtida bo'shatish muhim. Ochilish davri 12-15 soatdan uzoqqa cho'zilsa, ichakni tozalash maqsadida huqna qo'yiladi.

Tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolari bachadon bo'ynining ochilish davrida ko'pi bilan 5-6 soatda 1 marta, shuningdek, har gal qovuqni bo'shatish va defekatsiyadan keyin kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi.



85-rasm. Ayol kateteri.



86-rasm. Qovuqni kateterlash.

Tug'ruqda juda ko'p kuch-quvvat sarf bo'ladi, shu sababli, tug'uvchi ayolning ovqat yegisi keladi. Oson hazm bo'ladigan ovqatlar (kisel, tuxum sho'rva, manniy bo'tqasi, bulka, sutli mahsulotlar, shirin choy va hokazo) oz-ozdan beriladi. Tug'uvchi ayol ko'pincha ovqatni unutib qo'yadi; akusher och qolishning zararini nazarda tutib, ayolning o'z vaqtida ovqat yeyishiga ko'z-quloq bo'lishi kerak.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida tug'ruqni og'riqsizlantirish choralari ko'riladi.

Homilaning tug'ilish davri bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilgach boshlanadi; aksari shu vaqtda (yoki ozroq ertaroq) homila pufagi yorilib, oldingi suv ketadi. Homila pufagi o'zicha yorilmasa va birinchi to'lg'oqlarda jinsiy yoriqdan ko'rinib tursa, barmoq yoki asbob bilan yirtiladi.

HOMILANING TUG'ILISH DAVRINI BOSHQARISH

Bu davrda tug'uvchi ayol organizmiga juda zo'r keladi; asab, yurak-tomir va muskul sistemalari, nafas a'zolari va boshqa a'zo hamda

tizimlar zo'r berib ishlaydi. Shu munosabat bilan yurak, tomirlar, o'pka va boshqa a'zolari kasallangan ayollarda yurak faoliyati va gazlar almashinuvi homilaning tug'ilish davrida buzilishi mumkin.

Homilaning tug'ilish davri uzoq davom etganda, to'lg'oq qattiq va tez tutganda bachadon bilan plasenta o'rtasida qon aylanishi to'xtab, homila bo'g'ilib qolishi mumkin. Shu sababli, **tug'ruqning ikkinchi davrida tug'uvchi ayol qornidagi homilaning ahvoliga ayniqsa, katta e'tibor berish zarur.**

Akusher tug'uvchi ayolning umumiy ahvoliga, teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning rangiga muntazam qarab turadi, pulsini sanaydi, arterial bosimini o'lchaydi, ayolning kayfiyatidan boxabar bo'lib turadi (boshi aylanayotganligini, boshi og'riyotganligiga, ko'zi xiralashayotganligini va shu kabilarni aniqlaydi). Tug'ruq xarakterini (to'lg'oqlarning kuchini, qancha davom etayotganligini, takrorligini) va bachadon holatini kuzatib turish kerak. Bachadonning qisqarish darajasi va pauzada bo'shashuvi, yumaloq boylamlar tarangligi, kontraksion halqaning qay balandlikda ekanligini palpatsiya yo'li bilan aniqlanadi. Bachadon pastki segmentining holati (yupqalanganligi yoki bezillab turganligi) ga e'tibor beriladi.

Homilaning tug'ilish davrida oldinda yotgan qismining tug'ruq yo'llaridan o'tib borishini aniqlash maqsadida tashqi akusherlik tekshirishi takror o'tkazib turiladi. Kichik chanoqning turli tekisliklariga homila boshining munosabati uchinchi va to'rtinchi amal bilan aniqlanadi. Buni qin orqali tekshirishda aniqroq bilish mumkin. Ana shu munosabatni quyidagicha baholanadi.

1. Homila boshining chanoq og'zining ustida turishi (87-rasm, a). Homilaning butun boshi kichik chanoq og'zi ustida joylashgan, qimirlaydi, turtilganda bemalol siljiydi yoki kichik chanoq og'ziga taqalib turadi. Chanoqning bo'sh turganligi, homila boshi yuqorida bo'lib, chanoqning nomsiz chiziqlarini va dumg'aza burnini paypaslashga xalal bermasligi (promontoriyga umuman qo'l yetsa), o'q yoysimon chok odatda, ko'ndalang o'lchamda turganligi, katta kichik liqildoqlar bir sathda ekanligi (ensa oldinda yetganda) qin orqali tekshirib aniqlanadi.

2. Homila boshining chanoq og'zida kichik segmenti bilan turishi (87-rasm, b). Homila boshi qimirlamaydi, ko'proq qismi chanoq og'zi

ustida, kichik segmenti chanoq og'zining tekisligidan pastroqda turadi: Dumg'aza chuqurchasi bo'sh turganligi, bukilgan barmoqni dumg'aza burniga olib borish mumkinligi (promontoriyga qo'l yetsa) qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Simfizning ichki yuzasini tekshirsa bo'ladi, o'q yoysimon chok ko'ndalang yoki ozroq qiyshiq o'lchamda turadi.

3. Homila boshining chanoq og'zida katta segmenti bilan turishi (87-rasm, d). Homila boshining katta aylanasi chanoq og'zining kirish tekisligidan pastda ekanligi (homila boshining kichik chanoq bo'shlig'iga tushganligi) tashqi tekshirishda aniqlanadi. Homila boshi simfiz bilan dumg'azaning yuqoridagi uchdan bir qismini berkitib turganligi, dumg'aza burni (promontoriy) ga qo'l yetmasligi, qo'ymich o'siqlari osongina paypaslanishi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Homila boshi bukilgan, kichik liqildog'i katta liqildog'idan pastroqda, o'q yoysimon chok ko'ndalang yoki ozroq qiyshiq o'lchamda ekanligi bilinadi.

4. Homila boshining chanoq bo'shlig'ining keng qismida turishi. Tashqi tekshirishda homila boshining ozgina bir qismi (peshonasi) paypaslab topiladi; homila boshining kattaroq aylanasi chanoq bo'shlig'i keng qismining tekisligidan o'tganligi, simfiz ichki yuzasining uchdan ikki qismi va dumgaza chuqurchasining yuqori yarmi homila boshi bilan band ekanligi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. IV va V dumg'aza umurtqalari hamda qo'ymich o'siqlari bimalol paypaslab topiladi. O'q yoysimon chok qiyshiq o'lchamlardan birida turadi.

5. Homila boshining chanoq bo'shlig'ining tor qismida turishi (87-rasm, e), Homila boshi tashqi tekshirilganda bilinmaydi. Dumg'aza chuqurchasining yuqoridagi uchdan ikki qismi va simfizning butun ichki yuzasi homila boshi bilan band ekanligi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Qo'ymich o'siqlari arang paypaslanadi. Homila boshi chanoq tubiga yaqin turadi, ichki burilishi hali tugallanmagan, o'q yoysimon chok qiyshiq o'lchamlardan birida, to'g'ri o'lchamga yaqinroq turadi.

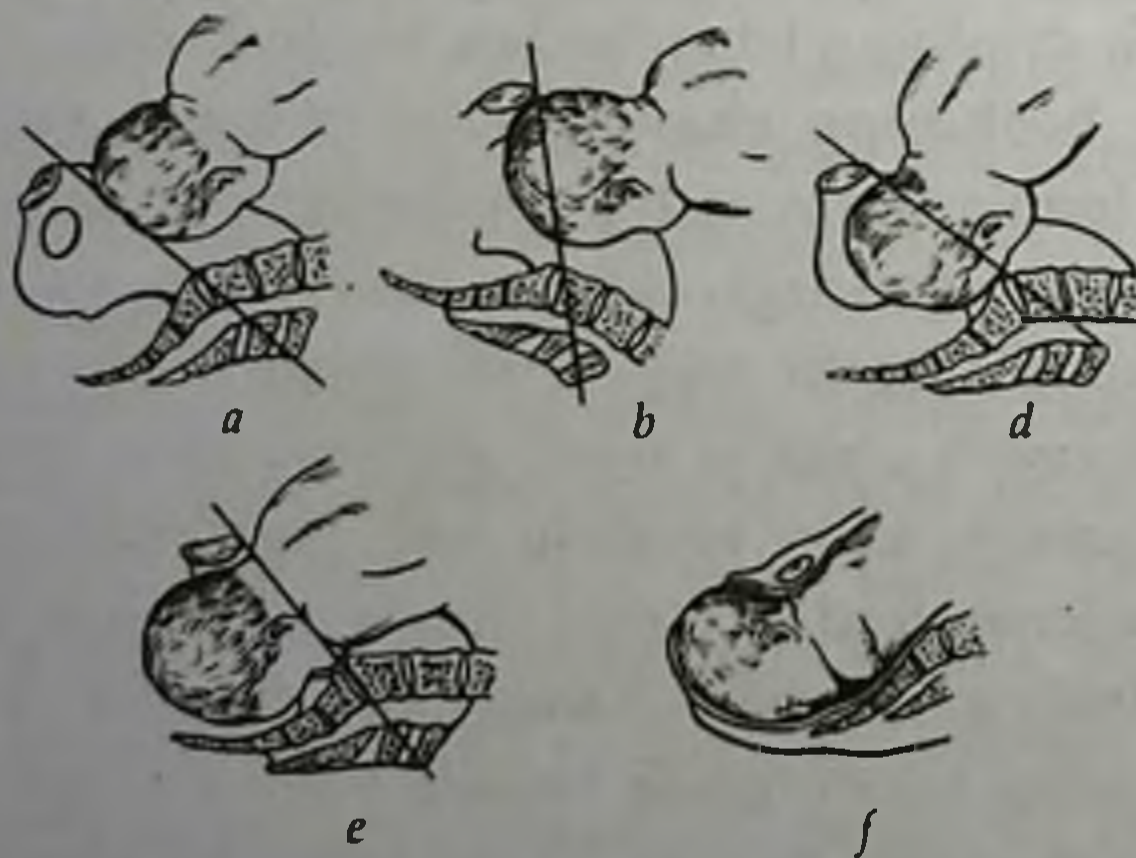
6. Homilaning boshi chanoqdan chiqish teshigida turishi (87-rasm, f). Tashqi tekshirishda homila boshi mutlaqo paypaslanmaydi, Dumg'aza chuqurchasi, homila boshi bilan batamom band, qo'ymich o'siqlari sezilmaydi, o'q yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchamda turadi.

Tug'ruq normal o'tayotganda homila boshi chanoqdan ketma-ket harakatlanib boradi, chanoqning bir tekisligida uzoq turmaydi.

Chanoqning biron tekisligida homila boshining uzoq turib qolishi homilaning tug'ilishiga biron to'sqinlik borligi yoki dard, to'lg'oq tutishi susayganligini ko'rsatadi.

Tug'ruqning ikkinchi davrida homila yuragining tonlarini har bir to'lg'oqdan keyin eshitish shart; homilaning tug'ilish davrida bo'g'ilib qolish xavfi qog'onoq suvi ketmagan birinchi davrdagiga nisbatan ko'proq bo'ladi. Auskultatsiyada homila yuragining urib turish takrorligi, tonlarining ritmi va jarangliligiga e'tibor beriladi; homilaning yurak faoliyatiga aniqroq baho berish uchun yuragining qanday urayotganini eshitish bilangina kifoyalanmay, tonlarini sanash ham kerak. Yurak tonlari har 10-15 daqiqada sanalib, olingan ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yozib turiladi. Ko'rsatma bo'lganda ultratovush apparati yordamida elektrofonokardiografiya metodi bilan yoki monitor kuzatish o'tkazib, homilaning yurak faoliyatini aniqlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolar holatiga va qindan kelayotgan chiqindi xarakteriga qarab turish katta ahamiyatga ega. Tashqi jinsiy a'zolarning shishganligi tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari chanoq suyaklari bilan homila boshi o'rtasida qisilib qolganligini ko'rsatadi; qonli chiqindi kelishi plasentaning ko'cha boshlaganligidan yoki tug'ruq yo'llarning yumshoq to'qimalari shikastlanganligi (yirtilganligi, chaqalanganligi) dan darak berishi mumkin.



87-rasm. Homila boshining chanoq tekisliklariga munosabati.

a-homila boshi chanoq og'zining ustida; b-homila boshi chanoq og'zida kichik segmenti bilan turibdi; d-homila boshi chanoq og'zida katta segmenti bilan turibdi; e-homila boshi chanoq bo'shlig'ida; f-homila boshi chanoqdan chiqish teshigida.

Homila boshi oldinda yotganda qog'onoq suviga mekoniy aralashganligi homilaning bo'g'ilib qolish belgisi hisoblanadi; qindan yiringli chiqindi kelishi infeksiyadan guvohlik beradi.



88-rasm. Homila tug'iladigan davrda ayolning vaziyati.

Homilaning tug'ilish davrida ayol Raxmanov karavotida o'zi uchun qulay vaziyatda chalqancha yotadi. Shu davrning oxiriga kelib, tug'uvchi ayol oyoqarini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukib, chalqancha yotaveradi (88-rasm). Karavotning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi; tana yuqori qismining balandroq turishi to'lg'oqni osonlashtiradi va oldinda yotgan qismning tug'ruq kanalidan bemalol o'tishiga yordam beradi. Karavotning oyoq tomonidagi polster olib qo'yiladi, natijada tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolarini kuzatish osonlashadi va tug'ruqni qabul qilish sharoiti yaxshilanadi.

Ayol tug'ruq karavotidan boshqa o'rinda tug'ayotgan bo'lsa, boshi va yelkalari tagiga qo'shimcha yostiq qo'yiladi. To'lg'oq tutganda tug'uvchi ayol oyoqlarini karavotga tiraydi (oyoqlarini tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukib turadi), karavotni chetidan yoki maxsus tizgindan ushlaydi (karavotning oyoq tomoniga ikkita sochiq boylanib, bo'sh uchini ayol ushlab turadi va to'lg'oq vaqtida o'ziga tortadi).

Homila boshi suqilib kirgan paytdan boshlab, akusher tug'ruqni qabul qilishga shay bo'lib turishi kerak. U operatsiyadan oldin qo'llar qanday yuvilsa, tug'ruqni qabul qilishdan oldin ham o'shanday yuvadi.

So'ngra tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolarini, ikkala sonining ichki yuzasini, qo'ymich va anal teshik sohasini kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan yuvadi, steril doka bilan quritadi va 5% li yod nastoykasidan suradi; anus sohasiga steril doka yoki taglik yopib qo'yadi⁴. Tug'uvchi ayolning dumg'azasi tagiga steril choyshab yoziladi.

⁴ S.D.Astrinskiy anus sohasiga steril paxta yopishni taklif etgan, paxtaning ustidan steril doka salfetka qo'yiladi, salfetka chetlariga kollodiy surtib, oraliqqa va dumbaning ichki yuzasiga yopishtiriladi.

Tug'uvchi ayol oddiy karavotda tug'ayotgan bo'lsa, jinsiy a'zolariga bemalol yaqinlashish uchun dumg'azasi tagiga valik qo'yiladi.

Akusher tug'uvchi ayolni tayyorlagandan keyin qo'llarini spirt bilan takror artadi, steril xalat va qo'lqop kiyib oladi.

Homila boshi suqilib kirayotgan paytda akusher tug'uvchi ayolning ahvoliga, dard va to'lg'oq tutishiga, homila boshining harakatlanib borishiga qarab turish bilan kifoyalanadi (89-rasm). Homila boshi yorib chiqqan hamono akusherlik yordamiga kirishiladi, ya'ni tug'ruq qabul qilina boshlaydi.



89-rasm. Homila boshining suqilib kirishi. Akusher tug'ruqni qabul qilishga tayyor.

Akusherning yordam berish zarurati shundan kelib chiqadiki, homila boshi ko'rinayotganda chanoq tubiga qattiq tazyiq ko'rsatib, uni haddan tashqari cho'zib yuboradi. Ayni vaqtda homila boshini tug'ruq kanalining devorlari qisib qo'yadi. Shu munosabat bilan tug'uvchi ayolning oralig'i yirtilishi, homila miyasida qon aylanishi buzilishi mumkin.

Shu sababli, tug'ruqni qabul qiluvchi akusher: a) oraligni shikastlanishdan saqlaydi, b) homilani noqulay ta'sirlardan ehtiyot qilib, tug'ruq yo'llaridan avaylab oladi.

Shu vazifalarni ado etmoq uchun quyidagi shartlarga rioya qilish zarur.

1. Yorib chiqqan homila boshi sekin-asta, ohistalik bilan harakatlanishi kerak. Homila boshining sekin-asta yorib chiqishi oraliq shikastlanmagani holda to'qimalarining cho'zilishiga yordam beradi.

2. Homila boshi eng kichik o'lchami bilan (bosh oldinda yotganda) yorib chiqishi kerak. Homila boshi vulvar halqadan qancha kichik aylanasi bilan yorib chiqsa, oraligni o'shancha kam cho'zadi.



90-rasm. Akusher homila boshining tez harakatlanib borishini to'xtatib turadi va homila boshining barvaqt yozilishiga yo'l qo'ymaydi («oraliquni himoya qilish»).

Bosh eng kichik o'lchami bilan yorib chiqqanda uni tug'ruq kanalining devorlari kamroq qisishini nazarda tutish zarur.

Ensa oldinda yotishining oldingi turida kichik qiyshiq o'lcham (9,5 sm, aylanasi 32 sm) eng kichik o'lcham hisoblanadi. Homila boshi vulvar halqadan shu o'lchami bilan o'tishi kerak.

Akusher tug'uvchi ayoldan o'ng tomonda turib, homila boshi yorib chiqa boshlashi bilanoq yordam bera-boshlaydi (boshning suqilib kirish vaqtida har qanday muolaja ortiqcha): a) homila boshining haddan tashqari tez harakatlanishini to'xtatib, uning sekin-asta yorib chiqishiga yordam beradi, b) homila boshining barvaqt yozilishiga yo'l qo'ymaydi. Akusher homila boshining barvaqt yozilishiga yo'l qo'ymay, uning bukilgan holatda yorib chiqishiga ko'maklashadi. Homila boshi bukilgan holatda eng kichik aylanasi bilan yorib chiqadi, bu aylana kichik qiyshiq o'lchamdan (32 sm) o'tadi, bukilmagan bosh esa katta aylanasi bilan yorib chiqadi, bu aylana to'g'ri o'lchamdan (34 sm) o'tadi, ayni vaqtda to'qimalar ko'proq cho'ziladi.



91-rasm. Qattiq to'lg'oq tutganda chap qo'l homila boshini oraliq tomonga bukib, o'ng qo'lga ko'maklashadi («oraliquni himoya qilish»).

Yuqorida aytilgan talablar quyidagicha bajariladi.

1. Yorib chiqayotgan homila boshining harakatini boshqarish. O'ng qo'lning uch barmog'i yorib chiqayotgan homila boshiga qo'yiladi. Akusher barmoqlarining yumshoq qismini homila boshiga

tegizib ushlab, to'lg'oq vaqtida boshning tez harakatlanishiga to'sqinlik qiladi va uning barvaqt yozilishiga yo'l bermaydi (90-rasm). To'lg'oq qattiq tutganda tez harakatlanib kelayotgan boshni o'ng qo'l to'xtatib turolmasa, chap qo'l bilan yordam beriladi. Shu maqsadda chap qo'l panjasi qovga qo'yiladi, barmoqlar oxirgi falangalarining kaftga qaragan yuzasi bilan bosh avaylab bosib turiladi, bosh oraliq tomonga bukiladi va uning tez harakatlanib borishi to'xtatib turiladi (91-rasm).

Ko'pgina akusherlar o'ng qo'lning kaft yuzasini oraliqqa qo'yib, uni ushlab turishadi, ammo akusherning qo'llari oraliqqa tegmay turgani ma'qul. Oraliqni bosib turish natijasida qon aylanishi buzilib, oraliq yirtilishi mumkin.

To'lg'oqlar orasida o'tadigan davrlar (pauzalar)da chap qo'l barmoqlari homila boshida qoladi, o'ng qo'l esa vulvar halqaning orqa-yon bo'limlaridagi to'qimalarning cho'zilishini bartaraf etadi. Akusher to'qimalarni surib beradi. Shu maqsadda to'lg'oqlar o'rtasidagi pauzalarda klitor va kichik jinsiy lablar to'qimasi tug'ilayotgan ensadan pastga tushiriladi; vulvar halqa oldingi bo'limining kam cho'ziladigan to'qimalari mumkin qadar orqaga, oraliq tomonga suriladi, shu tariqa yangi to'lg'oq bartaraf qilinadi. To'qimalarni surib berish to'xtatiladi, yana boshning tez yorib chiqishiga va barvaqt yozilishiga yo'l berilmaydi.

2. Homila boshini chiqarish. Ensa tug'ilib, ensa osti chuqurchasi (fiksatsiya nuqtasi) simfizning pastki chekkasiga tayangan vaqtda tug'uvchi ayolning kuchanishiga ruxsat etilmaydi. Shu paytdan boshlab homilaning butun boshi chiqarilguncha tug'uvchi ayol og'zi bilan nafas oladi, qo'llarini ko'kragiga qo'yib turadi. Bir maromda og'izdan chuqur nafas olish to'lg'oqni to'xtatib turishga yordam beradi. Kuchanish nima uchun yaramasligini va akusherning buyruqlarini bajarish zarurligini tug'uvchi ayolga oldindan tushuntirib qo'yish kerak.



92-rasm. Homila boshini chiqarish: homila boshi chap qo'lda ushlanib, sekin-asta yoziladi; oraliq to'qimalari o'ng qo'lda homila boshidan sekin-asta tushiriladi («oraliqni himoya qilish»).

Ensa do'mbog'i chiqqach tepa do'mboqlar tug'ruq yo'llaridan chiqariladi, vulvar halqaning yon chekkalari tepa do'mboqlardan

avaylab tushiriladi. Shundan keyin homila boshi chap qo'l bilan ushlanadi va sekin-asta avaylab yoziladi; bosh yozilayotgan vaqtda oraliq to'qimalari homila boshidan o'ng qo'l bilan tushiriladi (92-rasm). Bosh sekin-asta yozilganda avval peshanasi, so'ngra yuzi va engagi oraliq ustidan ko'rinadi. Homila boshi chiqqach, bo'yniga qindagi o'ralgan-o'ralmaganligi tekshiriladi. Kindik o'ralgan bo'lsa, qovuzlog'idan avaylab tortib, boshi orqali bo'ynidan olinadi. Kindikni bo'yindan olish mumkin bo'lmasa, ikki qisqich orasiga olib kesiladi.

3. Yelka kamarini chiqarish. Homilaning tug'ilgan boshi yuzini pozitsiyaga yarasha onaning o'ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buriladi. Homila boshining tashqi burilishi to'xtab qolsa, tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi; to'lg'oq tutgan vaqtda yelkalarining ichki burilishi va boshning tashqi burilishi ro'y beradi; yelkalar chanoqning to'g'ri o'lchamiga mos turadi va vulvar halqa orqali paypaslanadi. Yelkalarining chiqishiga akusher alohida e'tibor berishi kerak, chunki bunda yumshoq to'qimalar anchagina cho'zilib, oraliq yirtilishi mumkin.

Yelka kamari chiqayotganda quyidagi yordam ko'rsatiladi. O'zicha chiqayotgan oldingi yelkani qov ravog'iga taqab ushlanadi va shundan keyin orqadagi yelka oraliqdan chiqariladi.

Yelka kamarining o'z-o'zicha chiqishi to'xtalib qolsa, quyidagicha amal qilish ruxsat etiladi.

Homila boshi ikkala qo'l bilan shunday ushlanadiki, kaftlar quloq sohasiga yotsin (barmoqlarning uchlari homilaning bo'yniga tegmasin, chunki bunda tomirlar va nervlarning qisilish xavfi kelib chiqadi). So'ngra homilaning oldingi yelkasi qov ravog'ining ostiga yaqinlashmaguncha boshi avaylab pastga tortiladi (93-rasm, a), So'ngra homila boshi oldinga qarab yuqoriga ko'tariladi, shu payt homilaning orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi (93-rasm, b).



93-rasm. Homila yelkalarini chiqarish.

a-oldingi yelkasini chiqarishda qo'l amali; chiqqan bosh orqaga tortilganda oldingi yelka chov ravog'ining ostiga keladi; b-orqadagi yelkasini chiqarishda qo'l amali; homila boshi oldinga tomon ko'tarilganda orqadagi yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

Homilaning orqadagi yelkasini quyidagi amal bilan chiqarish ham mumkin: homila boshi chap qo'lda ushlanib, yuqoriga suriladi, oraliq to'qimalari esa o'ng qo'l bilan homila yelkasidan tushiriladi.



94-rasm. Homilaning orqadagi yelkasini chiqarishda ikkinchi amal.



95-rasm. Homila tanasini chiqarish.

Homila yelkalarini shu amallar bilan chiqarib bo'lmasa, ishora barmog'i homilaning orqa tomonidan oldingi yelkaning qo'ltig'iga suqiladi; tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi va shu payt homila yelkasi qov ravog'ining ostiga kelmaguncha undan ushlab tortiladi. Shundan keyin homilaning orqadagi yelkasi chiqariladi.

4. Yelka kamari chiqqach, homilaning ko'krak qafasi ikkala qo'l bilan avaylab ushlanadi (95-rasm) va tanasi yuqoriga yo'naltiriladi; ayni vaqtda homila tanasining pastki qismi bemalol chiqadi.

Bola tug'ilgach, yo'ldosh tushish davri boshlanadi, bu davr alohida e'tibor bilan kuzatishni talab qiladi. Akusher tug'uvchi ayolni sinchiklab kuzatib turadi va shu bilan birga, yangi tug'ilgan bolani birinchi marta tozalaydi.

Yangi tug'ilgan bola birinchi marta quyidagicha artib-tozalanadi.

1. Tug'ilgan bola steril dokaga artiladi, so'ngra og'iz-burni bir parcha steril paxta bilan shilimshiqdan tozalanadi va onasining bukilgan va kerilgan oyoqlari orasidagi iliq steril yo'rgakka qo'yiladi. Kindik tarang bo'lmasligi kerak. Akusher bolani ko'zdan kechirib, xulq-atvoriga qarab turadi. Yetuk tug'ilgan sog'lom bola darrov nafas ola boshlaydi, qattiq chinqiradi, qo'l-oyog'ini harakatlantiradi, aksari hademay siyadi. Akusher bolani yotqizib, yana qo'llarini yuvadi, spirtga artadi va yangi tug'ilgan bolani tozalashga kirishadi.

2. Oftalmoblennoreyaning oldini olish chorasi albatta amalga oshiriladi, chunki yangi tug'ilgan bola tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda

ko'ziga infeksiya yuqish ehtimoli bor. Ko'zga gonokokklar yuqishi og'ir oqibatlar keltiradi, hatto ko'r qilib qo'yadi.



96-rasm. Oftalmoblennoreyaning oldini olish.

Yangi tug'ilgan bolaning ko'ziga 2% li kumush nitrat eritmasidan 1-2 tomchi tomiziladi.

Hozirgi paytda gonoblennoreyaning oldini olish (profilaktika) maqsadida 1% eritromitsin yoki tetrasiklin mazi ishlatishayapti. Homila tug'ilgan zamona uning qovoq teri qoplamlaridan steril paxta shariklar bilan tug'ruq shilimshiqlari (smazka) va shilliqlar (sliz) olinadi (buni olishda shariklarni tashqi burchakdan ichkari burchak tomon harakatlantirish kerak bo'ladi, har qaysi ko'z uchun alohida sharik olinadi). Shundan keyin bolaning quyi qovog'ini astagina pastga tortib turib, konyunktiva qopchasiga 1% eritromitsin yoki tetrasiklin mazi suriladi, ikkinchi marta u tug'ilgandan 2 soat o'tgach suriladi (96-rasm).

3. Homila tug'ilgach, odatda, 2-3 daqiqadan keyin kindik tomirlarining urib turishi (pulsatsiyasi) to'xtaydi, kindik shundan keyin bog'lanadi. Kindik tomirlari urib turganda homilaning tomirlar tizimchasiga kindik venasi orqali plasentadan 2-3 daqiqada 50-100 ml qon kiradi. Pulsatsiya to'xtagach, kindik qat'iy aseptika-antiseptik sharoitida qirqiladi va bog'lanadi.



97-rasm. Kindakni ikki qisqich orasidan qirqish.

Kindik spirtga ho'llangan steril paxta sharcha bilan artiladi va ikkita Koxer qisqichi orasiga olinadi. Bir qisqich kindik halqasidan 8-10 sm masofaga, ikkinchisi ozroq yuqoriga qo'yiladi. Kindikning qisqichlar orasidagi qismi to'mtoq qaychida qiladi (97-rasm). Kindikning ona tomondagi uchi jinsiy yoriq oldidan tasma yoki ipak bilan bog'lanadi va doka salfetskaga o'raladi.

Bolani sovuq qottirib qo'ymaslik uchun kindikning bola tomondagi uchi steril yo'rgak yozilgan va grelka, elektr reflektor bilan isitilgan yo'rgaklash stolchasida tozalanadi.

Kindikning bola tomondagi uchi spirt bilan yana artiladi va kindik halqasidan 1,5-2 sm narida steril tasmacha yoki yo'g'on ipak bilan bog'lanadi. Ligatura (bog') uchlari kindik tizimchasining bir tomonida bir marta, qarama-qarshi tomonda ikkinchi marta tugiladi. Ikkinchi tugun qovuzloqli qilib solinadi, kindik qurib qolsa yoki birinchi tugun bo'shashib qolsa kindikni tarang tortish uchun qovuzloqni bo'shatsa bo'ladi. Shundan keyin kindik qoldig'ining uchi bog'langan joyining 2-3 sm yuqorisidan qirqilib, yuziga 5% li yod nastoykasi surtiladi, kindik qoldig'i steril doka salfetskaga o'raladi, salfetka uchlari kindik halqasi oldidan bog'lanadi (98-rasm); salfetalarga o'ralgan kindik qoldig'ini qoringa steril doka bint bilan bog'lab qo'yish mumkin.



98-rasm. Kindik qoldig'ini bog'lab, doka salfetka o'rash.
a - birinchi moment; b - ikkinchi moment.

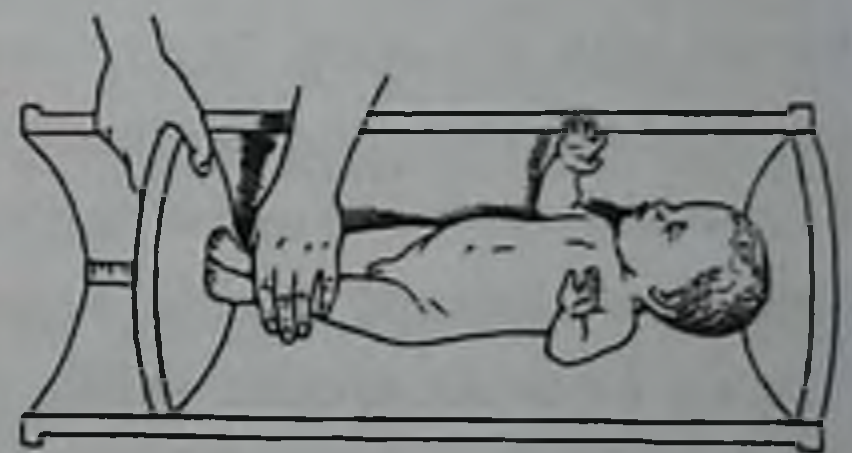
Hozirgi paytda kindik qoldig'iga metall yoki rezina halqacha kiydirib qo'yishni afzal ko'rishmoqda. Metall halqacha quyidagicha kiydiriladi: kindikda tomir urishi to'xtagach 2 ta qisqich: birini kindik halqasidan 10 sm naridan, ikkinchisini undan 2 sm keyin qo'yiladi. Har ikkala qisqich o'rtasini yodning 5% li spirtidagi eritmasi bilan artiladi va shu yerdan kesiladi. Shundan keyin chaqaloqni yo'rgaklash stoliga olib, akusher ikkinchi marta yuvadi va obrabotka qiladi, steril

doka salfetka bilan kindik qoldig'ini artadi, ko'rsatkich barmog'i bilan katta barmog'i orasiga olib, asta-asta siqadi. So'ng maxsus qisqich bilan metall halqachani (Rogovinniki) olib, unga kindik qoldig'i kiritiladi, bunda halqachaning pastki cheti kindik tubidan 0,5-0,7 sm yuqorida turishi kerak, qisqichni halqaga «shiq» etib tutashguncha ajratib olinadi. Halqacha kiydirib qo'yilgan kindik qoldig'i ochiq qoldiriladi va uni qunt bilan parvarish qilib turiladi; spirtdagi 2% li borat kislota eritmasiga ho'llangan steril doka salfetka bilan har kuni artiladi.

Yangi tug'ilgan bola tozalanib bo'lgandan keyin tarozida tortiladi (99-rasm), bo'yi (bosh tepasidan tovonigacha) o'lchanadi (100-rasm), boshi va yelkalarining o'lchamlari aniqlanadi, qo'lga steril kleyonkadan bilaguzuk taqiladi. Bilaguzukka onaning familiyasi, ismi va otasining ismi, tug'ruq tarixining nomeri, bolaning jinsi, vazni, bo'yi, tug'ilgan vaqti oldindan siyohda yozib qo'yiladi, so'ngra bolaga steril iliq ishtoncha kiygizilib, steril yo'rgak bilan adyolga o'raladi va isitiladigan yo'rgaklash stolchasiga 2 soat qo'yiladi. 2 soatdan keyin bola chaqaloqlar palatasiga olib boriladi.



99-rasm. Yangi tug'ilgan bolani tortish.



100-rasm. Yangi tug'ilgan bolaning bo'yini o'lchash.

TUG'RUQNING IKKINCHI DAVRINI BOSHQARISH

Tug'ruqning ikkinchi davri odatda, 30 daqiqadan 1 soatgacha davom etadi. Zamonaviy sharoitlarda mazkur vaqt chegaralariga taxminiy yondashish lozim. Tug'ruq vaqtida ona va homilaning ahvoli - to'lg'oq davrining davomiyligiga to'g'ri baho beruvchi va tug'ruqqa aralashishni hal qiluvchi ko'rsatkichdir.

Tug'uvchi ayolga o'ziga mas'ul bo'lgan tana holatini qabul qilishga ruxsat beriladi. Tug'ruqning ikkinchi davrida tik turish, o'tirish, tizzaga

bukilish va oyoqlarda o'tirish holatlarida bo'lish tavsiya qilinadi. Ayrim hollarda partnyorning yordami ham zarur bo'ladi.

Bachadon mushaklarining har qisqarishida tug'uvchi ayolda beixtiyoriy kuchaniqlar paydo bo'lganligi tufayli, unga tabiiy kuchanishga imkoniyat berish zarur.

Epiziotomiya faqat tibbiy ko'rsatmalar asosida og'riqsizlantirish bilan amalga oshiriladi.

YO'LDOSH TUSHISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug'ruqning uchinchi davrida plasenta ko'chib, tug'ruq yo'llaridan tushadi.

Yuqorida eslatilganidek, plasenta ko'chayotganda ozroq qon ketadi, bu esa fiziologik hodisa hisoblanadi. Ammo yo'ldosh tushish davrida anchagina qon ketib, hatto hayot uchun xavfli darajaga yetishi mumkin, bu esa plasentaning ko'chish va chiqish jarayonining buzilishiga aloqador. Tug'ruqning uchinchi davrida kon ketishi tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilishiga bog'liq bo'lishi mumkin. Tug'uvchi ayolni akusher tug'ruqning uchinchi davrida shuning uchun ham doim kuzatib turishi kerak. Akusher ayolning umumiy ahvoriga, teri va ko'rinib turgan shilliq pardalar rangiga hamisha qarab turadi, pulsini sanab, arterial bosimini o'lchaydi.

Yo'ldosh tushish davri fiziologik hodisa bo'lib o'tganda tug'uvchi ayol ahvoli yaxshi, pulsi to'liq, ritmli, arterial bosimi normal bo'ladi. Ayol kayfiyatining o'zgarishi (bo'shashib ketishi, boshi aylanishi), teri va shilliq pardalarining rangsizlanishi, pulsining tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi odatda, qon ketayotganligidan guvohlik beradi va shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi.

Tug'uvchi ayol yo'qotayotgan qon miqdorini hisobga olib turish kerak; buning uchun chanog'i tagiga qaynatilgan tuvak yoki sirlangan maxsus yassi idish qo'yiladi. Yo'ldosh tushish davrida qon bachadon devori bilan plasenta orasiga to'planib, tashqariga chiqmagani holda ayol talaygina qon yo'qotishi mumkin.

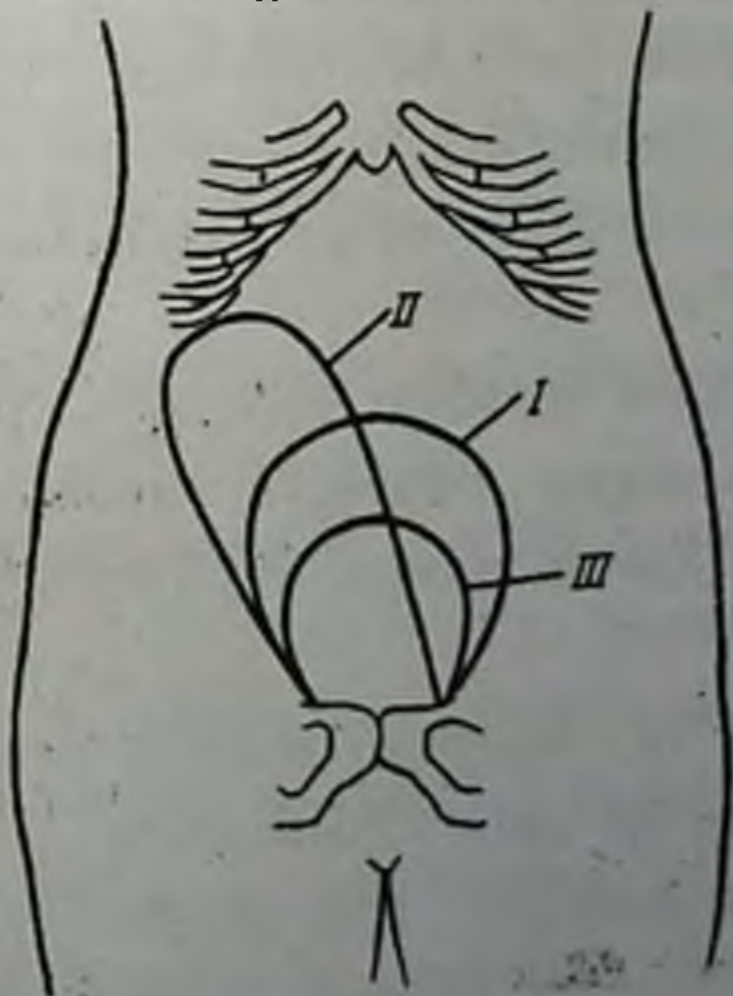
Bachadon shaklini va tubining qay balandlikda turganini kuzatib, plasentaning ko'chayotganligini, shuningdek, retroplasentar gematoma hosil bo'layotganini bilish mumkin.

Qovuq to'lib ketganda yo'ldosh tushish davrining dard va to'lg'oqlari to'xtalib qolib, plasentaning ko'chishi va yo'ldosh tushish jarayoni buziladi. Shuning uchun yo'ldosh tushish davrida qovuq holatiga qarab turish va uning to'lib ketishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Yo'ldosh tushish davrida tug'uvchi ayolga doimo diqqat bilan qarab turgan holda qat'iyon kutish pozitsiyasiga amal qilinadi. Plasentaning ko'chish va chiqish jarayonini tezlataman deb urinishning har qanday (bachadonni massaj qilish, kindikdan tortish va hokazo) plasentaning ko'chishidan iborat fiziologik jarayonni buzadi, bachadonning qisqarish ritmini o'zgartiradi va qon ketishiga sabab bo'ladi.

Tug'uvchi ayol ahvoli yaxshi bo'lib, qon ketmayotgan bo'lsa plasentaning o'zicha ko'chib tushishini 1 soatgacha kutish kerak. 250-300 ml dan ortiq qon ketganda, ayolning ahvoli yomonlashganda, shuningdek, plasenta bachadonda 1 soatdan ortiq ushlanib qolganda yo'ldoshni tushirish uchun faol choralar ko'riladi. Bunday hollarda yo'ldosh tashqi amallar bilan tushiriladi yoki bachadon bo'shlig'iga qo'l suqib olinadi.

Yo'ldosh tushish davrini boshqarmoq uchun plasenta bachadon devorlaridan ko'chib, uning pastki segmentida yoki qinda turganligini ko'rsatuvchi belgilarni bilish muhim.



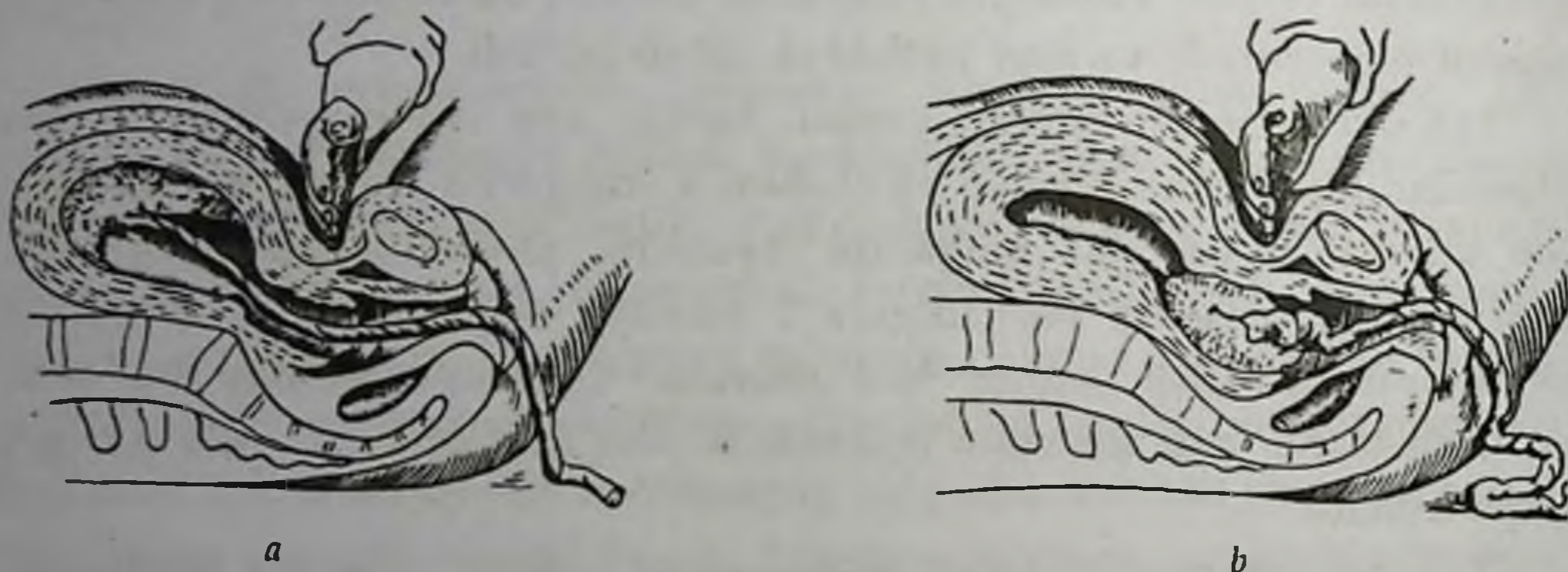
101-rasm. Yo'ldosh tushish davrida bachadon tubining qay balandlikda turishi va bachadon shakli.

I-homila tug'ilgach; II-plasenta ko'chgan; III-plasenta tushgach.

Plasentaning ko'chganligini ko'rsatuvchi eng muhim belgilar.

1. Bachadon shaklining va bachadon tubi balandligining o'zgarishi (Shreder belgisi). Homila tug'ilgan zahoti bachadon yumaloq shaklda bo'lib, tubi kindik ro'parasida turadi. Plasenta ko'chgach, bachadon yassilanib, torroq bo'lib qoladi, bachadon tubi ko'chgan plasenta ustida kindikdan yuqoriga (ba'zan qovurg'alar ravog'igacha) ko'tariladi; bachadon ko'pincha o'ngga buriladi (101-rasm).

2. Kindik tashqi bo'lagining uzayishi (Alfeld belgisi). Ko'chgan plasenta bachadonning pastki segmentiga yoki qinga tushadi. Shu sababli, kindikni qirqqan vaqtda jinsiy yoriq oldidan solingan qisqich 10-12 sm pastga tushadi.



102-rasm. Kyustner – Chukalov belgisi.
a-plasenta ko'chmagan, kindik qinga tortiladi;
b-plasenta ko'chgan, kindik qinga tortilmaydi.

3. Simfiz ustida do'ppayma paydo bo'lishi. Ko'chgan plasenta bachadonning yupqa devori pastki segmentiga tushgan paytda shu segmentning oldingi devori qorin devori bilan birga ozroq ko'tarilib, simfiz ustida do'ppayma hosil bo'ladi.

4. Kyustner – Chukalov belgisi. Qov ustidagi soha qo'l panjalari qirrasi bilan bosilsa, plasenta ko'chmagan taqdirda kindik qinga tortiladi; plasenta ko'chgan taqdirda kindik qinga tortilmaydi (102-rasm).

Odatda, plasentaning ko'chganligi bir belgiga qarab emas, balki yuqorida tasvir etilgan belgilar yig'indisiga qarab bilinadi.

Yo'ldosh tushish davri normal (fiziologik hodisa bo'lib) o'tsa, ko'chgan yo'ldosh tug'ruq yo'llaridan o'zicha chiqadi, ko'pincha bola

tug'lgandan yarim soat keyin yo'ldosh tushadi. Ba'zan ko'chgan plasenta va pardalar homila tug'lgach yarim soatdan bir soatgacha muddat ichida va ba'zan esa bir soatdan keyin tushadi.



103-rasm. Yo'ldoshni Abuladze usulida chiqarish.



104-rasm. Yo'ldoshni Genter usulida chiqarish.

Yo'ldosh tushishi yarim soatdan ko'pga cho'zilsa, akusher plasentaning ko'chish belgilari bor-yo'qligini tekshiradi. Plasenta ko'chmagan, qon ketmayotgan va tug'uvchi ayolning ahvoli yaxshi bo'lsa, 1 soatgacha kutib turiladi, shundan keyin yo'ldosh tushiriladi.

Tekshirishda plasentaning ko'chish belgilari aniqlansa, uni darhol chiqarish choralari ko'riladi.

Avvalo qovuq, bo'shatiladi va tug'vchi ayolga kuchanish buyuriladi. Ko'chgan plasenta ko'pincha kuchanish ta'sirida osongina tushadi. Shu oddiygina usul natija bermasa, yo'ldosh tashqi amallar bilan tushiriladi.

Ko'chgan yo'ldoshni chiqarishning quyidagi usullari bor.

1. Abuladze usuli. Qovuq bo'shatilgandan keyin bachadonni qisqartirish maqsadida avaylab massaj qilinadi. So'ngra qorin devori ikkala qo'l bilan ushlanib, uzunasiga burma hosil qilinadi va tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi (103-rasm). Ko'chgan yo'ldosh odatda, osonlik bilan tushadi.

2. Genter usuli. Qovuq bo'shatiladi, bachadon tubi o'rta chiziqqa keltiriladi. Akusher tug'uvchi ayolning yonida, uning oyoqlariga yuzlanib turadi. Qo'llarining panjalarini musht qilib, asosiy falangalarning orqa (dorzal) yuzasini bachadon tubiga (nay burchaklari sohasidan) qo'yadi va pastga hamda ichkariga qarab sekin-asta bosadi (104-rasm); tug'uvchi ayol ayni vaqtda kuchanmasligi kerak.



105-rasm. Yo'ldoshni Krede-Lazarevich usulida chiqarish.

3. **Krede-Lazarevich usuli.** Abuladze va Genter usullariga nisbatan qo'polroq, shuning uchun Abuladze va Genter usullaridan biri qo'llanilganda natija chiqmasa, Krede - Lazarevich usuli tatbiq etiladi. Bu usulda quyidagicha ish ko'riladi: a) qovuq bo'shatiladi; b) bachadon tubi o'rta chiziqqa keltiriladi; d) bachadonni yengilgina massaj qilib, qisqarishga majbur etiladi; e) tug'uvchi ayolning chap tomonida uning oyoqlariga yuzlanib turib, bachadon tubi o'ng qo'l bilan shunday ushlanadiki, bosh barmoq bachadoning oldingi devoriga, kaft bachadon tubiga, to'rtta barmoq esa bachadonning orqa yuzasiga to'g'ri kelsin (105-rasm); f) yo'ldosh qisib chiqariladi: bachadon oldindan orqaga qarab qisilib, bachadon tubi pastga va oldingi chanoq o'qi bo'ylab bosiladi. Ko'chgan yo'ldosh bu usulda osongina chiqadi.

Odatda, yo'ldosh (plasenta va pardalar) birato'la tushadi; ba'zan plasenta chiqqach, u bilan bog'langan pardalar bachadonda qolganligi aniqlanadi. Bunday hollarda chiqqan plasentani ikkala qo'l kaftiga olib, bir yo'nalishda sekin-asta aylantiriladi. Ayni vaqtda pardalar buralib bachadon devorlaridan sekin-asta ko'chadi va uzilmasdan tashqariga chiqadi (106-rasm, a).

Pardalarni ajratib chiqarishning ikkinchi usuli ham bor (Genter). Plasenta chiqqach, oyoq panjalariga tayanib chanog'ini ko'tarish ayolga buyuriladi, shu payt plasenta osilib tushib, o'z og'irligi bilan pardalarning ko'chishiga yordam beradi (106-rasm, b).

Yo'ldosh tushgach, plasenta va pardalarning butunligini bilish uchun sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Plasenta silliq podnosda yoki kaftda onaga qaragan yuzasini yuqoriga qilib yoziladi (107-rasm) va

plasenta bo'laklari e'tibor bilan birma-bir tekshiriladi. Plasentaning chetlarini juda sinchiklab ko'zdan kechirish kerak; butun plasenta chetlari silliq bo'lib, undan boshlanuvchi tomirlar uzilmagan bo'ladi.



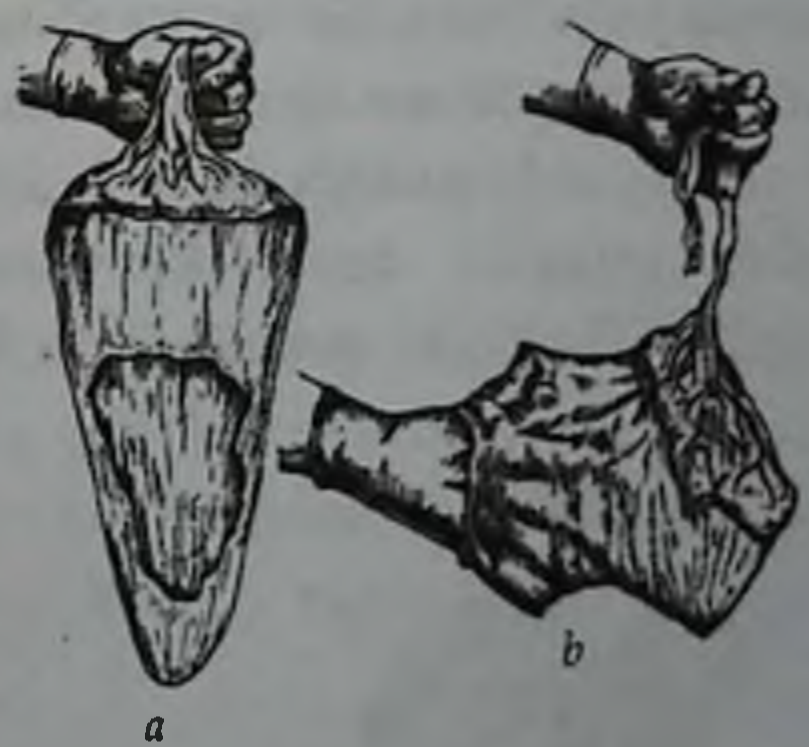
106-rasm. Pardalarni chiqarish.

a-pardalarni burash; b-ikkinchi usul (Genter usuli). Tug'uvchi ayol chanog'ini ko'taradi, plasenta osilib tushadi, shu tufayli pardalar ajralib chiqadi.

Plasenta ko'zdan kechirilgach, pardalar tekshiriladi. Buning uchun plasenta onaga qaragan tomoni pastga, homilaga qaragan tomoni esa yuqoriga qilib ag'dariladi (108-rasm, a). Pardalarning yirtilgan joylarining chetlari barmoqlar bilan ushlanadi va homila bilan qog'onoq suvini saqlab turgan tuxum kamerasi tiklashga harakat qilib, pardalar yoziladi (108-rasm, b).



107-rasm. Plasentaning onaga qaragan yuzasini ko'zdan kechirish.



108-rasm. a,b - pardalarni ko'zdan kechirish.

Ayni vaqtda qog'onoq pardasi bilan vorsinali pardaning butunligiga e'tibor beriladi, pardalar orasida plasenta chetidan boshlangan tomirlarning uzilgan-uzilmaganligi aniqlanadi. Tomirlarning uzilganligi plasentaning qo'shimcha bo'lagi borligini va bachadon bo'shlig'ida

qolganligini ko'rsatadi. Pardalar ko'zdan kechirilganda ularning uzilgan joyi topiladi, bu esa plasentaning devoriga yopishgan joyini bir qadar bilishga imkon beradi. Pardalarning tug'ruqda uzilgan joyi placentaga chetiga qancha yaqin bo'lsa, placentaga bachadon devoriga o'shancha pastroqdan yopishgan bo'ladi.

Plasenta butunligini aniqlash juda muhim ahamiyatga ega. Plasenta bo'laklarining bachadonda ushlanib qolishi tug'ruqning tahlikali og'irlashuvi hisoblanadi. Buning oqibatida yo'ldosh tushgach tez orada yoki chnlladagi bir qadar muddatda qon ketadi. Qon juda ko'p ketib, tuqqan ayolning hayotiga xavf tug'dirishi mumkin. Plasentaning bo'laklari bachadonda ushlanib qolganda chilla davrining septik kasalliklari ham avj oladi.

Modomiki shunday ekan, plasentada nuqson topilgan hamon uning bachadonda ushlanib qolgan bo'laklari qo'l bilan olinadi. Pardalarning bachadonda ushlanib qolgan bo'laklari chiqindi bilan birga chiqib ketib, bachadon ichiga qo'l suqish zaruratini tug'dirmaydi.

Plasenta ko'zdan kechirilgach, o'lchanadi va tortib ko'riladi. Plasenta va pardalar haqidagi hamma ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yoziladi (plasenta ko'zdan kechirilgach, kuydiriladi yoki sanitariya nazorati ko'rsatgan joyga ko'miladi). So'ngra yo'ldosh tushish davrida va tug'ruqdan bevosita keyin yo'qotilgan qonning umumiy miqdori o'lchanadi.

Yo'ldosh tushgach, tashqi jinsiy a'zolar, oraliq sohasi va sonlarning ichki yuzalari dezinfeksiyalovchi kuchsiz iliq eritma bilan yuviladi, steril salfetskada quritiladi va ko'zdan kechiriladi.



109-rasm. Yo'ldosh tushgandan keyin oraliqni va qin og'zini ko'zdan kechirish.

Avvalo tashqi jinsiy a'zolar va oraliq ko'zdan kechiriladi, keyin jinsiy lablar steril tamponlar yordamida kerilib, qin ko'zdan kechiriladi (109-rasm). Ayniqsa, birinchi marta tuqqan va operatsiya qilingan ayollarning bachadon bo'ynini ko'zgu bilan ko'rish kerak.

Tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari yirtilgan taqdirda choklanmasa, ulardan infeksiya kiradi. Oraliq yirtilgan taqdirda, infeksiya kirishdan tashqari, jinsiy a'zolar pastga tushib va chiqib qoladi. Bachadon bo'yni yirtilganda ag'darilib chiqishi xronik endoservisit, eroziyalar ro'y berishi mumkin. Bu patologik jarayonlarning hammasi bachadon bo'ynida rak kelib chiqishi uchun sharoit tug'dira oladi. Shuning uchun oraliq, qin devorlari va bachadon bo'yni yirtilgan taqdirda tug'ruqdan bevosita keyin sinchiklab choklanishi zarur. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilgan joylarini choklab qo'yish chilladagi yuqumli kasalliklar, jinsiy a'zolarning pastga tushib qolishi va boshqa ginekologik kasalliklarning oldini olish uchun zarur choradir.

Tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilgach, tuqqan ayolga toza ko'ylak kiygiziladi, tagidagi choyshabi almashtiriladi, ustiga adyol yopiladi va tuqqan ayollar bo'limida kuzatib turiladi. Tuqqan ayolning umumiy ahvoriga qarab turiladi, pulsini sanab kayfiyatidan xabardor bo'lib turiladi. Bachadon vaqt-bavaqt palpatsiya qilinadi va qindai qon kelayotgan-kelmayotganligi aniqlanadi. Qo'shimcha bachadon tonusining pasayganligi tufayli tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda ba'zan qon ketishini nazarda tutish kerak.

Tuqqan ayol ahvoli yaxshi, shikoyati yo'q, pulsi yaxshi to'lishgan va tezlashmagan, bachadoni zich bo'lib, qon ketmayotgan bo'lsa, 2-3 soatdan keyin chilla bo'limiga o'tkaziladi. Hamma ma'lumotlar o'z vaqtida yozib qo'yilgan tug'ruq tarixi ham ko'zi yorigan ayolga qo'shib yuboriladi.

TUG'RUQNING UCHINCHI DAVRINI FAOL BOSHQARISH

Hozirgi paytda O'zbekiston Respublikasida Jahon Sog'liqni Saqlash tashkilotining protokollari asosida tug'ruqning uchinchi davrini faol boshqarish usuliga o'tilgan. Shu munosabat bilan barcha tug'ruq komplekslarida bu jarayon keng qo'llanilmoqda.

Tug'ruqning uchinchi davrini faol boshqarish (yo'ldoshning faol tug'ilishi) tug'ruqdan keyingi qon ketishni kamaytiradi. Faol boshqarish bir nechta tarkibiy qismlardan iborat bo'lib, ular sharoitlarga bog'liq holda o'zgarib turishi mumkin. Umumiy tarkibiy qismlar - uterotoniklarni qo'llash, tezkor kindik tizimchasini qisish va yo'ldosh tug'ilishi jarayoniga nazoratli tortish yo'li bilan yordam berish. Yo'ldosh tug'ilishida bachadonni qorin devori orqali massaj qilish qo'shimcha tarkibiy qismga kiradi.

Faol boshqarishning asosiy qismlari:

- oksitosin yuborish;
- kindik tizimchasini tezkor qisish;
- kindik tizimchasini nazoratli tortish.

Oksitosin

● tug'ruqdan keyin bir daqiqa davomida bachadonda egiz homilani bor-yo'qligini aniqlash maqsadida ayol qorni palpatsiya qilinadi va mushak orasiga 10 ED oksitosin yuboriladi, agar ayolga vena orqali igna kiritilgan bo'lsa, oksitosin vena ichiga yuboriladi;

● oksitosin samarali preparat bo'lib, inyeksiyadan keyin 2-3 daqiqada ta'sir qiladi, nojo'ya ta'sirlari minimal va barcha ayollarda qo'llash mumkin. Agar oksitosin bo'lmasa, 0,2 mg ergometrin yoki prostoglandin mushak orasiga yuboriladi;

● bu preparatlarni yuborishdan oldin, bachadonda homila yo'qligiga ishonch hosil qilish lozim.

Kindik tizimchasini qisish:

● homila tug'ilgandan keyin bir daqiqa davomida jinsiy oraliq yaqinidan kindik tizimchasi qisqich yordamida qisiladi.

Kindik tizimchasini nazoratli tortish algoritmi:

● kindik tizimchasini qisgan qisqichni bir qo'l bilan ushlab, ikkinchi qo'l bilan simfiz yuqorisidan bosiladi.

Kindik tizimchasi tortilganda simfiz yuqorisiga qo'yilgan qo'l bachadon inversiyasiga (ag'darilib tushishiga) to'sqinlik qiladi.

● tizimchani yengil tortgan holda bachadon tanasining qattiq qisqarishini (2-3 daqiqa) kutiladi;

● bachadon tanasi yumaloq shaklga kelsa yoki tizimcha tashqaridan uzunlashsa, tizimcha pastga tortiladi va plasenta tug'iladi. Tizimchani tortish uchun qon oqib chiqishini kutmaslik lozim;

- 30-40 soniya davomida plasenta tushmasa, tizimcha ortiq tortilmaydi;
- ehtiyotkorlik bilan tizimcha ushlanadi va bachadonning navbatdagi qisqarishi kutiladi. Zarurat tug'ilsa, tizimchadagi qisqich jinsiy oraliqqa yaqin suriladi;
- siydik pufagining bo'shaganligiga va yo'ldosh ajralishiga to'sqinlik qilmayotganligiga ishonch hosil qilinadi;
- simfiz ustidan qo'l bilan qorin devorini bosib turmasdan, tizimchani tortmaslik kerak;
- yo'ldosh pardalarining yirtilmasligi uchun plasenta ikki qo'llab ushlanadi va o'z o'qi atrofida asta-sekin aylantiriladi;
- agar pardalari yirtilsa aseptik sharoitda qin yuqori qismi va bachadon bo'yni ko'zdan kechiriladi, parda bo'laklari bo'lsa qisqichlar bilan olib tashlanadi;
- plasenta sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Agar plasentaning ona yuzasida bo'laklari uzilgan bo'lsa yoki yirtilgan pardalar aniqlansa, plasenta fragmentalarining qoldiqlariga shubha tug'iladi va unday holda;
- bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish operatsiyasi aseptik sharoitlarda o'tkaziladi.

Nazorat uchun savollar:

1. Ko'rik va yuvinish xonasida tug'uvchi ayolni sanitariya abrabotkadan o'tkazish.
2. Bachadon bo'ynining ochilishi davrini boshqarish.
3. Homilaning tug'ilish davrini qanday boshqariladi, chaqaloqni birlamchi va ikkilamchi artib tozalash.
4. Yo'ldosh tushish davrini boshqarish, plansentani ko'chganligini ko'rsatuvchi belgilar (Alfeld, Kyustner-Chukalov, Shreder), ko'chgan yo'ldoshni tashqi tushurish usullari (Abuladze, Genter, Krede-Lazarevich).
5. Tug'ruq xabarchilari va boshlanishi.
6. Tug'ruqning haydovchi kuchlari (dard va to'lg'oq).
7. Tug'ruq davrlari.
8. Tug'ruq biomexanizmi.

9. Tug'ruqni olib borishning zamonaviy tamoyillari haqida nimani bilasiz?

10. Tug'ruqning birinchi davrini olib borish. Tug'ruqni og'riqsizlantirish.

11. Tug'ruq faoliyati rivojlanishini baholash.

12. Partogrammani yuritish.

13. Tug'ruqning ikkinchi davrini boshqarish.

14. Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash.

Tayanch so'z va iboralar:

Anamnez	homila boshi chanoq og'zining ustida turibdi.
Standart zardoblar	homila boshi chanoq og'zida kichik segmenti bilan
Oqsil	homila boshi chanoq og'zida katta segmenti bilan turibdi
Stetoskop	homila boshi chanoq bo'shlig'ining keng qismida
Homila pufagi	homila boshi chanoq bo'shlig'ining tor qismida
Kateterizatsiya	issiqlik zanjiri
Shreder belgisi	Alfeld belgisi
Genter usuli	Kyustner-Chukalov belgisi

Krede-Lazarevich usuli

Kontraksiya – bachadon muskullarining qisqarishi.

Retraksiya – qisqargan muskul tolalarining cho'zilishi va joyidan siljishi.

Distraksiya – bachadon pastki segmentining cho'zilishi.

Homila pufagi – amneon pardasining tug'ruq yo'llari tomon suqilib kirishi hisobiga hosil bo'lgan pufak.

Kontraksion halqa – bachadonning yuqori qisqaruvchi qismi bilan pastki cho'ziluvchi segmenti o'rtasida paydo bo'ladigan chegara.

Tegish belbog'i – homila boshining bachadon pastki segmenti devorlariga tegib turgan qismi.

Dard – bachadon muskullarining ritmik qisqarishi.

To'lg'oq – bachadon muskullari, qorinning oldingi devori va chanoq tubi muskullarining bir vaqtda qisqarishi.

Demedikalizatsiya - tug'ruqni og'riqsizlantirishda dori-darmonlardan vos kechish.

Patogramma - tug'ruq jarayonini grafik yozuv asosida kuzatib borish.

Ogohlik chizig'i - tug'ruq jaayoni muntazam kuzatib boriladi, har soatda partogramмага chizib boriladi, lekin ortiqcha harakat qilinmaydi.

TESTLAR

1. 500 sonli buyruqqa binoan oftalmoblenoreyani oldini olish

- a) chaqaloqning ko'zlariga penitsillin tomiziladi
- b) chaqaloqning ko'zlariga albusid tomiziladi
- c) 1% li tetrasiklin mazi surtiladi
- d) sintomitsin mazi surtiladi
- e) sulema tomiziladi

2. Plasenta ajralganlik belgisi bo'lmasdan, jinsiy yo'llardan qon ketishida akusherlik taktikasi?

- a) Krede-Lazarevich usuli qo'llaniladi
- b) Genter usuli qo'llaniladi
- c) Abuladze usuli qo'llaniladi
- d) qo'l yordamida plasentani ajratish operatsiyasi o'tkaziladi
- e) kutish pozitsiyasiga amal qilinadi

3. Plasentaning bachadondan ajralganlik belgisi bo'lmasa va qon ketmagan taqdirda qay vaqtda plasentani qo'l bilan ajratish va chiqarib olishga kirishiladi?

- a) 15 daqiqadan keyin
- b) 2 soatdan keyin
- c) 1 soatdan keyin
- d) 1,5 soatdan keyin
- e) 30 daqiqadan keyin

X BOB. TUG'RUQNI OG'RIQSIZLANTIRISH

Aksari ayollar tuqqanda og'riq sezadi, og'riq esa kuchli-kuchsiz bo'lishi mumkin. Ko'pgina ayollar ayniqsa, bachadon bo'yni ochilayotganda va homila tug'ilayotganda qattiq og'riq his qiladilar.

Tug'ruq og'riqlarini yo'qotish yoki kamaytirish istagi juda qadimda tug'ilgan. Ammo tug'ruqni og'riqsizlantirishning ilmga asoslangan usullari XIX asrning birinchi yarmidagina taklif etildi, efir va boshqa moddalarning og'riqsizlantiruvchi ta'siri shu paytga kelib kashf etildi.

XVIII asrning 60-yillarida N. A. Sochava tug'ruqni og'riqsizlantirish uchun xloroformning alkogol bilan aralashmasini taklif etdi. Keyinchalik tug'ruqni og'riqsizlantirish uchun xloralgidrat (Svyatlovskaya, 1873), azot (I)-oksid (Klikovich, 1881), morfin va boshqa narkotiklar, barbituratlar, pantopon bilan magniy sulfat, novokain eritmasi va boshqa ko'p dorilar qo'llanildi. Rossiyalik yirik akusherlari: A.Ya.Krassovskiy, I.P.Lazarevich, V.M.Florinskiy, V.A.Dobronravov, Ye.M.Kurdinovskiy va boshqalar tug'ruqni og'riqsizlantirishning turli xil usullarini taklif etishdi.

Tug'ruqda yordam beradigan yirik muassasalardan tortib, kichikroq muassasalarda, jumladan kolxoz tug'ruq xonalarida ham tug'ruq yoppasiga og'riqsizlantirilib kelindi.

Tug'ruq og'riqlari rolining aniqlanishi og'riqsizlantirish usullarining yoyilishiga yordam berdi. Tug'ruqda hamisha og'riq kelib chiqavermasligi va tug'ruqning to'g'ri o'tishi uchun og'riq zarur shart emasligi aniqlandi. Ko'pincha tug'ruq normal o'tganda og'riq kam bo'ladi va hatto butunlay og'riq sezilmaydi. Buning ustiga, uzoq davom etuvchi kuchli og'riqlar asab tizimini holdan toydirib, organizmga zarar yetkazishi aniqlandi. Haddan tashqari kuchli og'riqlar dard va to'lg'oq tutishini zaiflashtirishi va uning muntazam tutishiga to'sqinlik qiladi. Tug'ruqni og'riqsizlantirish uning kechishiga yaxshi ta'sir qilishi ham aniqlanadi. Tug'ruq og'riqlarini bartaraf qilish natijasida ko'pincha dard va to'lg'oq yana muntazam tuta boshlab, tug'ruqning eson-omon tugashiga yordam beradi.

Sobiq ittifoq miqyosida tug'ruqni og'riqsizlantirish usullarining amaliyotga keng joriy qilinishi bilan bir vaqtda og'riqsizlantirishning yangi, samarali usullarini o'rganish yuzasidan katta ish olib borildi. K. I. Platonovning shogirdi I. Z. Velvovskiy XX asrning 70-yillarida ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash usulini ishlab chiqdi. Bu usul tug'ruqni dori-darmonlar bilan og'riqsizlantirish usuliga qaraganda afzalroq bo'lib, barcha tug'ruq muassasalarida qo'llanib kelinmoqda. Tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash sharoiti bo'lmagan yoki bunday tayyorgarlik zarur natijani bermagan kamdan-kam hollarda tug'ruqni dori bilan og'riqsizlantirish usullari tatbiq etiladi.

AYOLLARNI TUG'RUQQA PSIXOPROFILAKTIK TAYYORLASH USULI

Ayollarni tug'ruqqa tayyorlashning bu usuli tug'ruq og'riqlarining kelib chiqish sabablarini o'rganishga asoslangan. Psixoprofilaktik tayyorgarlikdan maqsad ayolning markaziy asab tizimiga ta'sir ko'rsatib, og'riqni bartaraf qilishdir. Tug'ruq vaqtida bachadondagi va tug'ruq yo'llarining boshqa qismlaridagi nerv oxirlari (interoretseptorlar), tolalari va chigallari ta'sirlanadigan sharoit vujudga keladi. Bachadon tanasining muskullari qisqarishi va bachadonning pastki segmenti bilan bo'ynining cho'zilishi natijasida bachadon interoretseptorlari ta'sirlanadi. Og'riq sezish asosan bachadonning ochilayotgan bo'ynidagi nerv oxirlarining ta'sirlanishiga bog'liq. Homila boshining pastga tushishi sababli bachadon bo'yni atrofidagi nerv chigallarining ta'sirlanishi, bachadon boylamlari va qorin pardasining cho'zilishi, yuksak darajada sezuvchi nerv elomentlari joylashgan qon tomirlar va devorlarining qisilishi og'riq kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Homila tug'iladigan davrda oraliq va tashqi jinsiy a'zolaridagi asab tizimlarining ta'sirlanishi ham og'riq sezgilarini keltirib chiqaradi. Bachadondan keluvchi og'riq ta'sirotlari nerv stvollari orqali markaziy asab tizimiga o'tadi. Ayni vaqtda qorinning pastki bo'limida, dumg'aza va bel sohasida, chovda, sonning yuqori bo'limlarida og'riqlar kelib chiqadi. Salbiy emotsiyalar tug'ruqda og'riq sezish muqarrar deb ishonish, og'riqni kutish va undan qo'rqish, tug'ruqning qanday tugashini va bolani o'ylab tashvishlanish va shu kabilar tug'ruq og'riqlarining ikkinchi, psixogen komponenti

hisoblanadi. Bu salbiy emotsiyalar bosh miya po'stlog'ining faoliyatini susaytiradi, miya po'stlog'i bilan markaziy asab tizimining quyida yotgan bo'limlari o'rtasidagi to'g'ri munosabatlarga xalal yetkazadi. Shu o'zgarishlar natijasida bachadondagi nerv oxirlarining ta'sirlanishi markaziy asab tizimida haddan tashqari kuchli og'riq bo'lib seziladi.

Tug'ruq vaqtida bachadondagi va jinsiy apparatining boshqa bo'limlaridagi nerv oxirlari hamisha ta'sirlanadi. Ammo tug'uvchi ayollar asab tizimining funksional xususiyatlariga qarab turli darajada og'riq sezishadi. Ba'zan ayollar tuqqanda salgina og'riq sezishi yoki hatto butunlay og'riq sezmasligi klinik kuzatishlardan ma'lum. Tug'uvchi ayollarning ko'pchiligi o'rtacha og'riq sezadi va unga toqat bilan chidaydi, qo'rquv his qilmaydi, o'zini vazmin tutadi, akusher, bilan shifokorning maslahat va ko'rsatmalariga amal qiladi. Odatda, asab tizimi kuchli tipga kiradigan, vazmin, bosiq ayollar og'riq ta'sirlariga shunday reaksiya ko'rsatishadi.

Asab tizimi muvozanati buzilgan ayollar qo'rquv va boshqa salbiy emotsiyalarga moyil bo'ladi, ularda og'riq sezuvchanlik bo'sag'asi past, shuning uchun dard va to'lg'oq tutganda asab tizimlarining ta'sirlanishi kuchli og'riq bo'lib seziladi. Tug'uvchi ayollar ayni vaqtda betoqatlanib, akusherning maslahat va ko'rsatmalariga amal qilmaydilar, tug'ruqning normal kechishiga xalal beradilar.

Binobarin, jinsiy apparatning asab tizimi bir xilda ta'sirlangani holda, tug'uvchi ayollar turlicha reaksiya ko'rsatishadi. Markaziy asab tizimining oliy bo'limi bosh miya po'stlog'ining ishlash xarakteriga qarab, og'riq turli darajada seziladi.

Tug'ruq og'riqlarining kuchi va tug'uvchi ayolning xulq-atvori asab tizimining holatiga bog'liq ekanligini olimlar hisobga olib, ayolning ruhiyatiga ta'sir etish yo'li bilan og'riqni kamaytirishga intilib kelishdi. Ammo markaziy asab tizimining oliy bo'limlariga ijobiy ta'sir ko'rsatish yo'li bilan tug'ruq og'riqlarini bartaraf etish usuli so'nggi yillarda ishlab chiqilib, amaliyotga joriy etildi, bu usul ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash deb ataladi.

Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlashdan maqsad tug'ruq og'riqlarining psixogen komponentini bartaraf qilish, tug'ruqda og'riq sezilishi muqarrar degan tasavvurni, ruhan ezadigan qo'rquv hissini

yo'qotish va tug'ruq eson-omon o'tadigan fiziologik jarayon bo'lib, unda hamisha og'riq sezilavermaydi, degan yangi tasavvurni hosil qilishga yordam beradi. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida bosh miya po'stlog'iga ta'sir ko'rsatish og'riq sezgilarini kamaytirish yoki butunlay bartaraf qilishga yordam beradi.

Tug'uvchi ayol o'zini to'g'ri tutgandagina tug'ruq og'riqsiz o'tishi mumkinligini unga uqtirish kerak. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida ayol o'zini osoyishta tutishga va tug'ruq vaqtida faol harakat qilishga o'rgatadi. Tug'ruq fiziologiyasi va uning klinik o'tishi haqida ayolga asosiy ma'lumotlar beriladi, shuningdek, tug'ruqning turli davrlarida kelib chiqadigan sezgilar tushuntiriladi, hamma vaqt ham og'riq sezilavermasligi ta'kidlanadi.

Ayol tug'ayotgan paytda o'zini to'g'ri tutishi kerakligi aytiladi, psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida o'rgatilgan muayyan usullarni bajarilishi natijasida tug'ruqning og'riqsiz o'tishi tushuntiriladi.

Tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorgarlik homiladorlik boshidan, ayniqsa, tug'ruqqa 4 hafta qolganda va tug'ruq vaqtida o'tkaziladigan bir talay tadbirlar tizimidir.

Homiladorlik vaqtida ayolning anamnezi bilan sinchiklab tanishiladi, umumiy va akusherlik tekshirishi umumiy qoidalarga muvofiq o'tkaziladi. Ayolning homiladorlikka munosabati, qo'rquv va tashvishlari bor-yo'qligi aniqlanadi. Tug'ruqdan qo'rqishni homiladorlik boshlaridanoq bartaraf qilishga intilish, ijobiy emotsiyalar vujudga keltirish (tug'ruqning og'riqsiz o'tishi mumkinligiga ishontirish, onalik quvonchini aytib berish) kerak. Butun homiladorlik davrida, ayol maslahatxonaga kelganda har gal ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatiladi.

Homiladorlikning 35-36-haftasidan boshlab ayol bilan maxsus mashg'ulotlar o'tkaziladi.

Mashg'ulotlar o'tkazish uchun xotin-qizlar maslahatxonasida kushetkalar va o'quv qo'llanmalari (rasm, plakat, mulyajlar) bilan jihozlangan maxsus xona ajratiladi. Maxsus xona ajratishning iloji bo'lmasa, mashg'ulotlar odatdagi xonada maxsus belgilangan soatlarda o'tkaziladi.

Dastlabki tayyorgarlikka rioya qilinsa (qo'rquv va tashvishlar bartaraf qilinsa, ijobiy emotsiyalar vujudga keltirilsa) maslahatxonaga

odatdagicha qatnash vaqtida tug'ruqdan 4-5 hafta ilgari to'rtta mashg'ulot o'tkazish kifoya qiladi.

Birinchi mashg'ulotda ayol jinsiy a'zolarining anatomik tuzilishi homiladorlik munosabati bilan organizmda ro'y beradigan o'zgarishlar haqida qisqacha ma'lumotlar beriladi bularning hammasi tug'ruqning normal o'tishini ta'minlaydi, deb uqtiriladi. Tug'ruq normal fiziologik hodisa deb tushuntiriladi, tug'ruqning uch davri haqida ma'lumot beriladi. Ayollar tug'ruqning birinchi davri xususiyatlari bilan tanishtiriladi, tug'ayotgan ayolning subyektiv sezgilari tushuntiriladi, dard tutishi, uning qancha davom etishi va qancha vaqtda tutib turishi haqida tushuncha beriladi. So'ngra tug'ruqning birinchi davrida ayol jinsiy a'zolarida ro'y beruvchi jarayonlar bayon qilinadi, bachadon bo'ynining ochilishiga aloqador o'zgarishlarning fiziologik xarakteri uqtiriladi, homila pufagi, qog'onoq suvining ahamiyati tushuntiriladi. Tug'ruq vaqtida bir qadar jismoniy kuch-quvvat sarf qilinishiga e'tibor jalb qilinadi. Modomiki shunday ekan, tug'uvchi ayol tug'ruq vaqtida uning hal qiluvchi davri homilaning tug'ilish davriga kuchini saqlab turishi muhim. Buning uchun tug'ruq vaqtida ayol o'zini tinch, og'ir, vazmin tutishi, muntazam ovqatlanishi, meditsina xodimlarining ko'rsatmalariga amal qilishi zarur.

Ikkinchi mashg'ulotda ayol dard tutgan vaqtida va tug'ruqning birinchi davrida o'zini qanday tutishi kerakligi ko'rsatiladi. Tug'ruqning to'g'ri o'tishiga va og'riq sezgilarining kamayishiga yordam beradigan quyidagi maxsus jismoniy amallar homilador ayollarga o'rgatiladi.

1. Tinch yotish
2. Dard tutgan vaqtda bir tekis chuqur nafas olish.
3. Nafas olgan va nafas chiqargan vaqtda ikkala qo'l barmoqlarining uchlari bilan qorinning pastki yarmini qov ustida qorinning o'rta chizig'idan tashqariga va yuqoriga qarab yengilgina silash.
4. Nafas olish va chiqarish bilan bir vaqtda dumg'aza va bel sohasining terisini silash.
5. Yonbosh suyagining ikkala oldingi yuqori o'sig'i oldida va bel-dumg'aza rombining tashqi burchaklari oldida yonbosh suyak qirrasining ichki yuzasiga terini bosib turish. Oldingi-yuqori o'siqlar oldida terini bosib turganda kaftlar son bo'ylab joylashadi, teri esa

barmoqlarning uchlari bilan bosiladi. Bel-dumg'aza rombining tashqi burchaklari oldida terini bosganda ayol ikkala qo'l panjalarni musht qilib qo'yadi.

6. Dard tutishi sanaladi.

7. Dard tutishlar orasidagi pauzada ayol dam oladi va mumkin qadar mudraydi.

Homilador ayol bu amallarni yaxshi bilib olishi va meditsina xodimlari ko'rsatib bergan muayyan tartibda aniq bajo keltirishi kerak.

Tug'ruqda og'riq reaksiyalarini kuchaytiradigan sabablar (qo'rquv, betoqatlanish, qovuqning to'lib ketishi va hokazo) mashg'ulotlar oxirida tushuntiriladi. Ayol o'zini to'g'ri tutganda bu sabablar barham topishi mumkinligini uqtiriladi.

Uchinchi mashg'ulotda homilador ayollar tug'ruqning ikkinchi va uchinchi davrlari qanday o'tishi, bu davrlardagi sezgilar xarakteri bilan tanishtiriladi. Homila tug'iladigan davrning boshida va oxirida qanday vaziyatda yotish ma'qulligi tavsiya etiladi. To'lg'oq tutganda nafasni to'xtatib turish mashqlari o'rgatiladi. To'lg'oq ta'sirini oshirish uchun chuqur nafas olgandan keyin nafasni 10-15 sekund to'xtatib turish kerakligi tushuntiriladi. Nafasni to'xtatib turish har bir dard va to'lg'oq tutgan vaqtda 2-3 marta takrorlanib, muskullar tarangligining ortishiga yordam beradi. Homila boshi chiqayotgan paytda to'lg'oq kuchini kamaytirish uchun to'g'ri nafas olish va barcha muskullarni bo'shatish o'rgatiladi. Yo'ldosh tushish davrining qanday o'tishi, qancha davom etishi, unda dard tutish xarakteri tushuntiriladi.

To'rtinchi mashg'ulot. Avvalgi mashg'ulotlarda berilgan hamma bilim va mashqlar to'rtinchi mashg'ulotda qisqacha takrorlanadi, yuqorida ko'rsatilgan usullarni ayollar qanchalik o'zlashtirganligi tekshiriladi.

Ayol maslahatxonaga avvallari kelib turganda psixoprofilaktik tayyorgarlik tuzuk o'tkazilmay, 35-36 haftadan boshlab birinchi marta o'tkazilayotgan bo'lsa, 4 mashg'ulot kamlik qiladi. Bu holda 5 yoki 6 mashg'ulot o'tkazish talab qilinadi. Maslahatxonadagi mashg'ulotlar vaqtida vujudga keltirilgan shartli aloqalarni mustahkamlamoq uchun homilador ayolning bilib olgan usullarini uyida takrorlab kelishi tavsiya etiladi.

Homilador ayol tug'ruq kompleksidagi tartib va shart-sharoit bilan tanishtiriladi, tug'ruq vaqtida albatta amalga oshiriladigan va amalga oshirilishi mumkin bo'lgan muolajalar (tashqi tekshirish, qin orqali tekshirish, venaga glukoza yuborish, kisloroddan nafas oldirish va hokazo) dan xabardor qilinadi. Meditsina xodimlarining hamma ko'rsatmalariga qat'iyon amal qilish, tug'ruq vaqtida muntazam ovqatlanish zarurligi homilador ayollarga tushuntiriladi.

Homilador ayollarga patronaj yo'li bilan xizmat ko'rsatganda akusher tug'ruqning qanday o'tishi va tug'ruq vaqtida o'zini tutish qoidalarini to'g'risida olingan tasavvurni yana ayolning esida qoldiradi.

Psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasi tug'ruq kompleksida ishning tashkil etilishiga, meditsina xodimlarining xulq-atvoriga anchagina bog'liq. Tug'ruq kompleksida saranjom-sarishtalik, osoyishta vaziyat hukm surishi, tug'uvchi ayollarga xushmuomalada bo'lish kerak.

Tug'uvchi ayollar huzurida behuda so'zlashmaslik, tug'ruqning og'irlashuvi haqida muhokama yuritmaslik talab qilinadi. Meditsina xodimlarining noto'g'ri xulq-atvori (ehtiyotsizlik bilan so'zlashish tug'uvchi ayolga yetarlicha e'tibor bilan qaramaslik) tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasini pasaytiradi.

Akusher tug'uvchi ayolni doimo kuzatib, tetiklantirib turadi. Og'riqsizlantirish usullarini eslatadi, tug'ruqni eson-omon o'tishiga ishontiradi. Tug'uvchi ayolni tekshirganda, tug'ruqni boshqarganda, hamma muolajalarni amalga oshirganda hovliqmaslik, osoyishta ish tutish kerak.

Tug'ruq tamom bo'lgach, akusher psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasini baholaydi. Ayni vaqtda: a) ayolning tug'ruq vaqtida o'zini qanday tutganligi, b) tug'uvchi ayolning kayfiyati va sezgilari haqida aytganlari hisobga olinadi. Yuqorida ko'rsatilgan ma'lumotlarga asoslanib, psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasining «to'la samara», «qisman samara», «samarasi yo'q» degan baholaridan biri qo'yiladi.

Tug'uvchi ayol maslahatxonada psixoprofilaktik tayyorgarlikdan o'tmagan bo'lsa, unga tug'ruq kompleksida hamma usullar o'rgatiladi. Ayni vaqtda ayolning qo'rquv va tashvishlari aniqlanib, bartaraf qilinadi, uni tug'ruqning eson-omon o'tishiga yanada ko'proq ishontiriladi. Uzoq psixoprofilaktik tayyorgarlikka nisbatan bu suhbat samarasi kamroq bo'ladi.

Ko'pchilik maslahatxonalarda psixoprofilaktik tayyorgarlik homiladorlar uchun gigiyenik gimnastika kompleksi bilan birga qo'shib olib boriladi (tug'ruqqa fizioprofilaktik tayyorgarlik ko'rish). Ular shu tariqa birga qo'shib olib boriladigan bo'lsa, tug'ruqning eson-omon o'tishiga yaxshi yordam beradi.

Tug'ruqqa psixoprofilaktik yo'l bilan tayyorlashning bir turi sifatida o'z-o'zini va boshqa meditsina xodimlari tomonidan chiniqtirish uchun yaxshi samara beradi. Bu usul tug'ruq paytida ruhiy-hissiy diqqat e'tiborini kamayishiga, bir qancha somatik funksiyalarni maksimal darajada samarali bajarilishiga ta'sir etuvchi nerv energiyalarini faollashtiradi. Bu usul 9-10 ta mashg'ulotdan iborat autotrening shaklida o'tkaziladi.

Yaxshi og'riq qoldiruvchi samara beradigan usul - gipnoterapiya hisoblanadi. Gipnoz paytida asta-sekin muskul relaksatsiyasi va ruhiy tinglanishga erishiladi, bu esa og'riqni qoldirish uchun eng asosiy omil hisoblanadi.

Xuddi shuningdek, tug'ruqni og'riqsizlantirish uchun igna refleks terapiyadan ham foydalaniladi. Bu kamroq (2-3 marta) uzoq vaqtga (30 daqiqadan to 12-18 soatgacha) ignani qadash ko'zda tutiladi.

TUG'RUQNI DORILAR BILAN OG'RIQSIZLANTIRISH USULLARI

Tug'ruqni dorilar bilan og'riqsizlantirish usullari: a) psixoprofilaktik tayyorgarlik yetarli samara bermaganda, b) tug'uvchi ayol maslahatxonada biron sabab bilan psixoprofilaktik tayyorgarlikdan o'tmaganda buyuriladi.

Tug'ruqni og'riqsizlantirish uchun ishlatiladigan dorilar og'riq qoldirish jihatidan samarali, onaga va homilaga bezarar bo'lishi, og'riq qoldiruvchi dorilar dard va to'lg'oq tutishini susaytirmasligi lozim.

Tug'ruqni dorilar bilan og'riqsizlantirish tug'ruqning birinchi davrida, muntazam kuchli dard tutib, bachadon bo'ynining teshigi 4-6 sm ochilgan vaqtda boshlanadi. Sog'lom ayollar tug'rug'i to'g'ri o'tayotganda dorilar bilan og'riqsizlantiriladi. Tug'ruqni dorilar bilan og'riqsizlantirish usullarini tatbiq etishdan ilgari ayolning sog'lig'ini sinchiklab tekshirish, homilasining yurak urishi, dard va to'lg'oq tutishi xarakterini sinchiklab kuzatish zarur.

Tug'ruqni og'riqsizlantirish bo'yicha qilingan ishlar ayolni ruhan tayyorlash bilan dori moddalarni qo'llashni birga olib borishning maqsadga muvofiq kelishini ko'rsatdi, bular og'riqsizlantiruvchi va sedativ effekt beradi, shuningdek, tug'ruqning borishiga ijobiy ta'sir etadi.

Tajribali akusher shifokorlar og'riqsizlantiruvchi vositalarni tug'uvchi bemorlar kasalining xarakterini hisobga olib turib ham qo'llaydilar, ammo bunda ular preparatlarni to'g'ri tanlay bilish sharti bilan va ona hamda homila ahvolini ziyraklik bilan kuzatib borib ish qiladilar. Bordi-yu, ona, homila ahvolidagi yoki tug'ruqning borishida biror-bir o'zgarish yuz bersa, og'riqsizlantiruvchi vositalarni kiritish to'xtatiladi.

Hozirgi paytda tug'ruqni og'riqsizlantirishning ko'p vosita va usullari ma'lum. Ko'pgina usullar o'zining amaliy ahamiyatini yo'qotgan (yetarli samarasi bo'lmagan, tug'ruqning kechishiga va homilaga nojo'ya ta'sir etadigan va boshqalar) hamda faqat tarixiy qiziqish uyg'otishi mumkin. Masalan, avvallari qo'llanib kelingan xloroform, skopolamin, xloralgidrat, paraldegid va boshqa vositalardan voz kechishgan.

Tug'ruqni og'riqsizlantirishni shifokor olib boradi, akusher esa shifokor tayin qilgan, o'rta meditsina xodimalari saviyasidagi ko'rsatmalarni bajaradi.

Bachadon bo'yni ochilish bosqichida tarkibi quyidagicha bo'lgan shamchalarni qo'llash mumkin: Extr. Belladonnae - 0,015, Pantaponi 0,02, Antipyrini 0,5, But. Cacao 1,5.

Antipirinni xuddi shu dozada asetilsalisilat kislota, amidopirin bilan almashtirish mumkin.

Shamchani barmoq bilan qo'lqop kiyib olib, to'g'ri ichakka, sfinkter orqasiga kiritiladi. Zarurat tug'ilganda shu shamchani birinchi shamchadan kamida 2 soatdan keyin qayta kiritish mumkin (ko'pi bilan ikki marta!),

Dard tutish paytida quyidagi tarkibda dorilar beriladi (bir marta ichish uchun): Papaverini hydrochloridi 0,02, Extr. Belladonnae 0,02, Spiriti aethylici 15,0, Sirupus Simplici 20,0.

Tarkibi boshqacha: Antipyrini 0,5, Spiriti aethylici 15,0, Sirupus simplici 15,0 bo'lgan dori ham berish mumkin,

Dard tutayotganda mentolli qalamchadan foydalanish mumkin: mentol 20%, parafin 80%.

Qalamchani 3 daqiqa mobaynida qorinning pastki nozik qismiga va dumg'aza-bel sohasiga (bel-dumg'aza rombasiga to'g'rilab) surtiladi.

Shifokor kecha-kunduz navbatchilik qiladigan muassasalarda tug'ruqni og'riqsizlantirishning vosita va usullarini tanlashda ancha keng imkoniyat mavjud. Shamcha va dorilardan tashqari teri ostiga, muskul orasiga, ingalatsiya yo'li bilan og'riqsizlantiruvchi moddalar qo'llaniladi.

Tikodin (Thecodinum) 1% li eritma shaklida 1,5 ml dan teri ostiga yuboriladi. Og'riqsizlantirish samarasi 2-3 soat davom etadi. Tikodin (hatto yarim dozasida ham) oldindan 1,5-2 g dozada oq streptosid berilgan bo'lganda yaxshi og'riqsizlantiruvchi effekt beradi (A.P. Nikolayev).

Promedol (Promedolum) og'riqsizlantiruvchi va spazmolitik ta'sir ko'rsatadi (bachadon bo'yni ochilishining tezlashishiga imkon beradi). Promedol 1% li eritma ko'rinishida teri ostiga 1-2 ml yuboriladi. Promedolning ta'siri yuborilgandan keyin oradan 10-20 daqiqa o'tgach boshlanadi va 2-4 soat davom etadi. Promodolni tekodin bilan birga kombinatsiya qilib qo'llash mumkin (1% li 2 ml promedol eritmasini 1% li 0,5 ml tekodin eritmasiga qo'shib teri ostiga yuboriladi).

Aprofen og'riqsizlantiruvchi va kuchli spazmolitik ta'sirga ega teri ostiga yoki muskul orasiga 1% li 1 ml dozada yuboriladi. Aprofenni shuningdek, izopromedolga qo'shib birga ishlatiladi (og'riqsizlantirish effekti kuchayadi va bachadon bo'yni ochilishi tezlashadi).

Tug'ruqni og'riqsizlantirish maqsadida neyrostioanalgetiklar va narkotik moddalar, azot (I)-oksid, efir, trilen va boshqa moddalar qo'llaniladi. Bachadon bo'yni 3-4 sm ochilganda tug'ruq kuchlari muntazam davom etib turganda kuchli og'riq sezilsa muskul orasiga 2 mml droperidol va 2 ml fentanil qo'shib yuborilsa kuchli og'riq qoldiruvchi samara beradi.

Bundan tashqari, diazepam, seduksinni promedolga qo'shib yuborish ham mumkin.

Oksibutrat natriy va vladril ishlatish ham kutilgan natijani beradi.

Azot (I)-oksid ingalatsion narkoz ko'rinishida kislorodga aralashtirib (80% azot (I)-oksid, 20% kislorod) tug'ruqning birinchi va

ikkinchi davrlarida qo'llaniladi. Azot (I) - oksidni niqob yordamida maxsus apparat orqali beriladi. Tug'uvchi ayolni azot (I) - oksiddan foydalanish texnikasi bilan tanishtirib qo'yiladi, keyinchalik uning o'zidard tutayotgan paytda niqobni burniga qo'yib, kislorod bilan birga azot (I)-oksiddan nafas olaveradi.

Dard tutishlar oralig'idagi tanaffusda niqobni olib qo'yadi. Azot (I)-oksidni nafas olganda og'riq tez qoladi, azot (I)-oksidning ta'siri esa, nafas olmaganda to'xtaydi.

Azot (I)-oksidning kislorod bilan aralashmasi na onaga va na bolaga salbiy ta'sir qilmaydigan samarali vositalar qatoriga kiradi.

Trilen kislorod bilan aralashma holda xuddi azot (I)-oksidga o'xshatib qo'llaniladi (dard tutish paytida nafasga olinadi). Og'riqsizlantiruvchi ta'siri yaxshi.

Efir tug'ruqni og'riqsizlantirish maqsadida anchadan beri qo'llanib kelinadi. Ilgari efirni tomchi usulida (niqob orqali) ko'proq dard tutish paytida qo'llashgan. Efirni dard tutish paytida ingalatsiya qildirilgan, oralig'idagi tanaffusda esa to'xtatilgan. Keyingi yillarda efirni kisdorodga aralashtirib, apparatlar yordamida gaz narkoz uchun qo'llashayapti. Efirning unga xos birinchi narkotik ta'sir etish davri (analgeziya, eshushning kirarli-chiqarli bo'lib turishi) ta'siri bilan cheklanishayapti.

Analgeziya holatini efirni kislorod bilan aralashirib dam-badam (uzib-uzib) nafas oldirish yo'li bilan quvvatlab turish mumkin.

To'lg'oq tutishining dastlabki paytida o'tkazuvchi anesteziyani qo'llash mumkin (anesteziya n. pudendi). Bu usulning mohiyati uyatlik nervining hamma shoxlarini novokain eritmasi bilan blokada qilib qo'yishdan iborat.

Tug'ruqni og'riqsizlantirishning yangi usullarini o'rganish davom etmoqda: elektroanalgeziya, og'riqsizlantiruvchi vositalarni spazmolitik preparatlar bilan, sedativ vositalarni (seduksen va boshqalarni) analgetiklar (promedol va boshqalar) bilan birga qo'shib ishlatish. Ayrim muassasalarda (anesteziologlar bo'lgan muassasalarda), ko'proq asoratlar bilan o'tayotgan tug'ruqlarda maxsus ko'rsatmalar bo'lganda, viadril, buskopan, neyroplegik va boshqa preparatlar qo'llaniladi.

Zamonaviy akusherlikda imkon qadar tug'ruqni og'riqsizlantirish dori-darmonlarsiz olib borilishini (demedikalizatsiya) maqsadga

muvofoiq hisoblashadi. Shu nuqtayi nazardan homiladorlikning dastlabki oylaridanoq xotin-qizlar maslahatxonalari tomonidan patronaj va sanitariya-maorif ishlarini kuchaytirish, ularni psixoprofilaktik usul bilan tug'ruqqa tayyorlash ishlarini jonlantirish zarur.

Tug'ruqlarni olib borishning zamonaviy tamoyillari

Onalar va perinatal davri kasalliklari va o'limini kamaytirish maqsadida 1987-yilda JSST, YuNISEF, YuNFPA va Jahon banki Bexatar Onalik tashabbusi bilan chiqdilar.

Bexatar onalik faqat onalar kasalliklari va o'limini oldini olishdan iborat bo'lib qolmasdan, balki ona va bola to'g'risida g'amxo'rlik qilishni ham ko'zda tutadi. Bu tushungacha tug'ruqqacha, tug'ish vaqtida va tuqqandan keyingi davrda ayolning jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonligi kiradi hamda bular esa sog'lom bola tug'ilishi va sog'lom bolalikni ta'minlashi lozim.

Statsionarga kelib tushganda ayol va uni kuzatib kelgan yaqinlari ushbu muassasaning tutgan siyosati, o'tkaziladigan barcha chora-tadbirlar va mavjud qoidalar bilan tanishtirilishi lozim. Shuningdek, ayol va uning yaqinlariga kelib tushgan vaqtdagi umumiy holati to'g'risida to'liq axborot taqdim qilinishi kerak.

Tug'ruq vaqtida hamkorning ishtiroki tug'ayotgan ayolning yaqinlaridan birontasini bo'lishi ham muhim ahamiyat kasb etadi. Kim ishtirok etishini, odatda, bo'lg'usi onaning o'zi hal qiladi. Tibbiyot xodimi hamkorni tug'ayotgan ayolni kuzatib turish va unga yordam ko'rsatish ko'nikmalariga o'rgatishi lozim. Tug'ish vaqtida tug'ayotgan ayolni hech qachon yolg'iz qoldirish kerak emas.

Tug'ruqlarni olib borishning asosiy tamoyillari:

- Me'yorda kechayotgan homiladorlikda dori-darmonsiz akusherlik yordami ko'rsatish;
- tug'ruq vaqtida jismoniy va psixoemotsional qo'llab-quvvatlashni ta'minlash;
- tug'ruq jarayonida tik turishni afzalliklarini tushuntirgan holda ayolni erkin turushini ta'minlash;

- tug'ruq rejasiga ayolni faol jalb qilish;
- ayol va uning hamkoriga istagan axborotni taqdim qilish;
- sir saqlanishi maqsadida ayolni boshqalardan ajratib qo'yish imkoniyatini ta'minlash;
- partogrammadan foydalanish;
- tug'ruq vaqtida toza muhitni ta'minlash;
- ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar tomonidan o'zlarining kiyimlaridan foydalanish.

Tug'ruqning birinchi davrini olib borish tamoyillari. Tug'ruqning birinchi davrini olib borishning asosiy prinsiplari tug'ruq jarayonini kuzatib borish va kechish me'yorlaridan cheklanishlarni o'z vaqtida aniqlashdir. Ayolga erkin harakat qilish huquqi, o'ziga qulay vaziyat egallash (tik turgan, o'tirgan, yurgan, cho'k tushgan va boshqa holatlar) imkoniyati berilishi lozim. Tug'ruqlar vaqtida tana holatini erkin tanlashi onaga og'riqni yengishni yengillashtirishga yordam beradi. Agar birinchi davrda ayol orqasi bilan yotishni ma'qul ko'rsa, pastki kavak vena sindromidan saqlanish uchun unga chap biqinga burilib yotishni tavsaya qilishni unutmang.

Tug'ruqlarni og'riqsizlantirish. Tug'ruqlar vaqtida ayol sezayotgan og'riq darajasi, ko'pincha uning emotsional holati va xabardorligiga bog'liq bo'ladi. Agar ayol tinch holatda bo'lsak qo'rquv his qilmasa va nafaqat o'zining hamkori, balki tug'ruq qabul qilayotgan tibbiyot xodimi tomonidan ham doimiy g'amxo'rona qo'llab-quvvatlash bo'lib tursa, u og'riqni kam sezadi.

Og'riqni yo'qotishni muqobil ayniqsa, dori-darmonsiz usullari eng ma'qul usullardir. Birinchi navbatda, ayolga o'zi istagan tana vaziyatini egallash imkoniyatini berish lozim. Bu degani ayniqsa, tug'ruqlarning birinchi davri davomida uning harakatlari chegaralanib qolmasligi lozim, demakdir. Ayrim ayollar iliq dush yoki vanna qabul qilgach, uqalash yoki yelkasini silagandan keyin yengillik topadilar.

Nafas olish mashqlari va ayol diqqatini chalg'itadigan relaksatsiya (og'riqni bir joydan ikkinchi joyga ko'chishi) ham xuddi shunday samara beradi. Bunday amallar zararsizdir va keng tavsiya etilishi mumkin.

Tug'ruqqa yordam beruvchi muassasa xodimi ayol kechirayotgan og'riq sezgisini iloji boricha kamaytirishga harakat qilishi zarur. Buning

uchun tug'adigan ayolni avaylab, o'ziga xos yondashuv, hurmat bilan va ogohlantirib, tekshirib ko'rish lozim. Ijobiy kayfiyat baxsh etish, ayolni tinchlantirish unda endogen endorfinlar ishlab chiqarishga sharoit yaratadi va bu esa og'riqsizlantiruvchi samara beradi.

Tug'ruqning ikkinchi davrini olib borish. Tug'ruq faoliyatining ravojlanishini baholash. Ona va bolaning umumiy holati doimiy ravishda kuzatilib turilganda ma'lum vaqt oralig'ida hayotiy muhim alomatlarni qayd etib borish lozim. Shuningdek, bir xil vaqt oralig'ida muntazam ravishda tug'ruq to'lg'oqlarining kuchi va sonini ham yozib qo'yish kerak. Tug'ruq jarayonining grafik yozuvi misoli bo'lib tug'ruqni kechishi va ravojlanishining barcha xususiyatlari ko'rgazmali, grafik shaklda ifodalangan partogramma hisoblanadi. Partogramma yuzaga keladigan muammoni mumkin qadar oldindan bilish va aniqlab olishga imkon beradigan tarzda tuziladi. Shu sababli, tibbiyot xodimi uchun partogramma qimmatli qurol hisoblanadi. Ilmiy ma'lumotlar, partogrammadan to'g'ri foydalanilganda patologik tug'ruqlar sonini keskin kamayishini ko'rsatadi. Partogramma keyin emas, balki faqat tug'ruq jarayonida to'lg'aziladi.

Tug'ruqlar birinchi davrining ravojlanishi bachadon og'zining ochilish dinamikasiga qarab belgilanadi (oxirgi ma'lumotlar bo'yicha soati 0.5 sm). Bachadon bo'ynining to'liq ochilishi deganda (umumiy andozalar bo'yicha), uni 10 sm. ga ochilishi tushuniladi. Bachadon bo'ynini ochilishini baholash uchun u qin orqali tekshirib ko'riladi. Esda tuting, infeksiya kirishi oldini olish uchun ehtiyotlik choralari saqlanishi zarur. Tekshirishdan oldin antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilingan holda qo'llarni yaxshilab yuvish, tekshirishda esa steril rezina qo'lqoplardan foydalanish lozim. Qoida bo'yicha qin orqali tekshirishni to'lg'oq vaqtida o'tkazish yaramaydi. Qin orqali tekshirish faqat tegishli tibbiy ko'rsatmalar asosida bajarilishi kerak.

Partogramma

Partogramma – hozirgi kunda tug'ruqlarni olib borishda eng oddiy va samarali vosita bo'lib hisoblanadi.

Partogrammaning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

bu – bachadon bo'yni ochilishini uzluksiz grafik holda aks ettirish usulidir, shu bilan bir vaqtning o'zida;

bu - ona, bola ahvolining, tug'ruq kechishining boshqa ko'p xususiyatlarini;

- grafik holda aks ettirish usulidir.

Xususiyatlarni bunday birgalikda namoyon bo'lishi partogrammani yanada ahamiyatli qiladi. Partogramma - tibbiy yordam ko'rsatishning barcha sharoitlarida samarali: oddiy va eng murakkab jihozlarga ega bo'lganda ham, tibbiy muassasalarning hamma darajalarida, barcha tug'ruqlarda qo'llanilishi lozim.

Partogrammadagi yozuvlar - yuqori qismida quyidagi ma'lumotlar yoziladi:

Ayol:

- ismi
- akusherlik ma'lumotlar (anamnezidagi tug'ruqlar, homiladorliklar soni);
- ro'yxat raqami;
- qabul qilingan sana;
- qabul qilingan vaqt nolga hisoblanadi. Kunning haqiqiy vaqti-vaqt chizig'i ostida ko'rsatiladi.
- qog'onoq pardasining yirtilish vaqti homila:
- yurak qisqarishi tezligi;
- homila suvi: tiniq(S), qon bilan bo'yalgan (V) 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 keluvchi sathi), besh barmoq bilan qorin qismida paypaslash bilan aniqlanadi, diagrammada 0 belgisi bilan belgilanadi, qorinni paypaslash har bir qin ko'ruvidan oldin bajariladi.

Homila boshining shakllanishi: bu jarayon quyidagicha yoziladi: bosh suyaklar biriktiruvchi to'qimalar bilan ajralib turibdi, buni yengil paypaslash mumkin (0), suyaklar bir-biriga biroz tegib turibdi (+); suyaklar bir-birining ustida joylashgan (++); suyaklar bir-birining ustida anchagina joylashgan (+ + +).

Bachadon bo'yni ochilishi:

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

● qisqarishlar (to'lg'oqlar): tezligi (10 daqiqa davomida qisqarishlar soni). Davomiyligi sonialarda;

Oksitosin:

● dozasi tug'ruqning har davriga 1 soatga mo'ljallanib yoziladi;
● dori-darmonlar va vena tomiri ichiga yuboriladigan suyuqliklar ma'lumotlar uchun joy;

● qon bosimi, harorat va pul's: qon bosimi va puls har soatda yoki tezroq yozib borish tavsiya etiladi;

● tana harorati har 3-4 soatda yozib borishi tavsiya etiladi.

Siydik:

● miqdori;

● tahlili (qon, oqsil va aseton). Har bir peshobdan so'ng yozib boriladi.

Bachadon bo'yni ochilishi to'g'risidagi birinchi belgilar tug'ruqning faol davrida ogohlik chizig'ining tegishli nuqtalarida 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.

Tekshirish soniga nisbatan tekshirish usullari ko'proq ahamiyatga egadir. Homila yurak qisqarishlari tezligini haqqoniy ko'rsatish uchun homila yuragini auskultatsiya qilish vaqti juda ahamiyatli ekanligi partogrammada yaqqol ko'rinadi. Bu holat, yurak qisqarishlari variantlari misolida tasvirlanadi (juda qisqa), vaqti-vaqti bilan auskultatsiya qilish - ma'qulroq va afzalroq.

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 vaqtidagi qin orqali tekshiruvlar homila joylashgan qismining holatini kuzatish bilan barobar olib borilishi kerak, yana shuni aytib o'tish kerakki, tug'ruq olib borishdagi ko'pgina xatoliklar aynan

shunday kuzatuv bo'lmagani uchun ro'y beradi. Harakat chiziqlari va ogohlik chizig'ini ahamiyati va xususiyati, tik chizig'i shunday chiziqki, undan tashqarida bachadon bo'yni ochilishi tezligi "istalgan" tezlikdan 1 soatda 1 sm. dan kam bo'ladi. Kuzatuv olib boriladi, lekin harakat talab etilmaydi. Bunga qarama-qarshi, harakat chizig'i - bu shunday chiziqki, shu chiziqdan tashqarida bachadon bo'yni ochilishi tezligini istalgan darajagacha tiklash uchun talab qilinadigan harakatlar to'g'risida o'ylashni taqozo etadi.

Bu chiziqlar ahamiyati shundaki, ular shifokorlarga, tug'ruq kechishidagi o'zgarishlarni so'z bilan tasvirlashdan (jadvalga nisbatan) ko'ra, erta aniqlashga yordam beradi. Undan tashqari, ular ham bir tug'ruqqa yordam berish muassasasi bo'limlar, ham turli darajadagi akusherlik xizmatlari orasida harakat birligini ta'minlashga yordam beradi.

Agar ayolni qin orqali ko'ruv, ogohlik chizig'ida bajarilgan bo'lsa, keyingi tekshiruv 4 soat o'tgandan so'ng (agar erta ko'ruv uchun klinik ko'rsatmalar bo'lmasa) bajarilishi kerak. Agar ko'ruvgacha tug'ruqning sust kechishi, kuzatilgan bo'lsa va jadvaldagi nuqtamiz ogohlik va harakat chiziqlari orasida joylashsa, unda aniqki, keyingi tekshiruvni ertaroq bajarish lozim.

Partogrammani o'z vaqtida to'ldirish, tug'ruq kechishining me'yordan tashqariga o'zgarishlarni o'z vaqtida aniqlash va asossiz aralashuvlardan qochish imkonini beradi.

Tug'ruq vaqtida ayolni ovqatlanshirish. Tug'ruqlar quvvat sarflashni talab qiladi. Tug'ruq qancha vaqt davom etishini oldindan aytish mumkin bo'lmaganligi tufayli kuch-quvvat manbai doimo to'ldirilib turilishi zarur. Ovqatlanishni keskin chegaralanishi tug'ruq vaqtida suvsizlanish va asidozga olib keladi, ularni tug'ruq davrida suyuqliklar ichish va yengil ovqat qabul qilish yo'li bilan oldini olish mumkin. Zamonaviy yondoshuvlar fiziologik tug'ruqlar vaqtida ovqat va ichimlik qabul qilish to'g'risidagi masalani ayolning o'zi hal qilishiga qo'yib beradi.

Hamkorlik tug'ruqlari. Hamkorlik tug'ruqlari o'tkazilganda doya hamshiraning vazifasi nafaqat barcha muhim klinik belgilarni qayd qilish, balki bugun tug'ruq, davomida ayolni jismonan va emotsional

qo'llab-quvvatlab turishdan ham iborat bo'ladi. Tug'ruqlarda ishtirok etayotgan doya o'tkazilayotgan barcha muolajalar va tibbiy tekshiruv natijalarini ayolga tushuntirishi kerak. Tug'ruq faoliyatining kechishi va bolaning kutilayotgan tug'ilish vaqti to'g'risida ayolni xabardor qilishi lozim.

Tug'ruq zalida ayolning yaqin odamlaridan birontasini bo'lishi (doya bilan birlikda) tug'ruqlarni rivojlanishi va natijasi onaning tug'ruqdan keyingi adaptatsiyasi, ona va bolaning o'zaro munosabati, ko'krak suti bilan boqish va oilaviy er-xotinlik munosabatlarga sezilarli darajada ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda tug'ruqlar davomlilikigi va kesarkesishlarning soni sezilarli qisqaradi, og'riqsizlantirish vositalarini qo'llanish kamayadi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarga zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatishga ham ehtiyoj kam bo'ladi. Shuningdek, ko'krak suti bilan boqish va yangi tug'ilgan chaqaloqni yaxshi holatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Tug'ruqning uchinchi davrini olib borish. Tug'ruqning uchinchi davri (yo'ldosh davri) bola tug'ilgandan to yo'ldoshni bachadondan ajralishi va uni chiqishigacha bo'lgan vaqtni o'z ichiga oladi va odatda, 15-20 daqiqani egallaydi.

Bola tug'ilgandan so'ng bachadon qisqaradi va yo'ldoshning ajralishi yuz beradi. Bu - qon ajralmalarini boshlanishidan hamda kindikning tashqi qismini uzayishidan bilinadi.

Tug'ruq fiziologik olib borilganda yo'ldosh faqat onaning kuchi yordamida ajralib chiqariladi. Yo'ldosh va homila pardalarini ularning butunligini sinchiklab tekshirish lozim. Agar yo'ldosh ajralgandan keyin bachadon gipotoniyasi tufayli qon oqishi davom etsa, aylanma harakatlar bilan bachadonning yuqori qismini uqalashni boshlash lozim (lekin uning tubini siqish kerak emas), bunda bachadondagi qon quyqalari chiqib ketadi. Yengil uqalashdan keyin bachadon qisqarishi va qattiq bo'lib qolishi kerak. Bachadonni qisqartirish uchun muzdan foydalanish tavsiya qilinmaydi.

Yo'ldosh ajralgandan keyin faqat bachadon butunligini tekshirish va qon oqishiga gumon qilingandagina jarrohlik gemostazini ta'minlash uchun yumshoq, tug'ruq yo'llari ko'zdan kechiriladi. Tug'ruqdan keyin vaqti-vaqti bilan puls va arterial qon bosimini nazorat qilish, yaxshi qisqarganligiga ishonch hosil qilish va kamida 24 soat davomida

qindan qon oqmayotganligiga guvoh bo'lish uchun bachadon holatini tekshirib turish zarur (JSST tasnifiga binoan tug'ruqdan keyingi qon ketish birlamchi va ikkilamchi deb ta'riflanadi: birlamchi – tug'ruqdan keyingi 24 soat davomida, ikkilamchi – tug'ruqdan 24 soat keyingi vaqt ichida).

Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash usuli

Ayollarni tug'ruqqa tayyorlashning bu usuli tug'ruq og'riqlarining kelib chiqish sabablarini o'rganishga asoslangan. Psixoprofilaktik tayyorgarlikdan maqsad – ayolning markaziy asab tizimiga ta'sir ko'rsatib, og'riqni bartaraf qilishdir.

Tug'ruq vaqtida bachadondagi va tug'ruq yo'llarining boshqa qismlaridagi nerv oxirlari (interoretseptorlar), tolalari va chigallari ta'sirlanadigan sharoit vujudga keladi.

Ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlashdan maqsad tug'ruq og'riqlarining psixogen komponentini bartaraf qilish, tug'ruqda og'riq sezilishi muqarrar degan tasavvurni, ruhan ezadigan qo'rquv hissini yo'qotish va tug'ruq eson-omon o'tadigan fiziologik jarayon bo'lib, unda hamisha og'riq sezilavermaydi, degan yangi tasavvurni hosil qilishga yordam beradi. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida bosh miya po'stlog'iga ta'sir ko'rsatish og'riq sezgilarini kamaytirish yoki butunlay bartaraf qilishga yordam beradi.

Tug'uvchi ayol o'zini to'g'ri tutgandagina tug'ruq og'riqsiz o'tishi mumkinligini unga uqtirish kerak. Psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida ayol o'zini osoyishta tutishga va tug'ruq vaqtida faol harakat qilishga o'rgatadi. Tug'ruq fiziologiyasi va uning klinik o'tishi haqida ayolga asosiy ma'lumotlar beriladi, shuningdek, tug'ruqning turli davrlarida kelib chiqadigan sezgilar tushuntiriladi, hamma vaqt ham og'riq sezilavermasligi ta'kidlanadi.

Ayol tug'ayotgan paytda o'zini to'g'ri tutishi kerakligi aytiladi, psixoprofilaktik tayyorgarlik jarayonida o'rgatilgan muayyan usullarni bajarilishi natijasida tug'ruqning og'riqsiz o'tishi tushuntiriladi.

Tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorgarlik homiladorlik boshidan, ayniqsa, tug'ruqqa 4 hafta qolganda va tug'ruq vaqtida o'tkaziladigan bir talay tadbirlar tizimidir.

Birinchi mashg'ulotda ayol jinsiy a'zolarining anatomik tuzilishi homiladorlik munosabati bilan organizmda ro'y beradigan o'zgarishlar haqida qisqacha ma'lumotlar beriladi bularning hammasi tug'ruqning normal o'tishini ta'minlaydi, deb uqtiriladi. Tug'ruq normal fiziologik hodisa deb tushuntiriladi, tug'ruqning uch davri haqida ma'lumot beriladi.

Ikkinchi mashg'ulotda ayol dard tutgan vaqtida va tug'ruqning birinchi davrida o'zini qanday tutishi kerakligi ko'rsatiladi. Tug'ruqning to'g'ri o'tishiga va og'riq sezgilarining kamayishiga yordam beradigan quyidagi maxsus jismoniy amallar homilador ayollarga o'rgatiladi.

Uchinchi mashg'ulotda homilador ayollar tug'ruqning ikkinchi va uchinchi davrlari qanday o'tishi, bu davrlardagi sezgilar xarakteri bilan tanishtiriladi. Homila tug'iladigan davrning boshida va oxirida qanday vaziyatda yotish ma'qulligi tavsiya etiladi. To'lg'oq tutganda nafasni to'xtatib turish mashqlari o'rgatiladi. To'lg'oq ta'sirini oshirish uchun chuqur nafas olgandan keyin nafasni 10-15 sekund to'xtatib turish kerakligi tushuntiriladi.

To'rtinchi mashg'ulot. Avvalgi mashg'ulotlarda berilgan hamma bilim va mashqlar to'rtinchi mashg'ulotda qisqacha takrorlanadi, yuqorida ko'rsatilgan usullarni ayollar qanchalik o'zlashtirganligi tekshiriladi.

Psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasi tug'ruq kompleksida ishning tashkil etilishiga, meditsina xodimlarining xulq-atvoriga anchagina bog'liq. Tug'ruq kompleksida saranjom-sarishtalik, osoyishta vaziyat hukm surishi, tug'uvchi ayollarga xushmuomalada bo'lish kerak.

Akusher tug'uvchi ayolni doimo kuzatib, tetiklantirib turadi. Og'riqsizlantirish usullarini eslatadi, tug'ruqni eson-omon o'tishiga ishontiradi. Tug'uvchi ayolni tekshirganda, tug'ruqni boshqarganda, hamma muolajalarni amalga oshirganda shoshilmaslik, osoyishta ish tutish kerak.

Tug'ruq tamom bo'lgach, hamshira psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasini baholaydi. Ayni vaqtda: a) ayolning tug'ruq vaqtida o'zini qanday tutganligi, b) tug'uvchi ayolning kayfiyati va sezgilari haqida aytganlari hisobga olinadi. Yuqorida ko'rsatilgan ma'lumotlarga asoslanib, psixoprofilaktik tayyorgarlik samarasining «to'la samara», «qisman samara», berganligi yoki «samarasi yo'q» degan baholaridan biri qo'yiladi.

Nazorat uchun savollar:

1. Ayollarni tug'ruqqa fiziopsixoprafilaktik tayyorlash usuli.
2. Demedikolizatsiya (normal tug'ruqni dori-darmonsiz olib borish)
3. Tug'ruqni zamonaviy og'riqsizlantirish usullari

Tayanch so'z va iboralar:

Fiziopsixoproflaktika

Peridural anesteziya

Autoanalgiziya

Trankvilizatorlar

Yosh onlar maktabi

Demedikalizatsiya

Parasakral anesteziya

Kuldiruvchi gaz

TESTLAR

1. Tug'ruqqa fiziopsixoprafilaktik tayyorlashning 3-mashg'ulotida quyidagi ma'lumotlar beriladi.

- a) jinsiy a'zolarining anotomiyasi va fizologiyasi
- b) dard va to'lg'oq haqida tushuncha
- c) tug'ruq davrlarida ayol qanday o'zini tutishi va qaysi autoanalgeziya usulidan foydalanishi haqida ma'lumot beriladi
- d) tuqqan ayollarni parvarishlash haqida
- e) tug'ruqni dorilar bilan og'riqsizlantirish haqida ma'lumot beradi.

XI BOB. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI. TUQQAN AYOLNI PARVARISH QILISHDA HAMSHIRANING VAZIFALARI

Chilla davri (tug'ruqdan keyingi davr-puerperium) homilaning tug'ilgan paytidan boshlanib, 6-8 hafta davom etadi. Homiladorlik va tug'ruq munosabati bilan ro'y bergan o'zgarishlarning deyarli hammasi chilla davrida barham topadi. Ayolning jinsiy apparati homiladorlikdan oldingi ahvoliga deyarli batamom qaytadi. Bola emizmaydigan ba'zi ayollar chilla davri tugashi bilan yana hayz ko'ra boshlaydi, emizikli onalar kechroq (ko'pincha emizish davri tugagandan keyin) hayz ko'radi. Emizikli ayollardan faqat ba'zilari tug'ruqdan 6-8 hafta keyin hayz ko'ra boshlaydi.

TUQQAN AYOL ORGANIZMIDAGI O'ZGARISHLAR

Jinsiy a'zolarining o'z asliga qaytish jarayoni – jinsiy involutsiyasi. Yo'ldosh tushgach, bachadon yaxshi qisqaradi, shar shakliga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi, boylam apparati cho'zilgani uchun bachadon ancha harakatchan bo'lib qoladi. Bachadon tubi tug'ruqdan bevosita keyin kindikdan 1-2 barmoq enicha pastroqda turadi, bu chanoq tubi muskullari va qin tonusining oshganligiga bog'liq. Bachadon yuqoriga va ikki yon tomonga bemalol siljiydi. Qovuq to'lib ketganda bachadon tubi qovurg'alar ravog'i ostigacha yetishi mumkin. Bachadon bo'yni tug'ruqdan keyin yupqa devorli xalta shakliga kiradi, bo'yin kanali qo'l panjasini bemalol o'tkazadi, ochiq turgan tashqi teshigining chetlari qinga burma-burma bo'lib osilib tushadi. Bachadonning ichki yuzasi plasenta va pardalar ko'chgandan keyin keng jarohat yuzasi hisoblanadi. Tug'ruqdan keyinroq bachadonning bo'yi o'rta hisob bilan 15 sm (13-16 sm), bachadon naylari boshlangan joy ro'parasidagi eni 12-13 sm, vazni 1000 g keladi.

Tug'ruqdan keyin qin ilvillagan, keng, tashqi jinsiy a'zolar shishgan, bo'rtgan, jinsiy yoriq ochiq bo'ladi. Tashqi jinsiy a'zolar va qin devorlari ko'pincha yoriladi va chaqalanadi.

Chilla davrida bachadon kichrayadi, bo'yni avvalgi shakliga keladi, bachadonning sidirg'a jarohat bo'lgan ichki yuzasi bitadi.

Chilla davrida bachadon muskullarining qisqarishi (chilladagi dard tutishi) sababli hajmi kichrayadi. Bachadon muskullarining qisqarishi natijasida muskul tolalaridan bir qismi qonsirab (anemizatsiya), yog' distrofiyasiga uchraydi.

Bachadonning qanchalik qisqarganligini tubi qay balandlikda turganligidan bilsa bo'ladi. Tug'ruqdan keyingi dastlabki 10-12 kun mobaynida bachadon tubi kuniga taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi. Tug'ruqdan keyin bachadon tubi 1-2-kuni kindik ro'parasida (qovuq to'lmagan bo'lsa), 3-kuni kindikdan 1-2 barmoq enicha pastroqda, 4-kuni kindikdan 2-3 barmoq enicha pastroqda, 5-kuni qovning yuqori chekkasi bilan kindik orasidagi masofaning o'rtasida bo'ladi, 6-kuni bachadon tubi hozirgina ko'rsatilgan sathdan taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi, 7-kuni qovdan 3 barmoq enicha yuqorida, 8-kuni qovdan 2 barmoq enicha yuqorida joylashadi, 10-12-kuni bachadon tubi odatda, qov orqasiga o'tib, qo'lga ilinmaydi.

Bachadon tubining balandligini o'lchab olinadigan ma'lumotlarga asoslanib, bachadon involutsiyasi haqida fikr yuritish mumkin. Bachadon tubining balandligi qovuq bo'shatilgach santimetrli lentada o'lchanadi. Bachadonning bo'yi kichrayish bilan bir vaqtda eni va vazni ham kamayadi.

Bachadon bo'yni ichkaridan tashqariga qarab shakllanadi ichki teshigi ertaroq, tashqi teshigi kechroq yopiladi. Ichki teshik 3-kuni hali bir barmoq sig'arli ochiq turadi, 7-10-kunga borib bekiladi. Tashqi teshik tug'ruqdan keyin 3-haftada yumiladi.

Bachadon qisqarishi bilan bir vaqtda bezlarining tub bo'limlaridagi epiteliy va endometriy bazal qavatining stromasi o'sishi hisobiga bachadon shilliq pardasi tiklanadi (regeneratsiya). Shilliq parda regeneratsiyasi ayolda bachadon jarohatining bitish jarayonidan iborat. Bachadon jarohati bitgan vaqtda leykositlar devori (grapulatsion val)

hosil bo'ladi. Bu val bachadon devoriga va jinsiy yo'llarning boshqa bo'limlariga mikroblar kirishiga to'sqinlik qiladi.

Bachadon ichki yuzasi (jarohati) tug'ruqdan keyin 10-kunga borib epiteliy bilan qoplanib bo'ladi, 20-kunga borib endometriy to'la tiklanadi.

Bachadon involutsiyasining tezligi ayolning umumiy ahvoliga, yoshiga, tug'ruqning qanday o'tganiga, bola emizishiga va shu kabi sabablarga bog'liq, quvvatsizlanib qolgan va ko'p tuqqan ayollarda, keksayib birinchi marta tuqqan ayollarda, patologik tug'ruqdan keyin bachadon involutsiyasi sekinroq boradi; emizikli ayollar bachadoni bola emizmaydigan ayollarnikiga nisbatan tezroq qisqaradi.

Chilla davrida qin tonusi avvalgi asliga keladi, qin hajmi kichrayadi, shish va giperemiya qaytadi, tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'yning chaqalangan, yorilgan (va yirtilgan) joylari bitadi.

Bachadon boylamlari sekin-asta kaltalanadi, bachadon naylari va tuxumdonlar odatdagi o'rniga qaytadi va homiladorlikdan oldingi holiga keladi. Qorin devori sekin-asta qisqaradi va chanoq tubining muskullar tonusi tiklanadi. Ba'zi ayollar tuqqandan keyin qorin devori avvalgiday elastik bo'lmaydi. Homiladorlik chandiqlari oq tusga kiradi, qorin oq chizig'ining pigmentatsiyasi (dog'i) yo'qoladi yoki juda ham kamayadi.

Lohiyalar. Endometriyning tiklanish jarayonida bachadondan chilla davriga xos chiqindilar lohiyalar (lochia) keladi. Lohiyalar bachadonning bitayotgan jarohatidan chiqadigan suyuqlik, ya'ni jarohat sekretidir. Lohiyalar qon zardobidan, parchalanuvchi desidual parda qoldiqlaridan, leykositlardan iborat; dastlabki kunlarda lohiyalarga anchagina qon aralashgan bo'ladi,

Dastlabki 3-4 kunda lohiyalar qonday qizil bo'ladi (lochia rubra). Keyingi kunlarda sekin-asta oqaradi, ozroq qon aralash seroz suyuqlikka o'xshaydi (lochia serosa), 10-kunga borib tiniq, qonsiz bo'lib keladi (lochia alba). Lohiyalar sekin-asta kamayadi; 3-haftadan boshlab lohiyalar kam kelib, shilimshiq bo'lib qoladi, 5-6-haftaga borib chiqmay qo'yadi.

Bachadon involutsiyasi sekin davom etganda lohiyalar chiqishi cho'zilib ketadi. Bachadon orqaga qayrilganda ichki teshik berkilib qolsa lohiyalar bachadon bo'shlig'iga to'planishi mumkin, loxiometra (lochiometra) deb shuni aytishadi.

Sut bezlarining funksiyasi. Homiladorlik vaqtida sut bezlari o'zgarib, kelajakdagi funksiyasini o'tashga - sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Homiladorlik vaqtidayoq emchak uchidan og'iz suti - sekret tomchisini siqib chiqarish mumkin. Og'iz suti ishqoriy reaksiyali suyuqlik bo'lib, unda oqsil, yog' tomchilari, bez pufakchalari va sut yo'llarining epiteliy hujayralari va og'iz suti tanachalari (yog' tomchilari bilan to'lgan leykositlar) bor (110-rasm, a).

Tug'ruqdan keyin 2-3-kuni sut ajrala boshlaydi. Odatda, shu paytda sut bezlari to'lishadi va sezuvchan bo'lib qoladi, ular to'lishganda ayol sut bezlarining tirsillab og'riyotganini aytadi, bu og'riq qo'ltiqqa o'tadi, qo'ltiqda ba'zan bezillab turgan tugunchalar paypaslab topiladi.

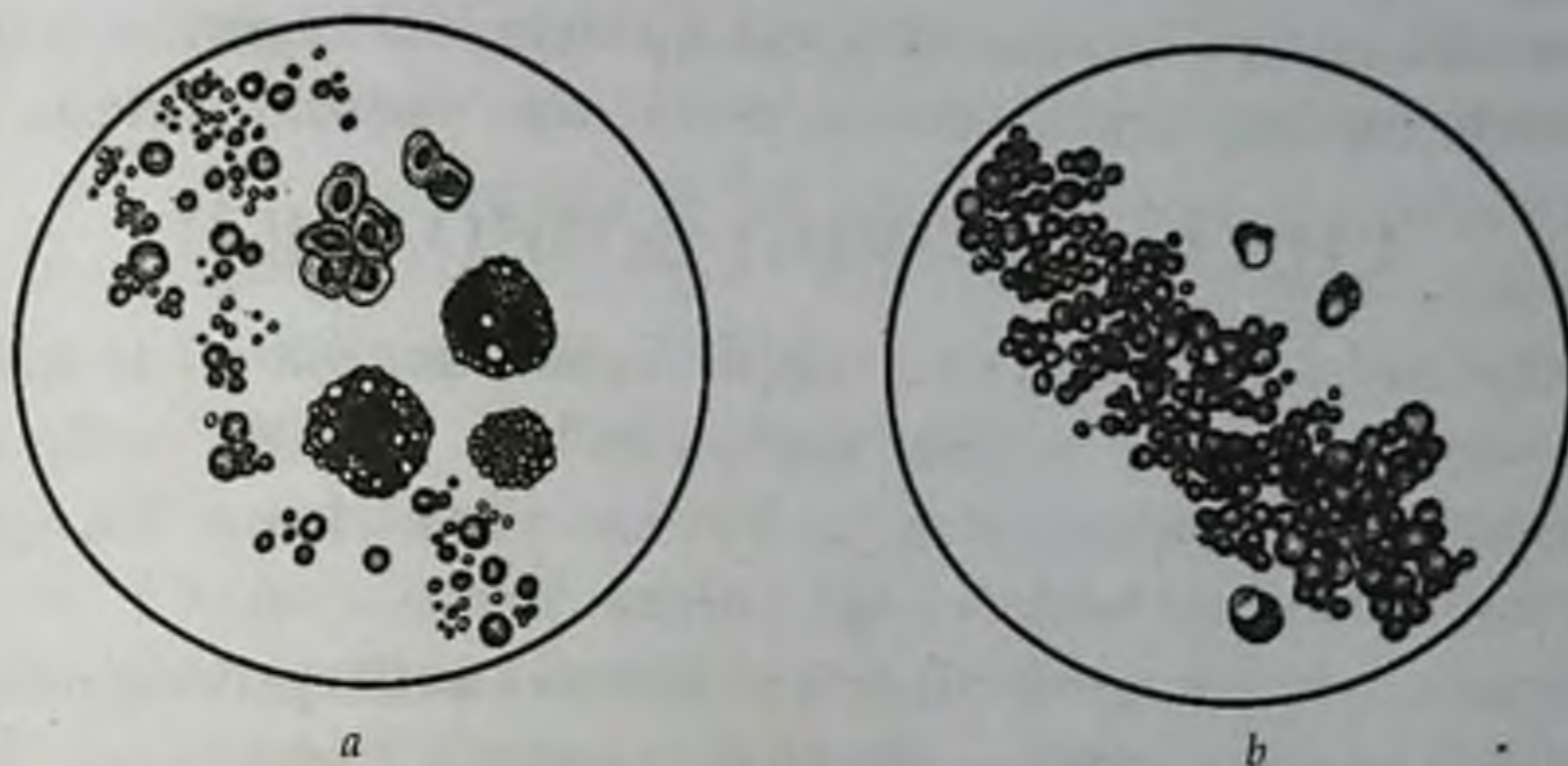
Sut murakkab reflekslar va gormonlar ta'sirida ishlanib chiqadi. Sut hosil bo'lishini gipofizning laktogen gormoni va asab tizimi idora etadi.

Sut bezlari sutdan tashqari, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan va chilla davrida bachadon involutsiyasiga yordam beradigan moddani ham ishlab chiqarsa kerak. Bola emganda emchak uchidagi asab tizimlarining ta'sirlanishi tufayli bachadon refleksi yo'li bilan ham qisqaradi. Bola emizish davrida bachadonning refleksi yo'li bilan qisqarishini tuqqan ayol ko'pincha dard tutganga o'xshash og'riq sezadi.

Sut oq suyuqlik bo'lib, zardobga yoyilgan mayda-mayda yog' tomchilari emulsiyasidan iborat (110-rasm, b). Sut ishqoriy reaksiyali bo'lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibi: suv 87-88%, oqsil (kazein va albumin) 1,5-2%, yog'lar 3,5-4%, qand 6,6-7,5%, tuzlar 0,18-0,2%.

Tuqqan ayolning umumiy ahvoli va ichki a'zolari. Chilla davri normal o'tayotganda ayolning umumiy ahvoli yaxshi bo'ladi. Tuqqan ayol ba'zan dastlabki kunlari tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasida og'riq sezadi, bu og'riq doimiy bo'lmaydi. Tuqqan ayollar ba'zan ayniqsa, bola emizish vaqtida og'riq tutayotganini aytishadi. Tuqqan ayol bir daqiqada 14-16 marta chuqur nafas oladi. Pulsu bir tekis, yaxshi to'lishgan bo'ladi, tomiri bir daqiqada 70-75 marta uradi, puls ko'pincha siyraklashadi (fiziologik bradikardiya). Arterial bosim dastlabki kunlarda norma doirasida yoki sal-pal pasaygan bo'ladi. Chilla davri fiziologik o'tganida tana harorati normal bo'ladi. Chilla

davrining o'tishi odatda, tana harorati va puls bilan ta'riflanadi. Tomirning tez-tez (bir daqiqada 90 marta va undan ortiq) urishi va tana haroratining bir necha kungacha 37° dan ortishi chilla davri og'irlashganini, ko'pincha chilla davrining yuqumli kasalliklari paydo bo'lganligidan darak beradi.



110-rasm. Og'iz suti va sut (mikroskopda ko'rinishi).

a-og'iz suti, og'iz sutining tanachalari va yog' tomchilari ko'rinib turibdi;
b-sut faqat yog' tanachalari ko'rinib turibdi.

Tuqqan ayol ayniqsa, ko'p suyuqlik ichganda terlashga moyil bo'ladi.

Chilla davrining dastlabki haftalarida modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, keyinchalik asliga keladi. Gavda vazni tug'ruqdan keyingi kunlarda kamayadi, odatda, yog' to'planishi hisobiga keyinchalik yana oshadi.

Siydik chiqarish. Chilla davrida buyraklar normal ishlaydiyu, qovuq funksiyasi buzilgani uchun siydik chiqarish ko'pincha qiyinlashadi. Siydik chiqarishning qiyinlashuvi aksari shundan iboratki, tuqqan ayol qovug'i ancha to'lib ketganda ham siygisi qistayotganini sezmaydi. Ba'zan siygisi qistagani holda siydik chiqarish qiyinlashadi, ba'zan esa siydik chiqayotganda og'riq seziladi. Siydik chiqarishning buzilishi qovuq atoniyasiga yoki shilliq pardasining homila boshi bilan qisilib shishganiga bog'liq bo'lishi mumkin. Siydik chiqarishda og'riq sezilishi odatda, tashqi jinsiy a'zolar va oraliq sohasining yorilgan hamda chatnagan joylariga siydik kirishiga bog'liq. Ba'zi ayollar yotgan holda siydik chiqara olmaganini uchun siydik ushlanib qoladi.

Ichak funksiyasi. Chilla davrida ko'pincha ich kelmay qoladi (qabziyat), bu esa ichak atoniyasiga bog'liq. Qorin pressining bo'shashuvi, turmasdan o'rinda yotish, shu munosabat bilan harakat cheklanganligi ichak atoniyasiga sabab bo'ladi.

Tuqqan ayollarda ba'zan gemorroidal tugunlar (bavosil) paydo bo'ladi, bular odatda, aytarli bezovta qilmaydi. Gemorroidal tugunlar qisilganda kattalashib, bezillab turadi, ayniqsa, defekatsiya vaqtida og'riq seziladi.

CHILLA DAVRINI BOSHQARISH

Chilla davri normal o'tsa, tuqqan ayolni sog'lom deb hisoblash kerak. Ammo u maxsus rejimga muhtoj bo'ladi, bu rejim jinsiy a'zolar involutsiyasining to'g'ri borishiga, jarohat yuzalarining bitishiga va organizmning normal funksiyasiga yordam beradi.

Tuqqan ayolni parvarish qilishda aseptika va **antiseptika qoidalariga rioya qilish** ayniqsa, muhim ahamiyatga egadir. Bachadoning jarohat yuzasi, tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylaridan organizmga infeksiya kirishi mumkin. Modomiki shunday ekan, tuqqan ayolning jinsiy yo'llariga infeksiya kiritishi chilla davrining septik infeksiyasi avj olishi nuqtayi nazaridan katta xavf tug'diradi. Tuqqan ayollarning ko'pincha emchak uchlari yoriladi, unga infeksiya kirishi ham xavfli. Emchak uchining yorilgan joylaridan infeksiya kirishi natijasida sut bezi yallig'lanadi (mastit).

Shunday bo'lgach, chilla davrida palata, o'rin-bosh va barcha parvarish buyumlarini g'oyat ozoda tutish alohida muhim ahamiyatga egadir. Tuqqan ayolning jinsiy a'zolariga va sut bezlariga uriladigan hamma asboblari, material va parvarish buyumlari steril bo'lishi kerak. Tuqqan ayollarning tagini tozalaganda qo'lni sinchiklab yuvib, dezinfeksiya qilish va niqob tutish talab etiladi. Meditsina xodimlari shaxsiy gigiyenaning hamma qoidalariga rioya qilishlari zarur.

Tuqqan ayolning tinch yotib, orom olishi chilla davrining to'g'ri o'tishiga yordam beradi. Modomiki shunday ekan, tuqqan ayolning normal uxlashi uchun zarur sharoit tug'dirish, uni tashvishlantirmaslik, hayajonlantirmaslik va boshqa salbiy emotsiyalardan saqlash kerak. Ayolni to'g'ri ovqatlantirish, qovuq va ichak funksiyalarini tartibga solish, faol harakatlarni izchil bajarish katta ahamiyatga ega.

Tuqqan ayollarning yotish sharoiti. Tuqqan ayollar, yotadigan palatalar yorug' va keng bo'lishi kerak. Har bir ayol yotadigan koykaga kamida 7,5 m² maydon to'g'ri keladigan bo'lsin. Palatalar sutkasiga kamida 2 marta namlab tozalanadi va ko'p marta shamollatib turiladi. Har 7-10 kunda hozirgi davrda 5-6 kunda (tuqqan ayollar uyiga jo'natilgandan keyin) palata bo'shatiladi, so'ngra sinchiklab yig'ishtiriladi, devorlari, pol, mebeli yuviladi va dezinfeksiyalanadi. Tuqqan har bir ayol uyiga jo'natilgach, karavot va kleyonkalar suv va dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi, matras, yostiq va adyollar kamida bir sutka shamollatiladi. Isitmalayotgan ayollar uyiga jo'natilgach, o'rin-boshi dezinfeksiya qilinadi.

Tuqqan ayol tug'ruq bo'lmasidan palataga keltirilgach, toza o'ringa yotqiziladi. Tuqqan ayolning koykasi quyidagicha tayyorlanadi. Matras ustiga choyshab yoziladi, choyshabning o'rtadagi uchdan bir qismiga oq kleyonka solinadi. Kleyonkaning ustidan taglik choyshab (o'lchami o'rta hisob bilan 1x1 m) solinadi, bu choyshab sutkasiga kamida ikki marta har bir tozalashdan keyin almashtiriladi. Boshqa choyshab va ko'ylak ifloslangan sayin yangilab turiladi. Choyshab-ko'ylak obdon qaynatib yuviladi va yaxshilab issiq dazmol uriladi.



111-rasm. Tuqqan ayollar palatasining umumiy ko'rinishi.

Har bir koyka yonida individual tuvak bo'lishi kerak, u qaynatib olingan bo'ladi va tuqqan ayol foydalangach, har gal suv va dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan yuviladi (111-rasm).

Tuqqan ayol sinchiklab kuzatiladi: a) umumiy ahvoli va ruhiyati (uyquasi, ishtahasi, kayfiyati) aniqlanadi; b) pulsi sanaladi va tana harorati kuniga kamida 2 marta o'lchanadi; d) sut bezlarining

qanchalik bo'rtganligi, emchak uchlarining yorilgan-yorilmagani, bezillash-bezillamasligi va shu kabilar aniqlanadi; e) bachadon tubining qanchalik balandda turganligi, bachadon konsistensiyasi, palpatsiyada og'rish-og'rimasligi tekshiriladi; f) tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechirilib, lohiyalar xarakteri va miqdori aniqlanadi; g) qovuq va ichak funksiyasidan xabardor bo'lib turiladi. Tuqqan ayoldan so'rab va obyektiv ravishda tekshirib olinadigan shu ma'lumotlarning hammasi tug'ruq tarixiga yozib boriladi.

Chilla davrida og'riqli dard tutsa piramidon, aspirin, antipirin, fenasetin (0,3-0,5 g) dan biri ichiriladi. Og'riq qattiq bo'lsa, pantopon, belladonna ekstrakti va boshqa dorilardan tayyorlangan shamcha qo'yish mumkin.

Chilla davri yaxshi o'tganda va ayol bolasini muntazam emizib turganda bachadon involutsiyasi to'g'ri boradi va bachadonni qisqartiradigan dorilarga ehtiyoj qolmaydi. Bachadon involutsiyasi sust borganda (subinvolutsiya) bachadon qisqarishini kuchaytiradigan dorilar: qoramig'ning suyuq ekstrakti (Extr. Secalis cornuti fluidum) kuniga 2 mahal 25 tomchidan, stiptisin (Stypticinum) kuniga 2-3 mahal 0,05 g dan ichiriladi, pituitrin (Pituitrinum) kuniga 1-2 mahal 1 ml dan inyeksiya qilinadi.

Qovuq va ichakning o'z vaqtida bo'shab turishi bachadon involutsiyasining to'g'ri borishiga yordam beradi.

Siydik chiqarish qiyinlashganda tuqqan ayol chanog'i tagiga tuvakni isitib qo'yiladi, qovuq ustiga 15-20 daqiqa isitgich qo'yish mumkin. Refleks yo'li bilan (vodoprovod jo'mragidan, obdastadan jildiratib suv tushirib va shunga o'xshash yo'llar bilan) siydik chiqartirishga urinib ko'rsa bo'ladi. Pituitrin kuniga 1-2 mahal 1 ml dan va magniy sulfat (25% li eritmasi 5-6 ml dan muskul orasiga) inyeksiyalari yaxshi amal qiladi.

Bu dorilar naf bermasa, qovuqni kateterizatsiya qilishga to'g'ri keladi, bunda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi (kateter qaynatiladi, qo'l yuviladi, uretra sohasi dezinfeksiyalovchi kuchsiz eritma bilan tozalanadi). Kateterizatsiyadan keyin urotropin (kuniga 3 mahal 0,5 g dan) yoki ayiqquloq qaynatmasi (Dec. foliorum Uvae ursi 10,0:200,0) kuniga 4-5 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi.

Ich to'xtalib qolganda tug'ruqdan keyin 3-kuni ichni tozalash uchun klizma qo'yiladi yoki surgi (Natrii sulfas yoki Magnesii sulfas 10-20 g) ichiriladi.

Katta gemorroidal tugunlar paydo bo'lib, bezillab turgan bo'lsa oraliqqa muzli xalta qo'yish (xaltani steril yo'rgakka o'rash kerak), belladonna yoki pantopon shamchalari tavsiya etiladi. Bu choralar foyda bermasa, qo'lqop tutib va unga vazelin surib, gemorroidal tugunlar avaylab joyiga kiritib qo'yiladi.

Chilla davri normal o'tayotgan va oraliq yirtilmagan bo'lsa tuqqan ayol 2-kuni o'tirishi, 3-kuni yurishi mumkin. Oralig'i yirtilgan ayol yoniga ag'darilsa va o'rinda yotganda harakatlarni cheklamasa bo'ladi oraliq yirtig'i birlamchi usulda bitgan bo'lsa, 6-kunigacha chok olingach yurish ruxsat etiladi, lekin o'tirishga ruxsat berilmaydi.

Tug'ruqda yordam beradigan ko'pgina muassasalarda ayollarni barvaqt, tug'ruqdan keyin 2-kundan boshlab oyoqda turg'izishmoqda, bu esa jismoniy faollikni oshiradi.

Ovqatlanishi. Tuqqan ayol sog'lom bo'lsa maxsus parhezning keragi yo'q. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda oson hazm bo'ladigan, yuqori kaloriyali ovqatlar bulka, pechenye, tvorog, smetana, manniy bo'tqasi, kisel, novvotli choy va kofe tavsiya etiladi. 3-kundan boshlab odatdagi ovqatlar beriladi. Ho'l meva-sabzavot va vitaminlarga boy boshqa ovqatlarni iste'mol qilish zarur. Ayniqsa, qishda va ho'l meva-sabzavot yo'q joylarda tuqqan ayollarga vitamin C, B, D, A preparatlarini berish lozim. O'tkir dorivorli ovqatlar, konserva, qazi, kolbasa va badhazm ovqatlar (yog'li go'sht, to'sh, po'stdumba, no'xat, xasip, mosh) tavsiya etilmaydi, alkogolli ichimliklar ichish man etiladi.

Tuqqan ayollar uchun tayyorlangan ovqat sifatini tekshirish, bola emizish tartibiga qarab turish, ayolning uyidan keltirilayotganligiga ko'z-quloq bo'lib turish kerak. Haddan tashqari ko'p ovqat keltirilishiga ruxsat berilmaydi.

Tuqqan ayolni parvarish qilish. Tuqqan ayolni parvarish qilishdagi asosiy vazifa uni infeksiyadan saqlash va organizmning barcha funksiyalari normal borishiga yordam berishdir. Qat'iy

tozalikka rioya qilishning alohida ahamiyati bor. Tuqqan ayol albatta tish tozalaydi, kuniga kamida 2 mahal toza jom ustida iliq suv bilan sovunlab yuvinadi, sochini taraydi, toza ro'mol o'raydi, ko'ylagini almashtiradi. Keyinchalik bola emizish va ovqat yeyishdan oldin qo'lini sovunlab yuvadi.

Tashqi jinsiy a'zolarning toza bo'lishiga katta e'tibor beriladi. Jinsiy yo'llardan chiqadigan lohiyalar tashqi jinsiy a'zolarini va oraliqni ifloslantirib, mikroblarning ko'payishiga yordam beradi. Shunday bo'lgach, tuqqan ayolning tashqi jinsiy a'zolarini kuniga kamida 2 mahal tozalash, ayni vaqtda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish zarur.

Tashqi jinsiy a'zolar quyidagicha tozalanadi. Steril paxtani ushlaydigan asboblari (kornsanglar yoki uzun pinsetlar qaynatilgan) olinadi. Tuqqan har bir ayolga alohida asbob ishlatiladi, shuning uchun tuqqan ayollar nechta bo'lsa, o'shancha asbob turishi kerak. Kaliy permanganat (1:4000-1:6000) yoki xloramin B, xlorli ohak, septoksin, septobak, novodez eritmalari keragicha tayyorlab qo'yiladi.

Asboblari, steril material (paxta sharchalar), spirt, yod ko'chma stolchaga qo'yiladi (112-rasm, a). Akusher niqob tutadi, qo'llarini yuvadi, steril qo'lqop kiyib, tashqi jinsiy a'zolarini tozalaydi, farrosh stolchani bir ayolning yonidan ikkinchi ayolning yoniga surib beradi, tuvak tutadi va oladi, dezinfeksiyalovchi eritmani Esmarx krujkasidan yoki obdastadan tashqi jinsiy a'zolariga quyib turadi (112-rasm, b).

Tuqqan ayolning tashqi jinsiy a'zolari qo'lda emas, balki kornsangga qisilgan steril paxta sharcha bilan yuviladi. Tuqqan ayol chanog'ining tagiga individual tuvak tutiladi va oyoqlarini kerib turish buyuriladi. Dezinfeksiyalovchi eritmani jildiratib qo'yib, tashqi jinsiy a'zolar (qovdan orqaga qarab yuviladi) va oraliq, sonning ichki yuzasi, orqa chiqaruv teshigi (anus) sohasi yuviladi. So'ngra yuvilgan a'zolar steril paxta yoki doka salfetka bilan quritiladi. Har bir tozalashdan keyin taglik choyshab olinib, yangisi yoziladi. Defekatsiyadan keyin ham shunday tozalash kerak.



a

b

112-rasm. Tuqqan ayollar jinsiy a'zolarini tozalash.
 a-tuqqan ayolni tozalash uchun maxsus stolchani jihozlash;
 b-tuqqan ayolni tozalash.

Oraliq yirtilganda tashqi jinsiy a'zolar ehtiyotlik bilan yuviladi, choklarga tegib ketilmaydi. Chok solingan soha quruq tutiladi, shu maqsadda steril paxta qo'yiladi, bu paxta tez-tez (kuniga kamida 4-5 mahal) almashtirib turiladi. Choklar tug'ruqdan keyin 6-kuni olinadi. Chilla davrida qin chayilmaydi.

Harorati ko'tarilgan, yuqori nafas yo'llari shamollagan, terisiga yiringli yaracha toshgan va infeksiyaning boshqa belgilari bo'lgan ayollarni sog'lom ayollardan ajratib, alohida boks xonaga yotqizish zarur. Bunday ayollarning tashqi jinsiy a'zolari sog'lom ayollardan keyin tozalanadi.



113-rasm. Sut bezlarini yuvish.

Infeksiya yuqqan ayollarni o'z vaqtida ajratib qo'yish tuqqan ayollar va chaqaloqlar o'rtasida kasalliklarning oldini olish uchun juda katta ahamiyatga ega.

Tuqqan ayolning sut bezlarini parvarish qilishga katta e'tibor beriladi. Sut bezlari toza tutilishi lozim. Sut bezlarini ertalab va kechqurun bola emizishdan keyin nashatir spirtining 0,5 % li eritmasi yoki iliq suvda sovunlab yuvish tavsiya etiladi.

Dastlab emchak uchi, so'ngra sut bezining hammasi yuvilib, steril paxta yoki dokada quritiladi (113-rasm). Sut bezlari haddan tashqari tirsillab ketmasligi uchun o'ziga loyiq lifchik tutish tavsiya etiladi. Sut bezlari ancha tirsillab turgan bo'lsa, suyuqlikni kamroq ichish tavsiya etiladi, surgi (20-30 g magnizey sulfat) beriladi. Bola emganda sut bezi to'la bo'shamasa, har bir emizishdan keyin sutni qo'lda yoki molokootsos (sut so'radigan asbob) da sog'ib olish kerak.

TUG'RUQDAN KEYINGI DASTLABKI KUNLARDA GIMNASTIKA

Tuqqan sog'lom ayollarga 2-kundan boshlab gimnastik mashqlar buyuriladi, bu mashqlar organizm tonusini oshiradi qon aylanishi, nafas olish, modda almashinuvi, ichak va qovuq funksiyasini yaxshilaydi. Gimnastik mashqlar jinsiy a'zolar involutsiyasini tezlatadi, qorin pressi va chanoq tubi muskullarini mustahkamlaydi. Oraliq yirtilgan bo'lsa, qisqartirilgan kompleks bo'yicha mashg'ulotlar o'tkaziladi, bu kompleks asosan nafas mashqlaridan iborat.

Gimnastikani shifokor yoki mustaqil ishlayotgan akusher buyuradi, mashg'ulotni akusher yoki meditsina hamshirasi o'tkazadi. Tuqqan ayollarga har bir mashqdan oldin akusher mashqni bajarish tartibini tushuntiradi. Har bir mashq nafas olish ritmiga yarasha bajarilishiga qarab turish zarur.

Gimnastika mashg'ulotini o'tkazganda ayollarning kayfiyatini kuzatib turish, pulsini va nafas olishini sanash kerak. Puls tezlashganicha qolaversa va ayol halloslasa, mashg'ulotlar to'xtatiladi, tuqqan ayol charchasa mashqlar kamaytiriladi, murakkab mashqlar qoldiriladi yoki yengilroq mashqlar bilan almashtiriladi. Tana harorati ko'tarilganda gimnastika to'xtatiladi.

Mashqlar ertalab shifokor yoki akusher ko'rgach, nonushtadan kamida 30 daqiqa keyin o'tkaziladi. Gimnastikadan oldin palata sinchiklab shamollatiladi. Iliq faslda mashqlar fortochka yoki derazani ochib qo'yib bajariladi.

Mashqlar karavotda o'tkaziladi. Tuqqan ayol ko'ylagini yechadi, ammo lifchigini olib qo'ymaydi, tashqi jinsiy a'zolar va chanoq sohasi dazmollangan toza yo'rgak («oddiy ishton») bilan berkitiladi. Qorin pressi bo'shashib qolgan bo'lsa, mashqlardan oldin qorinni bintlash tavsiya etiladi. Tuqqan ayolning o'rnidan turishi ruxsat etilsa, mashqlar tugagandan keyin badanini iliq suvga ho'llangan sochiq bilan artiladi, so'ngra quruq qilib artinadi.



114-rasm. Chilla davridagi gimnastika.

Mashqlarning I kompleksi – tug'ruqdan keyin 2-kuni

1-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi⁵. **Bajarish**⁶: 1- 2-qo'llarni sal-pal ko'tarib, yon tomonga uzatiladi (nafas olinadi); 3-4-qo'llar boshlang'ich vaziyatga keltiriladi (nafas chiqariladi).

2-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish**: 1-qo'llar yonga uzatilib, yelka baravar ko'tariladi,

⁵ Yotgandagi asosiy vaziyat: ayol chalqancha yotib, qo'llarini tana bo'ylab uzatadi va kaftlarini pastga qaratadi; oyoqlari uzatilgan, tovonlari va oyoq uchlari juftlashtirilgan, boshini to'g'ri ushlaydi.

⁶ Mashqni qaysi qismi qay sanoqda bajarilishi raqamlar bilan ko'rsatilgan.

ayni vaqtda barmoqlar keriladi (nafas olinadi); 2-barmoqlar mushtum qilinib, qo'llar ko'krakka keltiriladi (nafas chiqariladi).

3-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; 1-tanani yuqoriga bir oz burgan holda o'ng qo'l karavotning qarama-qarshi chetiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi).

4-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-qo'l barmoqlari yoziladi, ayni vaqtda oyoq panjalari tanaga qarata oxirigacha yoziladi; 2-barmoqlar musht qilinadi, ayni vaqtda oyoq panjalari tanadan tashqariga qarata oxirigacha bukiladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

5-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-2-tana yonga ag'dariladi; 3-4 yonlama yotib turiladi; 5-6-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

6-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-orqa chiqaruv teshigi ichkariga tortiladi-orqa chiqaruv teshigini muskullari qisiladi (nafas olinadi); 2-orqa chiqaruv teshigi bo'shashtiriladi-orqa chiqaruv teshigining muskullari bo'shashtiriladi (nafas chiqariladi).

7-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-2-chap oyoq tizzadan bukiladi, panjasi o'rindan uzilmaydi (nafas olinadi); 3-4-oyoq yoziladi (nafas chiqariladi); 5-6-o'ng oyoq tizzadan bukiladi (nafas olinadi); 7-8-oyoq yoziladi (nafas chiqariladi).

8-mashq. Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

I kompleksga eslatmalar:

1) 1, 2, 4, 6-mashqlar 3-4 marta, 3-mashq 2- 3 marta va 5-mashq 1 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3, 4-mashqlarni bajarishadi.

Mashqlarning II kompleksi – tug'ruqdan keyin 3-kuni

1-mashq. I kompleksning 2-mashqi takrorlanadi.

2-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha yotib, qo'llar yonda turadi. Bajarish: 1-tana chapga bukiladi, ayni vaqtda o'ng qo'l tana

bo'ylab yuqoriga, chap qo'l pastga sirpantiriladi, shu bilan birga, bosh chapga engashtiriladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi); 3-tana o'ngga bukiladi, ayni vaqtda chap qo'l tana bo'ylab yuqoriga, o'ng qo'l pastga sirpantiriladi, shu bilan birga, bosh o'ngga engashtiriladi (nafas olinadi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

3-mashq I kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-2-qoringa ag'darilib olinadi; 3-4-qorin bilan yotib turiladi; 5-6-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

5-mashq Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi; oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukilgan, qo'llar tana bo'ylab uzatilgan kaftlar pastga qaragan bo'ladi. Bajarish: 1-tizza bo'g'imlaridan bukilgan oyoqlarning panjalariga va qo'llarga tayanib turib, chanoq ko'tariladi (nafas olinadi); 2-chanoq pastga tushiriladi (nafas chiqariladi).

6-mashq I kompleksning 6-mashqi takrorlanadi.

7-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukiladi, oyoq panjalari o'rindan uzilmaydi (nafas olinadi); 2-oyoqlar yoziladi (nafas chiqariladi).

8-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

II kompleksga eslatmalar:

1) 1, 3, 5, 6, 7, 8-mashqlar 3-4 marta, 2-mashq 2-3 marta, 4-mashq 1 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va I kompleksning 5-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning III kompleksi – tug'ruqdan keyin 4-kuni

1-mashq I kompleksning 2-mashqi takrorlanadi.

2-mashq II kompleksining 2-mashqi takrorlanadi.

3-mashq Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-oyoq panjalarining uchlari keriladi, ayni vaqtda qo'l barmoqlari ham yoziladi (nafas olinadi); 2-oyoq panjalarining uchlari juftlashtiriladi, ayni vaqtda qo'l barmoqlari ham juftlashtiriladi (nafas chiqariladi).

4-mashq. Boshlang'ich vaziyat: qorin bilan yotiladi; qo'llar engak ro'parasida tirsak bo'g'imlaridan to'g'ri burchak ostida bukilib, biri

ikkinchisining ustiga qo'yiladi; engak qo'llar ustida turadi. Bajarish: 1-tirsaklarga va oyoq uchlariga tayanib, tana va bosh ko'tariladi, opqa birmuncha bukiladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

5-mashq Boshlang'ich vaziyat: chalqancha yotiladi, oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukiladi; qo'llar tana bo'ylab uzatiladi, kaftlari pastga qaratiladi. **Bajarish:** 1-tizza bo'g'imlaridan bukilgan oyoq panjalariga va tana bo'ylab uzatilgan qo'llarga tayanib, chanoq ko'tariladi. Ayni vaqtda orqa chiqaruv teshigining muskullari ichkariga tortiladi (nafas olinadi); 2-chanoq pastga tushiriladi, ayni vaqtda orqa chiqaruv teshigining muskullari bo'shashtiriladi (nafas chiqariladi).

6-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-o'ng qo'l yonga uzatiladi, ayni vaqtda bosh chapga buriladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi); 3-chap qo'l yonga uzatiladi, ayni vaqtda bosh o'ngga buriladi (nafas olinadi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

7-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-chap oyoq tizza bo'g'imdan bukilib, panjasi o'ng oyoqning ichki yuzasi bo'ylab sirpantiriladi (nafas olinadi); 2-chap oyoq yozilib, panjasi sirpantiriladi (nafas chiqariladi); 3-o'ng oyoq tizza bo'g'imidan bukilib, panjasi chap oyoqning ichki yuzasi bo'ylab sirpantiriladi (nafas olinadi); 4-o'ng oyoq yozilib, panjasi sirpantiriladi (nafas chiqariladi).

8-mashq. Boshlang'ich vaziyat: karavotda o'tirib, qo'l bosh orqasiga qo'yiladi. **Bajarish:** 1-tana o'ngga bukiladi; 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (tana rostlanadi); 3-tana chapga buriladi; 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (tana rostlanadi),

9-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

III kompleksga eslatmalar.

1. 1, 3, 4, 5, 8, 9-mashqlar 3-4 marta, 2, 6, 7-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2. Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va I kompleksning 5-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning IV kompleksi – tug'ruqdan keyin 5-kuni

1-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-qo'llar yuqoriga ko'tariladi, kaftlari bosh ustida juftlashtiriladi (nafas olinadi); 2-qo'llar pastga tushirilib, boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

2-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha yotib, qo'llar kaftini yuqoriga qaratib yonga uzatiladi. Bajarish: mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; 1-o'ng qo'lning kafti chap qo'lning kaftiga tekiziladi, tananing yuqori yarmi chapga buriladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi); 3-chap qo'lning kafti o'ng qo'lning kaftiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi).

3-mashq III kompleksning 3-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. III kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

5-mashq III kompleksning 5-mashqi takrorlanadi.

6-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha yotib, qo'llar yonda, oyoqlar uzatilgan bo'ladi. Bajarish: 1-oyoqlar keriladi, ayni vaqtda qo'llar yonga uzatilib, yelka baravar ko'tariladi (nafas olinadi); 2- boshlang'ich. vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

7-mashq Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-uzatilgan chap oyoq yuqoriga ko'tariladi; 2-o'sha oyoq pastga tushiriladi; 3-uzatilgan o'ng oyoq yuqori ko'tariladi; 4-shu oyoq pastga tushiriladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

8-mashq. Boshlang'ich vaziyat: karavotda o'tirib, oyoqlar karavotdan tushiriladi, qo'llar bosh orqasida turadi. Bajarish: mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; 1-tana oldinga engashtiriladi (nafas chiqariladi); 2-tana rostlanadi (nafas olinadi).

9 mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

IV kompleksga eslatmalar:

1. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9-mashqlar 3-4 marta 2 va 7-mashqlar esa 2-3 marta o'tkaziladi.

2. Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3-mashqlarni va qo'shimcha ravishda quyidagi mashqni (10-mashq) bajarishadi.

10-mashq Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-chanoq ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

Mashqlarning V kompleksi – tug'ruqdan keyin 6-kuni

1-mashq. IV kompleksning 1-mashqi takrorlanadi.

2-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-barmoqlarni kerib, kaftlar yuqoriga buriladi; ayni vaqtda oyoq panjalari tepaga qarata yozilib, uchlari keriladi (nafas olinadi); 1-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

3-mashq Boshlang'ich vaziyat: qorin bilan yotiladi, tirsak bo'g'imlaridan bukilgan qo'llar tana bo'ylab uzatiladi, kaftlari pastga qaratiladi; oyoqlar uzatilgan bo'ladi. Bajarish: 1-qo'l kaftlariga va oyoq uchlariga tayanib, bosh va tana ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

4-mashq. III kompleksning 5-mashqi takrorlanadi.

5-mashq IV kompleksning 6-mashqi takrorlanadi.

6-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-uzatilgan oyoqlar yuqoriga ko'tariladi; 2-oyoqlar pastga tushiriladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

7-mashq. Boshlang'ich vaziyat: o'rnida o'tiriladi, qo'llar yonda bo'ladi. Bajarish: 1-qo'llar yon tomonga uzatiladi (nafas olinadi); 2-tanani ozroq bukib, qo'l barmoqlarining uchlari uzatilgan oyoqlarning uchlariga tegiziladi (nafas chiqariladi); 3-tana rostlanib, qo'llar yon tomonga uzatiladi (nafas olinadi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

8-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

V kompleksga eslatmalar

1) 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9-mashqlar 3-4 marta, 2 va 8-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2,- 3-mashqlarni va qo'shimcha ravishda IV kompleksning 10-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning VI kompleksi – tug'ruqdan keyin 7-kuni.

1-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-qo'llarni yonga uzatib, bosh orqasiga qo'yiladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

2-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi; chap

tirsakka tayanib, tananing yuqori qismini sal-pal ko'tarib va burib, o'ng qo'l uzatilgan chap oyoqning tizza bo'g'imiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi); 3-o'ng tirsakka tayanib turib, chap qo'l uzatilgan o'ng oyoqning tizza bo'g'imiga tegiziladi (nafas chiqariladi); 4-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi).

3-mashq. V kompleksning 3-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. V kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

5-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-oyoqlar tizza bo'g'imlaridan bukiladi; ayni vaqtda qo'llar yuqoriga ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

7-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. **Bajarish:** 1-uzatilgan oyoqlar ko'tariladi; 2-oyoqlar keriladi; 3-oyoqlar juftlashtiriladi; 4-oyoqlar pastga tushiriladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

8-mashq. V kompleksning 8-mashqi takrorlanadi.

9-mashq. Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

VI kompleksga eslatmalar

1) 1, 3, 4, 5, 6, 9-mashqlar 3-4 marta, 2, 7, 8-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1,2,3,5-mashqlarni va III kompleksning 4-mashqini bajarishadi.

Mashqlarning VII kompleksi – tug'ruqdan keyin 8-kuni

1-mashq. VI kompleksning 1-mashqi takrorlanadi.

2-mashq. VI kompleksning 2-mashqi takrorlanadi.

3-mashq. V kompleksning 3-mashqi takrorlanadi.

4-mashq. V kompleksning 4-mashqi takrorlanadi.

5-mashq. III kompleksning 5-mashqi takrorlanadi.

6-mashq. **Boshlang'ich vaziyat:** chalqancha yotiladi, qo'llar yonda turadi. **Bajarish:** 1-oyoqlar tizzadan bukiladi, keriladi; ayni vaqtda qo'llar yonga uzatilib, kaftini yuqoriga qaratgan holda yelka baravar ko'tariladi (nafas olinadi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas chiqariladi),

7-mashq. Boshlang'ich vaziyat: chalqancha asosiy vaziyatda yotiladi. Bajarish: 1-chap oyoq tizza va chanoq-son bo'g'imlaridan bukiladi, ayni vaqtda o'ng oyoq yoziq turadi; 8-o'ng oyoq bukiladi, ayni vaqtda chap oyoq yoziladi. Bir tekis nafas olib turiladi.

8-mashq. Boshlang'ich vaziyat: o'rinda o'tiriladi; qo'llar yonga uzatilib, kaftlarini pastga qaratgan holda yelka baravar ko'tariladi. Bajarish: mashqni boshlashdan oldin nafas olinadi: 1-o'ng qo'l barmoqlari chap oyoq uchiga tegiziladi, ayni vaqtda tana ozroq bukiladi va yon tomonga buriladi: chap qo'l, yelka baravarida tanadan uzoqlashtirilganicha qoladi (nafas chiqariladi); 2-boshlang'ich vaziyatga qaytiladi (nafas olinadi); 3-chap qo'l barmoqlari o'ng oyoq uchiga tegiziladi, ayni vaqtda tana ozroq bukiladi va yon tomonga buriladi; o'ng qo'l yelka baravarida tanadan uzoqlashtirilganicha qoladi (nafas chiqariladi).

9-mashq Shu kompleksning 1-mashqi bajariladi.

VII kompleksga eslatmalar.

1) 1, 3, 4,5, 6, 7, 9-mashqlar 3-4 marta, 2 va-8-mashqlar 2-3 marta o'tkaziladi.

2) Oralig'i yirtilib, choklab qo'yilgan ayollar 1, 2, 3, 4 va 5-mashqlarni bajarishadi.

Tug'ruqdan keyin 8-kunga tavsiya etiladigan mashqlar kompleksini 9-kuniga ham tavsiya etish mumkin.

KUN TARTIBI

Chilla bo'limi uchun quyidagi kun tartibini tavsiya etish mumkin.

6.00-uyqudan turish.

6.00-6.40-yuvinish va tana haroratini o'lchash, palatalarni shamollatish.

6.40-7.00-chaqaloqlarni emizish.

7.00-8.00-tuqqan ayollarning ertalabki tozalanishi, binoni tozalash va shamollatish; shifokorning buyurganlarini bajarish.

8.00-8.30-farroshlarning navbatchilik ayirboshlashi.

8.30-9.00-nonushta, akusherlarning navbatchilik ayirboshlashi.

9.00-9.30-chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

9.30-10.00-chaqaloqlarni emizish.

10.00-13.00-tuqqan ayollarni shifokorlar ko'rishi, gimnastika, davolash muolajalarini bajarish.

13.00-13.30-chaqaloqlarni emizish.

13.30-14.30-tushki ovqat, palatalarni shamollatish.

14.30-16.00-tushki ovqatdan keyingi uyqu.

16.00-16.30-chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

16.30-17.00-chaqaloqlarni emizish.

17.00-18.30-tana haroratini o'lchash; tuqqan ayollarning kechqurungi tozalanishi; palatalarni shamollatish; shifokorning buyurganlarini bajarish.

18.30-19.00-kechqurungi ovqat.

19.00-20.00-tuqqan ayollarni kechki ko'rikdan o'tkazish, chaqaloqlarni emizishga tayyorlash,

20.00-20.30-chaqaloqlarni emizish.

20.30-21.00-navbatchilik ayirboshlash.

21.30-23.00-uyqu

23.00-23.30-chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

23.30-24.00-chaqaloqlarni emizish.

22.00-24.00- binoni kechqurun tozalash.

24.00-uyqu.

Tuqqan ayollar chilla davri normal o'tganda 7-8-kuni uyiga jo'natiladi. Tuqqan ayolni uyiga jo'natishdan oldin bola parvarishi va chilla davrining gigiyena qoidalari mukammal tushuntiriladi. Tuqqan ayol uyiga jo'natilgandan bevosita keyin dushda issiq suv bilan yuvinish, tug'ruqdan 3-4 hafta keyin vannaga tushish ruxsat etiladi. Jinsiy aloqaga tug'ruqdan kamida 6-8 hafta keyin ruxsat beriladi.

Tuqqan ayol uyiga jo'nashdan oldin almashtiriladigan karta oladi, tug'ruq va chilla davrining o'tish xususiyatlari o'sha kartaga yozib qo'yiladi. Tuqqan ayol kartani ayollar maslahatxonasiga topshiradi. Chaqaloq haqidagi ma'lumotlar bolalar maslahatxonasiga ma'lum qilinadi.

Tuqqan ayol uyiga jo'natilayotganda bolaning tug'ilganligini FHDYo da qayd qilish uchun ma'lumotnoma ham beriladi.

Ishchi va xizmatchi ayollarning tug'ruqdan keyingi ta'tili maslahatxonada (tug'ruq kompleks spravkasi bilan) yoki ayolni tug'ruq kompleksidan uyiga jo'natishdan oldin rasmiylashtiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Chilla davrida tuqqan ayol organizmidagi endokrin, markaziy asab tizimi, yurak qon tomir tizimi va jinsiy a'zolaridagi) fiziologik o'zgarishlar.

2. Sut bezlarining funksiyasi, mastitni oldini olish.

3. Tuqqan ayollarni parvarishlash

4. Chilla davridagi septik kasalliklarni oldini olish

5. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda o'tkaziladigan gimnastika mashqlari.

Tayanch so'z va iboralar:

Puerperium

og'iz suti

Lohiyalar

Lohiya rubra

qovuq atoniyasi

Lohiya syeroza

qabziyat

Lohiya alba

aseptika

bachadon tubi balandligi

antiseptika

laktostaz

bachadon involutsiyasi

bachadon subinvolutsiyasi

kateterizatsiya

gemorroidal tugunlar

infeksiya

TESTLAR

1. Normal chilla davri necha kun, necha hafta, necha oy davom etadi?

a) 40 kun

b) 28 hafta

c) 6-8 hafta

d) 2-1 oy

e) 4-5 hafta

2. Chilla davri normal holda kechganda bachadon bo'yni kanalining tashqi bo'g'izi necha haftada o'z shakliga qaytadi.

a) birinchi sutkada

b) ikkinchi sutkada

c) uchinchi haftada

d) to'rtinchi haftada

e) 6 - 8 chi haftada.

XII BOB. CHAQALOQLIK DAVRI FIZIOLOGIYASI. CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISHDA HAMSHIRANING VAZIFALARI

Chaqaloqlar gavda tuzilishi va funksional xususiyatlari bilan kattaroq bolalardan va katta yoshli kishilardan anchagina farq qiladi.

Chaqaloqlarda ko'p a'zo va tizimlar, jumladan markaziy asab tizimining taraqqiyoti tugamagan bo'ladi. Chaqaloqlar organizmining to'qimalari sersuv, funksional jihatdan to'la yetilmagan, oson jarohatlanadigan, noqulay ta'sirlarga chidamsiz bo'ladi. Ayniqsa, chala tug'ilgan chaqaloqlarda termoregulatsiya takomillashgan emas. Chaqaloqlar shuning uchun salga sovqotadi va qizib ketadi.

Chaqaloqlar infeksiyaning ko'p turlariga chidash bermaydi; ular ayniqsa, septik infeksiyaga moyil, bu infeksiya kindik qoldig'i, teri, burun-halqum, me'da-ichak yo'llari orqali organizmga kiradi.

Chaqaloqlar organizmi infeksiyaga qarshilik ko'rsatish imkoniyati kam, shunga ko'ra mikroblar qon va limfa tizimiga osongina kirib oladi va butun organizmga tarqaladi.

Chaqaloqlik davri ona qornidan tashqaridagi yangi muhit sharoitiga moslanish davridir. Tashqi muhit sharoiti qulay, yaxshi bo'lsa, chaqaloq organizmi bu sharoitga oson moslashadi. Noqulay sharoitda moslanish jarayoni buziladi va chaqaloq turli kasalliklarga osongina chalinadi.

Chaqaloqlarni emizish va parvarish qilishda ularning infeksiyaga, sovish va qizib ketishga, ovqatlanish sharoitining buzilishiga sezuvchan ekanligini esda tutmoq kerak.

TUG'RUQ KOMPLEKSLARIDA CHAQALOQLAR BO'LIMI (PALATASI) ISHINI TASHKIL ETISH

Hamma yirik tug'ruq komplekslarida chaqaloqlar uchun maxsus bo'limlar bor, ularda yetilib tug'ilgan sog'lom bolalar palatasi, chala

tug'ilgan, tug'ruq vaqtida jarohatlangan chaqaloqlar palatasiga ajratiladi. Infeksiya yuqqan deb gumon qilingan chaqaloqlar bokslı palataga, kasallanganlari esa izolatorga yotqiziladi.

Ikkinchi (shubhali) akusherlik bo'limida chaqaloqlarning maxsus palatasi bo'ladi.

Tug'ruqda yordam beruvchi kichik muassasalarda chaqaloqlar uchun bo'limlar emas, balki palatalar tashkil etiladi.

Chaqaloqlarni parvarish qilish uchun meditsina hamshiralarning maxsus shtati ajratiladi.

Chaqaloqlar bo'limi (palatalari) uchun eng yorug', quruq, keng, yaxshi shamollatiladigan binolar ajratiladi. Har bir chaqaloq o'rniga kamida 2,5 m² maydon to'g'ri kelishi kerak.

Chaqaloqlar bo'limi (palatalari) da faqat zarur asbob-anjomlar turadi, ortiqcha buyumlarni saqlashga yo'l qo'yilmaydi. Barcha mebel va parvarish buyumlari oson yuviladigan bo'lishi kerak. Chaqaloqlar palatasida karavotchalar, tarozi, yo'rgaklash stoli, asboblari, dorilar va material turadigan shkafcha, toza kiyim shkafchasi, ifloslangan taglik tashlanadigan bak, issiq va sovuq suv beriladigan umivalnik, chaqaloqning rivojlanish tarixini to'ldirish stolchasi turadi.

Karavotchalar metall dan yasilib, och rangga bo'yalgani ma'qul. Karavotchaga qil yoki gubka tiqilgan to'shak yoziladi. Par to'ldirish yaramaydi. To'shakka kleyonka solinadi, buning ustidan choyshab yoziladi. Yostiqcha jildi yupqa bo'lib, ichiga qil yoki gubka to'ldiriladi; yostiq ishlatmasa ham bo'ladi.

Yengil yo'rgak va ishtonchalari oq rangli yumshoq ip gazlamadan, issiq yo'rgak va koftochkalar bumazi, paxmoq yoki yumshoq paxtali gazlamadan tayyorlanadi. Yo'rgak va ishtonchalar choki dag'al bo'lmasligi, tugma qadalmasligi kerak. Qishlik adyollar jun gazlamadan, yozlik adyollar matodan bo'ladi.

Har bir chaqaloqda bir sutkada 3 ta ishtoncha, 3 koftochka, 20 ta taglik, 20 ta yengil yo'rgak, 10 ta issiq yo'rgak, ikkita adyol jildi, 1 choyshab kerak. Chaqaloq koykasiga kerakli buyumlarning umumiy miqdori ularning qanchalik tez yuvilishiga bog'liq. Hozirgina ko'rsatilgan buyumlarning umumiy miqdori kamida uch sidra kerak bo'ladi.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar palatasidagi harorat 20-22°, chala tug'ilgan bolalar palatasidagi harorat 22-24°. Qishda, zarur bo'lsa, qo'shimcha isitish asboblari o'rnatiladi. Yozda bolalarning qizib ketishiga qarshi choralar ko'rilada (derazalar qorong'ilatiladi, nam choyshablar tutiladi, sutkaning salqin vaqtida shamollatiladi). Chaqaloqlarni har gal emizgan vaqtda palatalarni shamollatish zarur, yozda derazalar lang ochib qo'yiladi.

Chaqaloqlar yotadigan palatalar nihoyatda toza tutiladi. Bolalarni emizgan vaqtda bino namlab tozalanadi va barcha mebel artiladi. Har kuni bir necha marta tozalashdan tashqari, palatalar, siklik ravishda muntazam tozalab turiladi. Palatalar navbat bilan bo'shatiladi (bir sutkada tug'ilgan bolalar bir palataga yotqiziladi va odatda, bir vaqtda uyiga jo'natiladi), bir sutka shamollatiladi; palatalar va mebel sinchiklab yuviladi va dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artiladi, matraslar dezinfeksiya qilinadi. Yuvilgan palata va mebelga simob-kvars lampasidan nur tushiriladi. Palata shu tariqa tozalangach, tug'ruq bo'lmasidan chaqaloqlar olib kelib yotqiziladi. Bolalar kiyimi va yo'rgagining tozaligiga alohida e'tibor beriladi. Bolalar kiyimi va yo'rgagi alohida yuviladi, sinchiklab qaynatiladi, issiq dazmol uriladi. Bolalar uchun tegishli sharoit mavjud bo'lsa, dastlabki kunlari steril yo'rgak tutiladi va steril ishtoncha kiygiziladi.



115-rasm. Chaqaloqlar palatasi (umumiy ko'rinishi).

Chaqaloqlar bo'limining idish-tovog'i, so'rg'ichlari, asboblari va shunga o'xshashlar har gal ishlatilgandan keyin qaynatilishi zarur

Chaqaloqlar bo'limlarining xodimlari shaxsiy gigiyena qoidalariga, ayniqsa, qo'l, xalat, ro'mol, niqob tozaligiga qat'iy rioya qilishlari kerak.

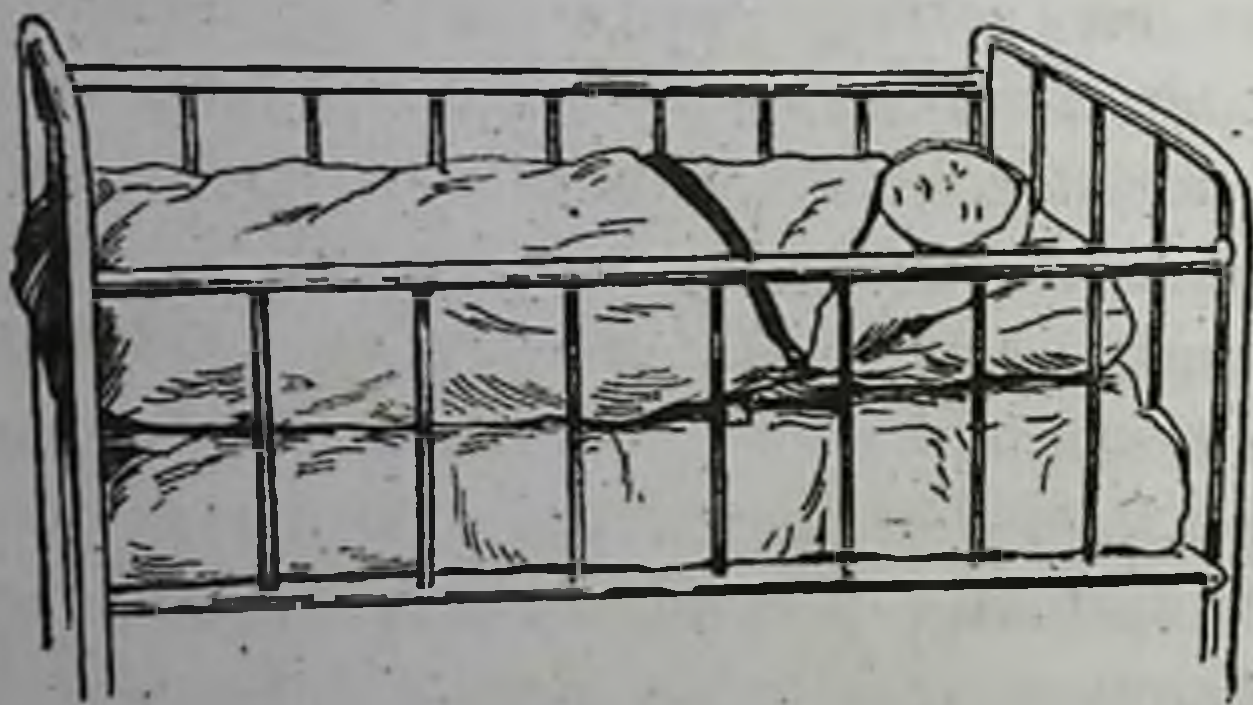
CHAQALOQLAR PARVARISHI

Chaqaloqlar bo'limining xodimlari muntazam ravishda tibbiy ko'rikdan (jumladan, rentgenologik va laboratoriya tekshirishlaridan) o'tkazib turiladi.

Kasallangan, basilla tashiydigan, turmushda infeksiyali bemorlarga yaqin yurgan kishilar bolalar bo'limida ishlashga ruxsat berilmaydi.

CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

Chaqaloqlar parvarishida ularning rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'dirishga yordam berishi kerak. Chaqaloqlarni tashqi muhitning noqulay ta'siridan, ayniqsa, infeksiyadan saqlash parvarishning asosiy qoidalaridan hisoblanadi.



116-rasm. Chaqaloqning karavotchada yotishi.

Chaqaloqlar parvarishi tegishli tayyorgarlikdan o'tgan meditsina hamshiralarga topshiriladi; kichik tug'ruq komplekslarida (tug'ruq bo'limlarida) chaqaloqlarni akusher parvarish qiladi. Texnik xodimlar yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishga qo'yilmaydi, farroshlarga tozalash va boshqa turli yordamchi ishlar ruxsat etiladi.

Xodimlar navbatchilikka kelgach, qo'llarini tirsagigacha cho'tkada sovunlab obdon yuvadi, so'ngra dezinfeksiya qiladi (spirt, 2,4% C-4 eritmasi vodorod peroksidi va chumoli kislotasi aralashmasi - pervomur, xlorgekseidin biglyukonat, degmisin, yodopiron va boshqalar). Har bir chaqaloqni yo'rgaklashdan oldin xodim qo'llarini yuvadi va dezinfeksiyalovchi eritma bilan artadi.

Tug'ruq bo'limidan chaqaloqlar palatasiga keltirilgan chaqaloqqa isitilgan ko'ylak kiygiziladi, karavotchaga yotqiziladi va ahvoli diqqat bilan kuzatiladi. Chaqaloq qusishi, nafas olishi buzilishi (sianoz), kindigi qonashi mumkinligini esda tutmoq kerak.



117-rasm. Chaqaloqning tagini tozalash.

Chaqaloqlar sutkasiga ikki marta (ertalab birinchi emizishdan oldin va kechqurun) tozalanadi. Ayni vaqtda bola ko'zdan kechiriladi, terining hamma burmalari, kindigidagi boylam tekshiriladi, terisi va sezgi a'zolari parvarish qilinadi, tana harorati o'lchanadi, shifokorning buyurganlari bajariladi. Ertalabki tozalashda chaqaloqlar tortib ko'riladi.

Teri parvarishi juda katta ahamiyatga ega. Bolaning nozik terisi noto'g'ri parvarish qilinsa, osongina bichiladi, chaqalanadi va boshqa shikastlarga uchraydi, bulardan esa infeksiya kiradi. Shu sababli, terida yiringli jarayonlar paydo bo'lib, septik kasallik ro'y berishi mumkii.



118-rasm. Chaqaloqni ko'zini yuvish.

Ertalabki va kechqurungi tozalash (tualet) da bolaning butun badani sinchiklab ko'zdan kechiriladi, oson bichishadigan teri burmalariga (quloq orqasi, bo'yin, qo'litiq, chov va hokazo) ahamiyat beriladi.

Chaqaloqning kindik qoldig'i tushib ketguncha cho'miltirilmaydi, chunki kindik jarohati bitmasdan turib cho'miltirilganda infeksiya kirishi mumkin. Shu sababli, kindik qoldig'i tushib ketguncha va kindik jarohati bitguncha bolaning yuzini qaynagan iliq suvga yoki 2% li borat kislota eritmasiga ho'llangan paxtada yuvish bilan kifoyalaniladi; quloq orqasidagi teri, quloq suprasi, bo'yin burmalari, qo'l-oyoq kafti nam paxta bilan artiladi, quritiladi, so'ngra butun badani quritiladi.

Chaqaloq badanini ko'zdan kechirganda terining qizargan joylari topilsa, steril vazelin moyi yoki kungaboqar moyi surtiladi.

Chaqaloq siyib qo'ygan yoki bulg'angan bo'lsa, bir emizish bilan ikkinchi emizish orasida yo'rgak almashtiriladi va tagi tozalanadi. Ifloslangan yo'rgak yig'ishtirib olinadi, badanning pastki yarmi iliq suv quyib turib yuviladi. Ayni vaqtda kindik qoldig'iga suv tegmasligi uchun ehtiyot bo'lish kerak. Teri yuvilgandan keyin u namni oson shimadigan toza yo'rgak bosish yo'li bilan quritiladi (yo'rgakka artilmaydi!). Dumba terisi va chov burmalariga profilaktika maqsadida steril moy surtiladi.

Chaqaloqning badani odatda, noto'g'ri parvarish natijasida bichiladi. Buni bartaraf etish uchun parvarishni yaxshilash, terini siydik va najas tegishidan saqlash kerak. Teri osongina bichilaversa (qizarsa), steril moy surtish bilan kifoyalaniladi. Qizargan teri bichilsa (maseratsiya) 3% li kaliy permanganat eritmasidan surtib, quyidagi tarkibdagi poroshok sepiladi: Acidi borici 1,0, Bismuthi subnitrici, Zinci oxydati aa 5,0, Talci veneti, Amyli tritici aa 50,0.

Yiringli kasalliklarning oldini olishga alohida e'tibor beriladi. Yiringli yara-chaqa bo'lgan chaqaloq ajratiladi. Har bir yara-chaqaga gramisidinning spirtli eritmasi (0,04%), streptosid (1-2%) mazi yoki kaliy permanganat (3%) surtiladi. Ko'pincha bir vaqtning o'zida penitsillin eritmasi muskul orasiga yuboriladi, bolani shifokor kuzatib turishi kerak.

Sezgi a'zolari parvarishi. Chaqaloqning ko'z-qovoqlari 2% li borat kislota eritmasi shimdirilgan paxta sharcha bilan yuviladi. Har bir ko'z alohida paxtada ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi.

Quloq parvarishi ertalabki tozalashda quloq supralarini artish bilan kifoyalanadi. Odatda, eshituv yo'lini tozalashning hojati yo'q.

Chaqaloq nafas olishga qiynalib, burnini shilimshiq bosgandagina burun yo'llari tozalanadi. Burun teshiklari vazelin moyi shimdirilgan paxta pilikda avaylab artiladi.

Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasini artish mutlaqo yaramaydi, chunki aks holda og'iz shilliq pardasi chaqalanishi va kasalliklar ro'y berishi mumkin. Chaqaloqni yaxshi parvarish qilmaslik va to'g'ri emizmaslik sababli og'zi oqarganda ham, og'iz shilliq pardasini artmasdan, 10% li bura eritmasi bilan glitserin aralashmasini avaylab surtish tavsiya etiladi.

Chaqaloqlarni yo'rgaklash. Yetilib tug'ilgan bolalarni yo'rgaklaganda dastlabki kunlari boshi va qo'llari berkitiladi, keyinchalik boshi bilan qo'llari ochiq qoldiriladi. 3-4-kundan boshlab chaqaloqqa ishtoncha va koftochka kiygiziladi (ikkalasi ham yumshoq bog'ichli bo'lib, orqa tomondan berkitiladi). Koftochkaning yenglari uzun, uchi berk (tikib qo'yilgan). Badanning pastki qismi ketlik va yo'rgakka o'raladi.

Yo'rgaklash texnikasi quyidagicha. Bola yo'rgaklar ustiga yozilgan taklikka qo'yiladi. Yo'rgak ostidan adyol solinadi.

Taklik uchburchak qilib buklangan kvadrat yo'rgakdir. Taklikning keng asosi bel sohasiga yetadi, pastki uchlari oyoqlar orasidan o'tkaziladi, tashqi uchlari tana tevaragiga o'raladi. Chaqaloqning tanasi katta yumshoq yo'rgakka o'raladi. Chaqaloq issiq yo'rgak va adyolga ham shunday o'raladi. Yengil va issiq yo'rgak orasidan kichkina oq kleyonka qo'yiladi.

Yo'rgak ko'p bo'lsa, kleyonka o'rniga 6-8 marta buklangan qo'shimcha yo'rgak qo'yish mumkin. Bu terining bichilishi va teri kasalliklarining oldini olish nuqtayi nazaridan afzal.

CHAQALOQLAR PARVARISHINING ZAMONAVIY USULLARI

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti mezonlariga mos ravishda chaqaloqni tug'ilgan zahotiyoq tanadan issiqlikni yo'qotmaslik uchun issiqlik zanjiri tamoyiliga amal qilgan holda tezda artib quritiladi va ona qorniga yotqiziladi. Onasi bilan birga issiq ko'rpa (adyol) yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Chaqaloqni sovqotishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Chaqaloqda emishga tayyorlashning birinchi belgilari (birdaniga tez nafas olishi, so'rish harakatlari, ko'krakni qidirish) paydo bo'lgach, 30-60 daqiqa davomida ko'krakdan emizish mumkin.

Bevosita teri-teri aloqasi - chaqaloqni ona terisi bilan bevosita aloqasi uchun ko'kraklar orasiga yotqiziladi va issiqlikni saqlash uchun ona-bola ko'rpa bilan o'raladi. Bu usulni sog'lom tug'ilgan chaqaloqlarda amalga oshiriladi. Agarda teri ranglarida sianoz bo'lsa, asab buzilishlari aks etsa, nafas olish notekis bo'lsa bu usul qo'llanilmaydi.

Bevosita teri-teri aloqasi, "issiqlik zanjiri" asosiy tamoyillariga rioya qilgan holda, chaqaloq tug'ruq zalida bo'lishi davrida davom etadi.

Agar chaqaloq tug'ilganda gipotermiya holatida bo'lsa, uni isitish juda qiyin bo'ladi. Ularni issiqda, kyuvez yoki maxsus isitgich apparatlarida saqlashga to'g'ri keladi.

Sog'lom chaqaloqlarda nafas yo'llaridan uzoq vaqt shilimshiq moddani so'rib olish uning bir tekis nafas olishiga to'sqinlik qilishi va bronxospazmga olib kelishi mumkin. Shuning uchun og'iz bo'shlig'ini tozalashda bir marotaba ishlatiladigan balloncha yoki maxsus yumshoq so'ruvchi kateterdan foydalanish yaxshiroq. Kateter bolaning og'ziga 3 sm gacha kiritilishi kerak, avval og'iz, keyin burun tozalanadi. Muolaja 5 sekunddan oshmasligi kerak.

Kindikni qisish – tug'ilgandan taxminan bir daqiqa o'tgach, kindik pulsatsiyasi to'xtagach amalga oshiriladi. Kindik yarasi parvarishi tozalikka rioya qilingan holda, qurituvchi moddalardan foydalanmasdan, ochiq usulda olib boriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolasini chilla davri palatasiga o'tkazishdan avval bajariladi, ya'ni birinchi ikki soat davomida, teri-teriga aloqasi o'tkazilgandan keyin antropometriya, tana haroratini o'lchash, gonoblenoreyaning oldini olish uchun ko'zlariga 1% tetrasiklin yoki 1% eritromitsin mazi, qizlarning jinsiy yorig'iga ushbu moddalardan yoki u bo'lmasa 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi. Gemorragik sindromning oldini olish maqsadida vitamin "K" beriladi. So'ngra kindik bo'lakchasiga Rogovin qisqichi yoki rezina halqacha o'rnatilgan yopiq qisqich qo'yiladi. Ular kindik halqasi chetlaridan 3-4 sm masofada bo'lishi kerak. Chaqaloqqa infuzion-transfuzion muolaja o'tkazish rejasi bo'lsa, kindikka ipak ligatura bilan bog'lash maqsadga muvofiqdir.

Yo'rgaklashda ko'krak qafasini qattiq qismaslik lozim, yo'rgaklash o'rniga chaqaloqqa ko'ylakcha va ishtoncha kiydirish tavsiya etiladi.

Qattiq qilib yo'rgaklash diafragmaning erkin harakatiga qarshilik ko'rsatadi, issiqlikni saqlashga yordam bermaydi, asabni, mushaklarning koordinatsiyasini qon aylanishini buzadi, emizishga xalaqit beradi.

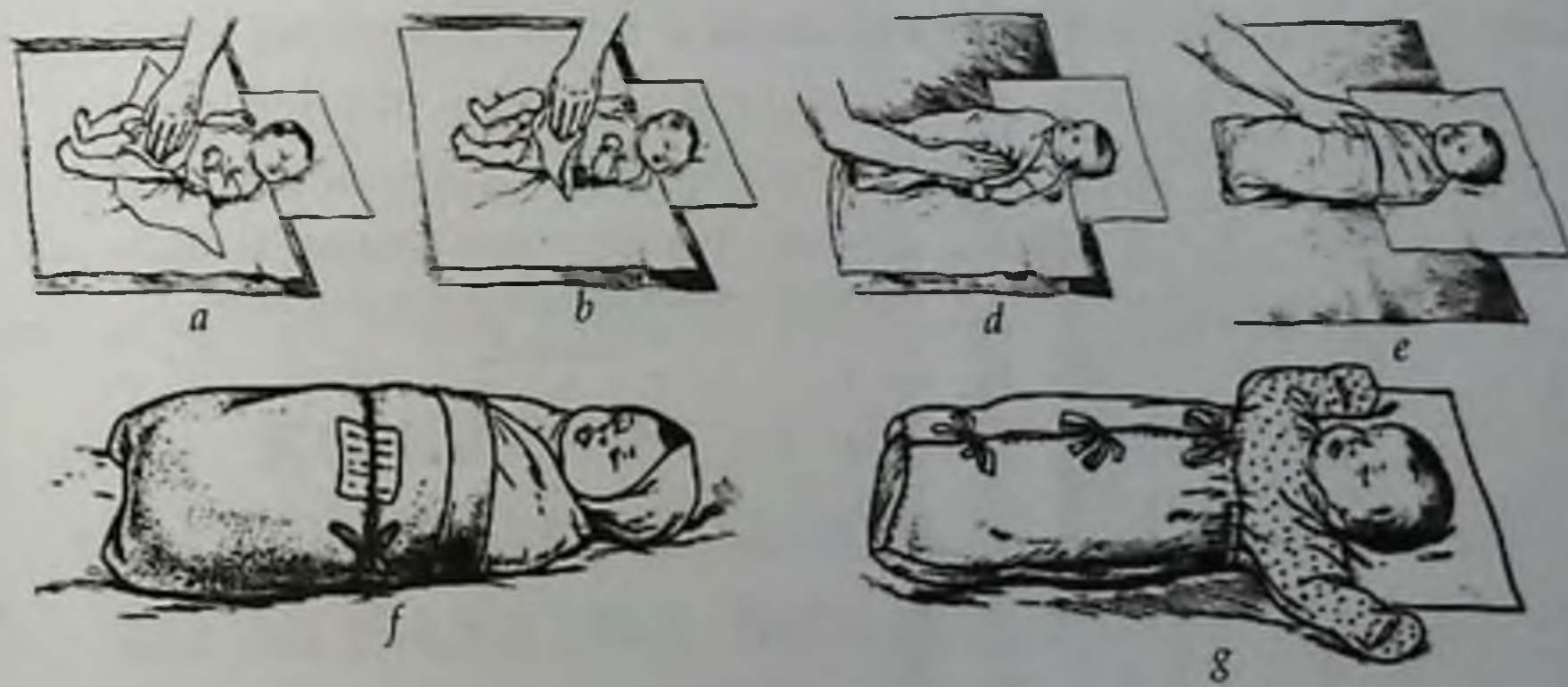
CHAQALOQLARNI EMIZISH ONA SUTINING AHAMIYATI VA TARKIBI

Chaqaloqlar uchun normal ovqat – ona sutidir. Bola emizib boqilgandagina tamomila to'g'ri o'sadi va yetiladi. Emizib boqilayotgan bolalar o'rtasida kasallanish va o'lim sun'iy boqilayotgan bolalarga

nisbatan bir necha marta kam uchraydi. Ona suti bilan boqish bolani oziqa bilan ta'minlashdan tashqari boshqa ko'pgina afzalliklarga ega: infeksiya xavfini kamaytiradi, allergiya rivojlanishining oldini oladi, bola bilan ruhiy aloqani taraqqiy ettiradi, laktatsion amenoreya usuli sifatida istalmagan homiladorlikning oldini oladi. Shuning uchun meditsina xodimlari emizishning ahamiyatini ayollarga tushuntiradilar va har bir ona o'z bolasini emizishi uchun barcha chorani ko'radilar.

Tarkibi: ona suti oq suyuqlik bo'lib, zardobga yoyilgan maydamayda yog' tomchilari emulsiyasidan iborat. Sut ishqoriy reaksiyali bo'lib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibida 77-78 % suv, 1,5 - 2 % oqsil (kazein, albumin), 3,5-4 % yog'lar, 6,6 - 7,5 % qand, 0,18-0,2 % tuzlar mavjud.

Bu vazifa ancha oson hal etiladi, chunki tuqqan ayollarning aksariyati (80-90%) o'z bolalarini ayniqsa, dastlabki hafta va oylarda emiza oladi. Ko'krak suti bilan boqish muvaffaqiyati emizish qoidalari va texnikasiga rioya qilishga ko'p jihatdan bog'liq.



19-rasm. Chaqaloqlarni yo'rgaklash texnikasi.

a-birinchi moment. Taglik burchaklari oyoqlar orasiga tortilgan; b-ikkinchi moment. Taglik uchlari qorin atrofiga o'ralgan; d-uchinchi moment. Chaqaloq yo'rgakka o'raladi; e-to'rtinchi moment. Chaqaloq yo'rgakka o'rab qo'yilgan; f-chaqaloq yo'rgaklanib bo'lgan; g-ishtonchaga o'ralgan chaqaloq.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar odatda, tug'ruqdan keyin ko'p o'tmay birinchi marta emiziladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlar boshqa asoratlar bo'lmasa 30-60 daqiqa ichida emizilishi kerak.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar sutkada 6 marta, har 3 soatda emiziladi, kechasi 6 soat emizmay tanaffus qilinadi.

Emizishda chaqaloqqa infeksiya yuqmasligi uchun quyidagi qoidalarga rioya qilinadi.

1. Tomchilar orqali yuqadigan infeksiyalarning oldini olish uchun ona emizgan vaqtda og'iz-burniga niqob tutadi.

2. Tuqqan ayol har gal bola emizishdan oldin qo'llarini iliq suvda sovunlab yuvadi.

3. Har gal bola emizishdan oldin emchak uchlari qaynagan suvga yuviladi.



120-rasm. Karavotda o'tirib bola emizish.

Chaqaloqni emizgan vaqtda onaning yotgan o'rniga maxsus yo'rgak solinib, bola shu yo'rgakka yotqizaladi.



121-rasm. Tuqqan ayolga o'rindan turib yurish ruxsat etilgandan keyin bola emizish.

Emizish texnikasining katta ahamiyati bop. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda ona yonida yotgan bolasiga salgina burilib va uni qo'l bilan ushlab turib emizadi. Tuqqan ayol 4-kundan boshlab bolasini o'tirib emizadi. Keyinchalik ona stul yoki kursiga o'tirib, bir oyog'ini skameykaga qo'yadi, bolani tizzasiga olib, boshi va orqasidan bir qo'li bilan ushlab turadi.

Ayol bola emizishdan oldin bir necha tomchi sutni bo'sh qo'li bilan sog'ib chiqaradi va shu tariqa, sut yo'llarining ifloslanishini bartaraf qiladi. Shundan keyin emchak uchini ishora va bosh barmoqlari bilan

ushlab, qoramtir doirachasi bilan birga bolaning og'ziga solinadi. Bola emchak uchini va uning atrofidagi qoramtir doirachani og'ziga olganda to'g'ri emadi va havo yutib yubormaydi. Bola emizgan vaqtda uning burun kataklari ko'krakka tegib qolmasligiga qarab turish kerak. Burun kataklari berkilib qolsa, bolaning nafas olishiga xalal beradi. Tuqqan ayol bola emizib bo'lgandan keyin emchak uchini quritadi va toza lifchik tutadi (lifchik sut bezlarini tagidan ko'tarib turadi). Emchak uchining terisi nozik bo'lsa, bola emizishdan keyin steril vazelin moyidan surtib, bir parcha paxta yoki doka yopib qo'yish kerak. Har bir emizishda bolaning og'ziga faqat bir emchaknigina solish kerak.

Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda sut hali kam bo'ladi, shuningdek, sut sekretsiyasi susayganligi (gipogalaktiya) qayd qilinadi, faqat o'sha kunlari ikkinchi emchakni ham solish mumkin. Har bir emizish 15-20 daqiqa davom etadi, yaxshi emadigan bola zarur miqdordagi sutning qariyb yarmini dastlabki 5 daqiqada so'rib oladi. Har bir emizishda ko'krak bezi sutdan batamom bo'shashi kerak. Sut bezlari chala bo'shaganda sut kam ishlanadigan bo'lib qolishi mumkin.

Bola emizishdan keyin ko'krakda qolgan sutni qo'lda sog'ish yoki qaynatilgan sutso'rg'ich bilan tortib olish zarur.

Emchak uchi yassi va ichiga tortilgan bo'lsa, shuningdek, yorilganda rezina so'rg'ichli shisha nakladka orqali emizish tavsiya etiladi.

KO'KRAK SUTI BILAN BOQISH (SHIFOXONALARDA BOLAGA DO'STONA MUNOSABATDA BO'LISH TASHABBUSI (SHBDMT)

Ko'krak suti – chaqaloqlar va bolalar uchun yagona ozuqa turidir.

Ko'krak suti to'yimlilik bilan ustun turishidan tashqari, tabiiy ovqatlantirish go'daklar kasalliklari va o'limini oldini olishning juda yaxshi usuli bo'lib ham xizmat qiladi.

Har bir tug'ruqqa yordam beruvchi muassasa ko'krak suti bilan boqishni 10 ta tamoyillariga rioya qilinayotgan «Shifoxonalarni bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi» statusiga mos kelishga harakat qilishi kerak:



122-rasm. Karavotda yotib bola emizish.

1. Ko'krak suti bilan boqish amaliyotining yozma ravishda qayd qilib qo'yilgan siyosatiga ega bo'lish va uni barcha tibbiy-sanitariya xodimlari e'tiboriga muntazam yetkazib turish.

2. Barcha tibbiy-sanitariya xodimlarini ushbu siyosatni amalga oshirish ko'nikmalariga o'rgatish.

3. Barcha homilador ayollarga ko'krak suti bilan boqishning afzalliklari va usullari haqida ma'lumot berish.

4. Onalarga, tug'ruqdan so'ng dastlabki 2 soat ichida, ko'krak suti bilan boqishni boshlashga yordam berish.

5. Onalarga ko'krak suti bilan boqishni va balki bolalaridan ajratilgan bo'lsalar ham laktatsiyani saqlab turishni o'rgatish.

6. Chaqaloqqa ko'krak sutidan boshqa hech qanday ovqat yoki suyuqlik bermaslik, tibbiy ko'rsatmalar bundan mustasno.

7. Ona va chaqaloqni birga bo'lishini amaliyotga tatbiq etish va ularni 24 soat davomida palatada birga bo'lishlariga ruxsat berish.

8. Talab bo'yicha ko'krak suti bilan ovqatlantirishni rag'batlantirish.

9. Ko'krak suti bilan boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi yoki ko'krakni aks ettiruvchi sun'iy vositalarni bermaslik.

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

«Bolalarga do'stona munosabatdagi shifoxona» sertifikatini borligidan qat'i nazar, har bir tibbiyot muassasasi barcha 10 ta tamoyilga rioya qilishlari talab qilinadi:

- ko'krak tutishni 4 ta asosiy momentiga rioya qilish;
- ko'krak suti bilan boqishni vaqti va oralig'ini chegaralamaslik;
- emizishgacha va emizishdan so'ng ko'krakni yuvmaslik;
- ko'krak so'rg'ichlariga ishlov berish uchun hech qanday malhamdan foydalanmaslik;
- ona va bolani asossiz bir-biridan ajratmaslik;
- so'rg'ichli idishdan boqmaslik va havoli so'rg'ichdan foydalanmaslik;
- ko'krak sutini o'rnini bosuvchi glukoza, suv va boshqalardan foydalanmaslik;
- olgan suti miqdorini aniqlash uchun, emizishdan oldin va keyin bolani o'lchab ko'rish shart emas. Chaqaloqda peshob ajralishini kuzatish yetarli; kun davomida emishi 10 martadan ko'p bo'lishini saqlashga erishish kerak (bola yetarli sut olayotganligini eng ishonchli belgisi);

Emizishdan avval ona qo'lini sovunlab yuvadi. Har bir emizishdan avval ko'krakni yuvish shart emas. Agar zarur bo'lsa, emizgandan so'ng ko'krak toza suv bilan (sovunsiz) yuviladi, quritiladi (artmasdan) va areola sohasi sut bilan artiladi, havoda quritib berkitiladi.

Onada sut ishlab chiqarilishi bola qancha sut emishi, ko'krakni to'g'ri tutilishiga bog'liq; bola qancha ko'p sut emsa, shuncha ko'p sut ishlab chiqariladi. Agar bolaga ko'krak suti o'rnini bosuvchi suv yoki glukoza berilgan bo'lsa, u holda bola kam emadi va sut kam ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu holat keyinchalik onada «juda kam sut» ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu esa bolani yetarli oziqlanmasligi va laktatsiyani kamayishiga olib keladi.

KO'KRAK SUTI BILAN BOQISHGA MONELIKLAR

- agar bolada galaktozemiya (50000 boladan 1 tasida yuzaga chiquvchi kamdan-kam uchraydigan kasallik) yoki fenilketonuriya bo'lsa;
- onasi radiofaol va sitostatik moddalar qabul qilayotgan bo'lsa;
- OIV bilan zararlangan onalar, havo tomchi yo'li bilan yuquvchi yuqumli kasalliklar bilan kasallangan onalar (difteriya va atipik pnevmoniyaning og'ir shakli).

Qo'shimcha ovqatlantirishni talab qiluvchi holatlar:

- ko'krak sutidan boshqa parenteral ovqatlantirish vazni 1000 grammdan kam bo'lgan, homiladorlikning 32 haftasi va undan erta tug'ilgan chaqaloqlarda qo'llaniladi. Qo'shimcha parenteral ovqatlantirish esa og'ir gipoglikemiyali yoki gipoglikemiyani davolash zarur bo'lgan, shuningdek, enteral ovqatlanish mumkin bo'lmagan chaqaloqlar uchun talab qilinishi mumkin;
- diareyali chaqaloqlarga tez-tez ko'krak suti bilan boqish va zarurat bo'lganda parenteral ovqatlanish talab qilinadi. Fitoterapiya olayotgan bo'lsa.

Ko'krak suti bilan oziqlantirishda yuzaga keluvchi muammolar

Ona tomonidan:

Ko'krak bezi uchining shakli – emizish vaqtida so'rg'ich shakliga (kichkina, silliq, tortilgan) bog'liq qiyinchiliklar uchrab turadi, lekin bola har qanday ko'krak bezini so'ra oladi, chunki barcha shakldagi ko'kraklarda sut bezlari miqdori taxminan bir xil bo'ladi, shakl esa yog'to'qimasi miqdoriga bog'liq. Onani bolaga ko'krak tutish texnikasiga o'rgatish kerak.

Ko'krak bezi uchining yorilishi va yallig'lanishi – bolaga noto'g'ri ko'krak tutish natijasida og'riq va yoriqlar kelib chiqadi. Ko'krak uchini tez-tez (1 kunda 1 martadan ko'p) yuvish, teri sekretsiyasi himoya qavatini yo'qotib, yoriqlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Sut bezlarining shishishi – onaning sut bezlari sut bilan tez to'ladi, taranglashadi va shishadi, natijada bola ko'krak uchi va uning atrofi aylanasi qamrab ola olmaydi. Bunday holda qo'lda sutni 20-30 ml sog'iladi, bolaga qoshiq yordamida beriladi, so'ngra ko'krak tutiladi. Lekin, ko'krakni sog'ish sut ishlab chiqarishni ko'payishiga olib kelishi va shishni ko'paytirishini unutmazlik kerak.

Sut bezi absessi – ko'krak tutishni noto'g'ri qo'llash natijasida rivojlanadi, bu esa sutni to'planib qolishini chaqiradi va bezlarni o'tkir yallig'lanishga olib keladi. Bunday hollarda onaga antibiotiklar buyuriladi. Onani ko'krak suti bilan boqishni davom ettirishga ko'ndirish kerak. Antibiotiklar bolada suyuq ich kelishini keltirib

chiqarishi mumkin, lekin unga zarar qilmaydi. Ko'krak suti bolani ichaklaridagi kerakli mikroflorani tiklaydi. Ko'krak suti bilan ayniqsa, zararlangan ko'krak suti bilan boqishni to'xtatish yallig'lanish jarayonini faqat og'irlashtirishini yodda tutish kerak. Shuning uchun zararlangan ko'krakni (ajralmalar xarakteridan qat'i nazar) emizish maqsadga muvofiqdir.

Sut yetishmasligi sabablari - kam emizish, kechasi emizmaslik, ko'krak suti bilan emizishni (qisqaligi) davomsizligi, ko'krakni noto'g'ri tutish, ko'krakni to'liq bo'shamasligi, havoli - so'rg'ichdan foydalanish, qo'shimcha ovqatlanishni kiritilishi. Sut miqdorini ko'paytirish uchun tez-tez emizish, emizish orasidagi vaqtni qisqartirish va ko'krakni tez-tez sog'ish (sog'ilgan sutni o'z bolasiga berish zarur) kerak.



123-rasm. Sutni sog'ish.

Bola tomonidan:

Uyquchanlik - ba'zi bolalarda uyqu davomiyligi 3-4 soatgacha cho'zilishi mumkin, bunda nafas buzilishi, yurak tug'ma nuqsonlari, Daun sindromi yoki birlamchi asab-mushak kasalliklari, gipoglikemiya, infeksiya yoki og'iz bo'shlig'i anomaliyalari bor-yo'qligini aniqlash kerak bo'ladi. Agar yuqoridagi belgilar bo'lmasa va bola vazni bir me'yorda ortsa, u holda bolaga o'z xohishiga ko'ra uyg'onish imkonini berish kerak.

Muddatiga yetmay tug'ilgan va kam vaznli bolalar - gestatsiya muddati va vazniga qarab, so'rish refleksini kuchsizligi va yo'qligi kuzatilishi mumkin. Bu holda o'z onasining sog'ilgan suti bilan zond orqali yoki shpris yordamida ovqatlantiriladi.

So'rish refleksining pasayishi - asfiksiya, jarohat, dori-darmonlar (onaga umumiy narkoz berilishi), onaning MNS faoliyatiga ta'sir qiluvchi moddalar qabul qilishi natijasida MNS zararlanishi bilan bog'liq

bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bolaning ahvoli yaxshilanguncha, o'z onasining sog'ilgan suti bilan zond orqali yoki shpris yordamida oziqlantirish kerak.

Yangi tug'ilgan bolaning emib so'radigan sut miqdori uning rivojlanishi uchun katta ahamiyatga ega. Zarur sut miqdorini aniqlash uchun quyidagicha hisob qilinadi. Dastlabki 8-9 kunda chaqaloq necha kunlik bo'lsa, o'sha kunlar soni 10 ga ko'paytirilganda qanday son chiqsa, har gal emganda o'shancha sut so'rishi kerak. Masalan, bola hayotining ikkinchi kuni har gal 20 ml, uchinchi kun 30 ml, beshinchi kuni 50 ml sut so'rishi kerak va hokazo. Bu yoshdagi bolaga bir sutkada zarur sut miqdori quyidagi formulaga qarab belgilanadi:

$$X = 10 \cdot n$$

bu yerda, X - sutkada zarur sut miqdori, n - bola hayotining kunlari.

Bolaning yaxshi kayfiyatda bo'lishi, tinch uxlashi, berilib emishi uning yetarli miqdorda sut olayotganligidan guvohlik beradi. Bola so'rayotgan sut yetarli ekanligiga shubha tug'ilsa, emizishdan oldin va keyin bola nazorat maqsadida tortib ko'riladi (vazndagi tafovut bola so'rib olgan sutning miqdorini ko'rsatadi). Bola hayotining dastlabki kunlaridanoq unga har kuni 30-50 ml choy yoki qaynagan suv ichirishi tavsiya etiladi. Yilning issiq vaqtida 100-120 ml gacha suv yoki choy ichiriladi.

Chaqaloq hayotining 3-4-kunida vazni kamayadi, bu fiziologik hodisa hisoblanadi. Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar vazni 100-300 g chamasi kamayadi, bu dastlabki vaznining 6-8 foizini tashkil etadi 4-5 kundan boshlab bola vazni osha boshlaydi. Tug'ruq kompleksidan uyiga jo'natiladigan paytgacha chaqaloq vazni dastlabki (tug'ilishdagi) miqdoriga yetadi yoki undan ham oshadi.



124-rasm. Sut so'rg'ich.



125 rasm. Rezina surg'ichli shisha nakladka.



126-rasm. Dyatlov nakladkasi.

CHALA TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

Bolaning chala tug'ilganligini va qanchalik chalaligini aniqlashda anamnez, akusherlik tekshirishining ma'lumotlari, hammadan muhimi - chaqaloqni tekshirish ma'lumotlari hisobga olinadi.



127-rasm. Yopiq turdagi kuvez.

Chala tug'ilgan chaqaloqlar bo'shang, uyquchan bo'lib, chinqirganda ovozi past chiqadi, yuzaki nafas oladi, ko'pincha bir tekis nafas olmaydi, reflekslari susayganligi qayd qilinadi. Bola anchagina chala bo'lsa, sut emish va yutish reflekslari yuzaga chiqmaydi. Chala tug'ilgan bolalarda termoregulatsiya yaxshi rivojlangan emas, shuning uchun havo soviganda tana harorati pasayadi, isib ketganda esa ko'tariladi.



128-rasm. Chala tug'ilgan va alohida parvarishga muhtoj bo'lgan chaqaloqlarni yo'rgaklash uchun maxsus isitiladigan shkaf.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda immunitet pasaygan, shuning uchun ular yuqumli kasalliklar (gripp, pnevmoniya, piodermiya, sepsis)ga moyilroq bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalarning omon qolishi va rivojlanishi parvarish bilan boqishga anchagina bog'liq. Chala tug'ilganlar badani sovuqdan

ehtiyot qilinadi, birinchi tozalash (tualet) avaylab tez o'tkaziladi, ayni vaqtda yo'rgaklash stolchasi isitiladi (isitgich qo'yiladi, yo'rgagi isitiladi), isituvchi lampa ostida issiq yo'rgak va adyolga o'raladi. Keyinchalik yo'rgaklash va tozalash vaqtida bola albatta issiq tutiladi.



129-rasm. Chaqaloqqa sut ichirish uchun qoshiqcha.

Chala tug'ilganlarni issiq tutish uchun kuvez va isitgichlardan foydalaniladi. Kuvezlarning konstruksiyasi har xil, hozirgi davr harorati, namligi va shu kabilar avtomatik ravishda boshqariladigan kuvezlar bor. Oddiy kuvezlar qo'shdevorli vannachalarga o'xshaydi: kuvez devorlari orasidagi bo'sh kamgarka zaruratga qarab qariyb 60° haroratdagi suv quyiladi. Kuvez tubidagi choyshabli matrasga issiq qilib o'ralgan bola yotqiziladi. Bolaning yoniga termometr joylanadi, kuvezdagi harorat $30-32^{\circ}$ bo'lishi kerak.



130-rasm. Sutni zond orqali berish.

Kuvezlar bo'lmasa, 60° gacha isitilgan suvli isitgichlardan foydalaniladi. Bolaning har tomoniga bittadan va karavotchasining oyoq tomoniga yana bitta isitgich qo'yiladi. Isitgichlarni bolaning tagidan qo'yish yaramaydi, ularni birato'la almashtirmasdan, navbat bilan almashtirish kerak.

Chala tug'ilgan bolalar qizib ketishga chidash bermaydi. Ular qizib ketganda bezovtalanadi, harorati ko'tariladi, badani qizaradi, terlab ketadi. Bunday hollarda isitgich (yoki kuvez) haroratini pasaytirish kerak. Vazni kam bolalarni paxtaga urab qo'yish mumkin.

Chala tug'ilgan bolalar infeksiyadan ehtiyot qilinadi, shu maqsadda maxsus palatalar ajratiladi. Maxsus palata ajratishning iloji bo'lmagan kichkina muassasalarda chala tug'ilgan bolani chaqaloqlarning umumiy palatasiga yotqizib, oynavon devor bilan ajratib qo'yishga to'g'ri keladi. Chala tug'ilgan bolalarni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi.

Chala tug'ilgan bolani ayolning ko'krak suti bilan, yaxshisi onasining suti bilan boqish nihoyatda muhimdir. Chala tug'ilgan bolalarni boqish usuli ularning nechog'li chalaligiga, umumiy ahvoliga, sut so'rish va yutish qobiliyatiga bog'liq. Chala tug'ilgan bolani tug'ruqdan 2 soat keyin birinchi marta emizgan ma'qul. Ularni bir sutkada necha marta emish kerakligi bolaning xususiyatlariga bog'liq. A. F. Tur vazni 2000-2500 g keladigan bolalarni sutkasiga 7-8 marta, 1500-2000 g vaznli bolalarni 8-10 marta, 1000-1500 g vaznli bolalarni 10-14 marta emizishni tavsiya etadi.

Chala tug'ilgan bola tuzukkina emsa, umuman qabul qilingan qoidalar asosida emizaverish kerak. Bola sutni yaxshi so'rmasa, tez charchab qolsa, bir gal emizgandan keyin ikkinchi gal sutni shishadan rezina so'rg'ich orqali ichirish mumkin. Dastlab sutkasiga 1-2 marta emchak solinadi; bola o'zini tutib olgach, bot-bot emiziladi, bora-bora u so'rg'ichdan butunlay voz kechadi emchak olmasa yoki so'rg'ich orqali so'rolmasa, sutni sog'ib, iliq holida oz-oz qoshiqda ichiriladi. Kichkina choy qoshiqdan foydalanishadi; uchi cho'ziq qoshiqcha hammadan qulay. Bolaga sut berishdan oldin va keyin kisloroddan nafas oldiriladi. Nimjon bolalarga sutni pipetkada ichirish mumkin. Pipetkadagi sut bolaning yuqori labiga burun kataklari yaqinidan tomiziladi. Sut burun-halqum orqali oqib tushib, qizilo'ngachga o'tadi.

Sut so'rish va yutishga ojiz bo'lgan juda nimjon bolalarga sut zond orqali beriladi. Buning uchun 13-15-sonli yumshoq kateterdan foydalaniladi, kateter shisha naycha orqali voronkaga ulanadi. Zond bolaning qizilo'ngachiga og'zidan avaylab kiritiladi. Zond kiritishdan oldin uchiga steril vazelin moyi surtiladi. Bolaning me'dasiga havo kirib qolmasligi uchun sut zondan uzluksiz kirib turishi kerak.

Chala tug'ilgan bolaning tana haroratiga, vazniga, terisiga, sezgi a'zolariga, ichining yurishib turishiga, umumiy ahvoliga va xulq-atvoriga e'tibor bilan qarab turiladi. Chala tug'ilgan bolalar tug'ruq kompleksida kamida ikki hafta parvarish qilinadi, anchagina chala bo'lsa, tug'ruq kompleksida uzoqroq saqlanadi.

Onasi uyiga jo'natilayotganda chala bolani parvarish qilish va boqish to'g'risida mukammal yo'l-yo'riqlar beriladi, chala tug'ilgan bolaning uyiga jo'natilayotganligi bolalar poliklinikasiga oldindan ma'lum qilinadi.

HOMILA VA CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGI

(ona va homila qonining rezus faktor yoki qon guruhi - AB (0) bo'yicha izoserologik mos kelmasligi)

Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligining rivojlanishi ona qornida boshlanib, ona va homila qonining rezus-faktor bo'yicha (onasi rezusi-manfiy, bolasi rezus musbat), yoki AB0 qon guruhi bo'yicha mos kelmasligi oqibatida kelib chiqadi.

Rezus-konflikt holatlarida ona organizmida rezus-antitelalar ishlab chiqarilib, ular plasentar to'siq orqali homila qoniga o'tadi va eritrositlar gemoliziga sababchi bo'ladi. Eritrositlar gemolizining intensivligi ona qonidagi rezus-antitelalar titri konsentratsiyasiga bog'liq bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi ko'pincha ikkinchi va asosan uchinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi. Birinchi homiladorlikda bola sog'lom tug'iladi, chunki ona organizmida homilaning rezus-musbat qoni hisobiga anti rezus antitelalar ishlab chiqilmagan, ona organizmi sensibilizatsiyalanmagan bo'ladi. Ikkinchi homiladorlikda anemiyaning yengil darajasi bilan, uchinchi homiladorlikda esa kasallikning aniq belgilari bilan tug'iladi. Agar ayol organizmi homilador bo'lgunga qadar rezus-musbat qon quyilishlar oqibatida sensibilizatsiyalangan bo'lsa, birinchi homiladorlik bola tushishi, o'lik homila tug'ilishi yoki og'ir darajali gemolitik kasallik belgilari rivojlangan holda bolaning tug'ilishi bilan tugashi mumkin. Qon guruhining AB0 tizimi bo'yicha

mos kelmaslik holatlarida gemolitik kasallikning yengil klinik ko'rinishi kuzatiladi va asosan birinchi homiladorlikdan keyin namoyon bo'ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi uch xil klinik ko'rinishda namoyon bo'ladi - anemiya, gemolitik sariqlik va shish shakllarida.

Gemolitik kasallikning anemiya turi - kasallikning yengil turi hisoblanadi. Odatda, hayotining birinchi haftasi oxirlarida namoyon bo'ladi. Eritrositlar miqdori 2-3 mln. ga tushib ketadi. Jigar va taloq kattalashishi mumkin. Diaqnoz ona va bola qon guruhlarini aniqlash va rezus-faktorga tekshirish asosida qo'yiladi. Chaqaloqlar gemolitik kasalligining mazkur turida davo choralari yaxshi samara beradi.

Chaqaloqlarda gemolitik sariqligi - gemolitik kasallikda eng ko'p uchraydigan sindromdir. Odatda, bola muddatiga yetib, terisida sariqlik belgilari bilan tug'iladi yoki sariqlik birinchi va ikkinchi sutkalarda rivojlanib boradi. Terisi sariq-yashil yoki sariq-malla tusga kiradi. Homila oldi suvlari ham sariq rangda bo'lishi mumkin. Jigari va talog'i kattalashgan. Bola shalpaygan, ko'krakni apatik va sust so'radi. Yurak tomirlari bo'g'iq. Siydigi to'q rangda, axlati o'zgarmagan, anemiya kuzatiladi va kindik qonida bilirubin pigmentining yuqori konsentratsiyasi qayd qilinadi (3-10 mg % va undan ham baland, normada 1,5 mg % gacha).

Qonda bilirubin miqdorining keyingi keskin ko'tarilishi bolaning markaziy asab tizimi uchun zaharli bo'lib, bolada yadroli sariqlikning klinik belgilarini namoyon qiladi - mushaklarning tortishishi, rigidligi va opistotonusi, ko'z harakati buzilishlari, "quyosh botishi" simptomi paydo bo'lishi mumkin. Sariqlikning klinik davomiyligi uch haftagachaga va undan ko'p bo'lishi mumkin. Og'ir turlarida, ayniqsa, yadroli sariqlikda birinchi haftada o'lim holati kuzatiladi. Tirik qolgan bolalarda psixik va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish kabi jiddiy asoratlar kuzatiladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining shish turi - kasallikning eng og'ir darajasi bo'lib, bunda ko'pincha chaqaloqlar maseratsiya belgilari bilan tug'iladi va dastlabki soatlarda o'ladi. Tug'ilgan chaqaloqning tashqi ko'rinishida o'ziga xos belgilar - terisi va shilliq qavvatlari keskin oqargan, ter osti kletchatkasining tarqalgan shishi, plevra va qorin bo'shliqlarida suyuqlik yig'ilishi, og'ir anemiya (eritrositlar miqdori 1-1,5 mln., gemoglobinlar miqdori 20-30 gacha tushishi) kuzatiladi.

Diagnostikasi: kasallik akusherlik-ginekologik, hayot anamezi, homilador ayol qonidan rezus-faktor va antirezus antitela titrini aniqlab (xotin-qizlar maslahatxonalarida) yangi tug'ilgan chaqaloqning kindik venasidan bilirubin miqdorini, gemoglobin va rezus faktorini aniqlash uchun qon olib, laboratoriya tahlili o'tkaziladi va uning natijasi hamda klinik belgilariga asoslanib diagnoz qo'yiladi.

Davolash. Gemolitik kasallikning og'ir turlarida rezus-manfiy qonni almashlab quyish zarur bo'ladi. Bunda 1 kg bola vazniga 150 ml hisobida qon qo'yiladi (maksimum 1 kg vazniga 160-170 ml). Tibbiy ko'rsatmalardan kelib chiqib, qon quyish muolajasini takrorlash mumkin. Glukozaning 10 va 20 % eritmasini vena ichiga tomchilab yuborish, plazma qo'yish (1 kg vaznga 10 ml) tavsiya qilinadi. Shuningdek, V guruh vitaminlari, gormonal preparatlar (3 ml kortizon mushak orasiga kuniga 2 mahal 5-7 kun davomida) qo'llaniladi. Asab tizimining zararlanish holatlarida glyutamin kislotasi va V vitaminlar tavsiya qilinadi.

Anemiya turida - kam-kam va tez-tez rezus - manfiy bir guruhli qon (30-50 ml dan) qo'yiladi. Ona sutida rezus-antitelalar bo'lganligi sababli ikki hafta davomida chaqaloq ko'krakka berilmaydi, donor suti bilan ovqatlantiriladi.

Profilaktikasi. Barcha homilador ayollar qoni rezus-faktor bo'yicha tekshiriladi. Rezus-manfiy qonli ayollarda rezus-faktorga antitelalar mavjudligi aniqlanadi. Homiladorlikning oxirgi haftalarida antitelalar titri konsentratsiyasining sezilarli oshishi tug'ruqni tezlashtirish, ya'ni homiladorlikning 36-37 haftalarida tug'ruq kuchlarini stimulatsiya qilib tug'dirib olishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Nazorat uchun savollar:

1. Chaqaloqlar bo'limi (palatasi) ishini tashkil qilishga qo'yilgan talablar.
2. Chaqaloqlarni parvarish qilishning zamonaviy usullarining amaldagi usullardan farqi.
3. Ko'krak suti bilan emizishning afzalliklari nimadan iborat?
4. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning o'ziga xos xususiyatlari qanday ifodalanadi?

XIII BOB. HOMILADORLIGI PATOLOGIK KECHAYOTGAN AYOLLARDA HAMSHIRALIK ISHI

Ayol organizmida homila tuxumining rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan, homiladorlik tugashi bilan o'tib ketadigan patologik jarayonlar homiladorlik gestozlari deyiladi. Gestozlar homiladorlik vaqtida ro'y beradi va odatda, homiladorlik tamom bo'lishi bilan o'tib ketadi. Tug'ruq (yoki abort) dan keyin gestozlarning barcha belgilari odatda, butunlay yo'qoladi; shu kasalliklarning uzoq davom etuvchi og'ir shakllaridan keyin ayrim asoratlari kuzatiladi.

Homiladorlik gestozlarini homila tuxumidan (homila va plasentadan) ayol organizmiga o'tadigan yot oqsillarga sezgirlik ortishi bilan tushuntiradigan nazariya diqqatga sazovordir.

Homiladorlik gestozlarining kelib chiqishi ayol asab tizimining funksional xususiyatlariga ko'p jihatdan bog'liq. Homiladorlik ayol organizmiga yangi, ortiqroq talablar qo'yadi. Shu munosabat bilan homiladorlikda deyarli barcha organ va tizimlar funksiyasi o'zgaradi, modda almashinuvida kattagina o'zgarishlar ro'y beradi. Bu o'zgarishlar moslanish tariqasidagi fiziologik o'zgarishlar bo'lib, homiladorlikning eson-omon o'tishiga va homilaning rivojlanishiga yordam beradi. Hozirgina ko'rsatilgan o'zgarishlarning hammasi asab tizimining nazorati ostida kelib chiqadi va avj oladi. Ayolning asab tizimida o'zgarishlar mavjud bo'lsa, moslanish tarzidagi fiziologik reaksiyalar to'g'ri rivojlanmaydi. Bir qancha organ va tizimlar faoliyatidagi o'zgarishlar patologik tus oladi; moddalar almashinuvi buziladi, homilador ayol organizmining tashqi va ichki muhitdan keluvchi ta'sirotlarga javob reaksiyasi o'zgaradi. Mana shu o'zgarishlarning hammasi gestozlar paydo bo'lishiga olib keladi. Ilgari boshdan kechirilgan og'ir kasalliklar, noto'g'ri ovqatlanish, gigiyenik rejimning buzilishi, haddan tashqari charchash va ayol organizmining chidamini kamaytirib qo'yadigan boshqa omillar asab tizimi funksiyalarning o'zgarib ketishiga, demak, gestozlar kelib chiqishiga ham sabab bo'ladi.

Gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, buyrak, jigar, ichki sekreksiya bezlari kasalliklari (diabet, tireotoksikoz va boshqalar) va boshqa organ hamda tizimlarning kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda kechki gestozlar ko'proq paydo bo'ladi va og'irroq o'tadi.

Boshqa kasalliklar ustiga paydo bo'lgan gestozlar «qo'shilgan» gestozlar deb ataladi.

Homiladorlik gestozlarining tasnifi. Homiladorlik gestozlarining quyidagi turlari tafovut qilinadi.

1. Homiladorlikning ilk gestozlari: homiladorlarning qusishi, so'lak oqishi. İlk gestozlarda asosan ovqat hazm qilish tizimida o'zgarishlar kuzatiladi.

2. Homiladorlikning kechki gestozlari: homiladorlar istisqosi, nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya. Kechki gestozlarda qon tomirlarda degenerativ o'zgarishlar bo'ladi.

3. Homiladorlik gestozlarining kam uchraydigan turlari: homiladorlarning sariq kasalligi, dermatozlar, tetaniya, bronxial astma, osteomalatsiya, xoreya kabilar.

Homiladorlarning qusishi (emesis gravidarum). Ko'p ayollar, ayniqsa, birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollar homiladorlikning dastlabki oylarida ertalab ko'ngli aynib, qusadi. Ular har kuni qusmaydi; qusish ayolning sog'lig'iga ta'sir etmaydi. Bunday qusish gestoz emas.

Homiladorlarning faqat ertalab emas, balki kuniga bir necha marta, hatto ovqat yemasdan ham qusishi gestozga aloqador. Ayol qusgan vaqtda ko'ngli ayniydi, aksari ishtahasi pasayadi, o'tkir va sho'r ovqatlarni ko'ngli tusaydi. Ayol qusishiga qaramay ovqatning bir qismi organizmda qoladi va homilador ayol vazni aytarli kamaymaydi. Homilador ayol darmoni quriyotganini, uyquchan, ba'zan esa uyqusiz bo'lib qolganini aytadi. Homilador ayolning umumiy ahvoli qoniqarli, harorati me'yorda bo'lib; pulsi bir qadar tezlashuvi (tomiri bir daqiqada 90 martaga qadar urishi) mumkin. Homiladorlarning qusishi dastlabki 2-3 oyda kuzatiladi, dori-darmon qilish natijasida yoki o'z-o'zidan o'tib ketadi.

Homiladorlik qusishlarining uch darajasi tafovut qilinadi:

- 1 - yengil shakli;
- 2 - o'rta og'irlikdagi qusish;
- 3 - tiyilmaydigan qusish - og'ir shakli.

Bularning barchasi yagona rivojlanuvchi patologik jarayonning turli darajalari hisoblanadi va ular birinchi darajada tugallanishi yoki og'irlashuvi mumkin. Qusishning yengil shakli asab tizimida funksional o'zgarishlar (nevroz fazasi) bilan, o'rtacha og'irlikdagi shakli - intoksikatsiya (toksikoz fazasi), og'ir shakli esa - distrofik (distrofiya fazasi) jarayonlar bilan xarakterlanadi.

Homiladorlik qusishning yengil shakli. Qusishning bu shaklida asosan asab tizimidagi funksional o'zgarishlar kuzatiladi. Kasallikning asosiy simptomi qusish. Qusish ko'ngil aynish, ishtahaning pasayishi, ba'zan achchik va sho'r narsalarga ko'ngil ketishi kabi holatlar bilan birga kechadi. Bir kunda 2-4 martagacha qusish takrorlanadi, ko'pincha ovqat yegandan keyin. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati ko'tarilmaydi, pulsi 1 daqiqada 90 marta, arterial qon bosimi normal holatda bo'ladi. Qonda va siydikda o'zgarishlar bo'lmaydi. Ba'zan darmonsizlik, uyquchanlik, kayfiyatning pastligi kuzatiladi. Qusish davolanganda yengil o'tib ketadi, ba'zan o'z-o'zidan yaxshi bo'lib ketadi. 10-15% homilador ayollarda qusish kuchayib, keyingi bosqichga o'tishi mumkin.

Qusishning o'rta og'irlikdagi shakli. Gestozning bu fazasida asab tizimidagi o'zgarishlar kuchayadi.

Gestozning bu fazasida ichki sekretsia bezlari faoliyatida katta o'zgarishlar bo'ladi. Klinik manzarasi qusishning tezlashuvi (bir sutkada 10 marotaba va undan ham ko'proq) bilan xarakterlanadi va ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lmaydi. Homilador ayolning vazni kamayadi, oriqlab ketadi. Tana harorati subfibril (37,5 o'gacha), puls o'zgaruvchan, taxikardiya 95-100 martaba 1 daqiqada, terisi quruq, darmonsizlik va befarqlik bo'lishi mumkin. Siydik ajralishi kamaygan, ko'pincha siydikda aseton topiladi. Tili karashlangan, quruq, ichi qotadi. Qonda unchalik o'zgarishlar bo'lmasada, eritrositlar va gemoglobin pasayishi mumkin.

Bemorni shifoxona (tug'ruq kompleksi) sharoitida o'z vaqtida to'g'ri davolansa tezda sog'ayib ketadi. Ba'zan qaytalanishi va qaytadan davolash kursini o'tkazishga to'g'ri keladi. Kam hollarda o'rtacha og'irlikdagi qusish tiyilmaydigan qusishga o'tishi mumkin.

Homiladorlikning tiyilmaydigan (haddan tashqari) qusishi (hypere-motsis gravidarum) og'ir kasallik hisoblanadi. Tez-tez qusishga organizmdagi eng muhim funksiyalarning buzilganidan darak beruvchi boshqa simptomlar ham qo'shiladi.

Ayol bir sutkada 20 marta va undan ortiq qusadi; kunduzi ham, kechasi ham qusaveradi. Yegan ovqati emas, organizmdagi suv ham chiqib ketadi. Ayolning ovqatdan ko'ngli qoladi. Qusish ustiga ko'pincha so'lagi ham oqadi. Ayolning tana vazni kamayadi. Kasallik uzoq davom etganda ayol juda ozib ketadi, teri ostidagi yog' qatlami yo'qoladi. Terisi kuruq va ilvillagan, tilini karash bosgan bo'lib, og'zidan qo'lansa hid keladi.

Tana harorati subfebril bo'ladi, pulsi tezlashadi (tomiri bir daqiqada 100-120 martacha uradi), arterial bosim pasayadi, siydikda aseton va oqsil paydo bo'ladi. Bemor quvvatdan ketadi, miriqib uxlamaydi, qo'zg'algan yoki beparvo (apatiya) bo'ladi. Kasallik ayniqsa, og'ir o'tganda harorati ko'tarilib, badan sarg'ayadi, puls juda ham tezlashib, aritmiya qayd qilinadi; bemor alahlashi mumkin. Qusishi tiyilmayotgan bemorni o'z vaqtida davolash zarur. Bemor davolanmasa, organizmda og'ir distrofik o'zgarishlar ro'y berib, ayol o'lib qolishi mumkin.

Homiladorlarning qusishini va tiyilmaydigan qusishini davolash va parvarishlash. Bemorlar statsionarga yotqizilib, ruhan va jismonan to'liq orom olishi uchun sharoit yaratiladi. Homilador ayolni kasalxonaga yotqizib, hatto davo qilinmaganda ham umumiy ahvoli, ko'pincha yaxshilanib ketadi.

Bemorni yaxshi parvarish qilish, tinch qo'yish, uzoq uxlatish, qusishning aksari nom-nishonsiz o'tib ketishiga va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishiga ayolni toqat bilan ishontirishning ahamiyati katta.

Bemorga oson hazm bo'ladigan yengil ovqatlar (suxari, pyure, choy, kofe, kompot, yog'siz go'sht, baliq, tuxum, sariyog') uning istagiga qarab buyuriladi. Bemor ovqatni yotgan hoida, bot-bot, oz-ozdan yeb turadi; ba'zan sovuq ovqat yaxshiroq singadi.

Agar ovqat singmasa, venaga glukoza (40% li eritmasi 30-50 ml) yuboriladi yoki tomchili klizma qilib yuboriladigan fiziologik eritmaga glukoza qo'shiladi. Glukoza bilan fiziologik eritmadan qilinadigan tomchili klizmalar (1 l fiziologik eritmaga 40% li glukoza eritmasidan 100 ml qo'shiladi) keng qo'llaniladi, ular organizmni suvsizlanishdan

saqlaydi va oziq moddalarning yetib borishiga yordam beradi. Tomchili klizmalar yo'li bilan kuniga 1, 5-2 l fiziologik eritmaga glukoza qo'shib yuboriladi.

Tomchili klizmaga bulon, sut, tuxum, tolqon qo'shsa bo'ladi. Eritma bir daqiqada 60-80 tomchi (soatiga 200-300 ml) tezlik bilan kiritiladi. Ayolning ahvoli hademay yaxshilanadi va uni odatdagicha ovqatlantirish mumkin bo'lib qoladi.

Vitaminlar (avvalo C va B1) glukoza qo'shib venaga yuboriladi yoki ichiriladi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, dorilar bilan davolashga to'g'ri keladi. Bromidlar ko'rinishidagi mikroklizmalar (4% li natriy bromid eritmasidan kuniga bir mahal 50 ml) muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

N.V.Kobozeva bromni kofein bilan birga ishlatishni taklif etdi. Natriy bromidning 10% li eritmasi har kuni 10 ml dan venaga yuboriladi; 10% li kofein eritmasi terining ostiga kuniga ikki mahal 1 ml dan yuboriladi; davolash 10-15 kun davom etadi.

Fiziologik uyquni uzaytirish uchun amitil-natriy (barbamil) kuniga 2 mahal 0, 1-0, 15 g dan ichiriladi; davolash 7-10 kun davom etadi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, barbamil dan mikroklizma qilinadi (30-40 ml fiziologik eritmaga 0, 15-0, 2 g barbamil qo'shiladi). Uyquni uzaytirish uchun lyuminal ichirish mumkin.

Kalsiy xlorid yaxshi naf beradi (10% li eritmasidan 10 ml olib venaga yuboriladi yoki 10% li eritmasidan 1 osh qoshiq olib 1/4 stakan suv yoki sut bilan klizma qilinadi). Oz-oz (100- 150 ml dan) qon quyib turish foydali.

Homiladorlarning qusishiga davo qilish uchun tabletkalar yoki kapsulalarda aminazin ichiriladi (kuniga 2-3 mahal, 0, 025 g aminazin, 0, 5 g glukoza) yoki uning 2, 5% li eritmasidan 1 ml ni glukoza bilan qo'shib, sutkasiga 1 marta venaga yo bo'lmasa novokain eritmasi bilan qo'shib, muskullar orasiga yuboriladi, novokain ham odatda, qusishning to'xtashiga yordam beradi. Qusishning to'xtashiga yordam qiladigan boshqa preparatlar (droperidol va boshqalar) ham bor.

To'g'ri dori-darmon qilinganda davo ko'pincha yaxshi naf beradi. Dori-darmon natija bermaganda homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

Homiladorlikning kechki gestozlari. Homiladorlikning kechki gestoqlariga (toksikozlariga) shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiya kiradi.

Kechki gestoqlar akusherlik amaliyotida o'rtacha 1-2,7% homilador ayollarda uchraydi. Uning og'ir shakllaridan bo'lgan va akusherlikda tez va shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiluvchi va aksariyat hollarda (50% gacha) onalar o'limi bilan tugashi mumkin bo'lgan eklampsiya holati hayotda 0,1% gacha uchraydi. Kechki gestoqlarda asosan qon tomirlar tizimida distrofik o'zgarishlar sodir bo'lib, ularning elastikligi yo'qoladi, sinuvchan bo'lib qoladi.

Homiladorlar gipertenziyasi

Homiladorlik davrida arterial qon bosimining ko'tarilishi, siydikda oqsilning va tanada shishlar paydo bo'lishi homiladorlikning kechki gestoqlari deyiladi. Hozirgi vaqtda bu xil patologiyalarni homiladorlik vaqtida gipertenziv buzilishlar deb baholanadi. Bunday patologiyalarga homiladorlik istisqosi, nefropatiyasi, preeklampsiya va eklampsiya holati kiradi.

Homiladorlar nefropatiyasi (nephropathia gravidarum) ga; 1) shish, 2) siydikda oqsil borligi (albuminuriya), 3) arterial bosimning ko'tarilishi (gipertoniya) kabi simptomlar triadasi xarakterli. Buni Sangemeyster triadasi ham deyiladi. Ba'zan nefropatiyada qayd etilgan simptomlarning uchalasi emas, balki ikkitasi (gipertoniya bilan shish, shish bilan albuminuriya, gipertoniya bilan albuminuriya) yaqqol ko'zga tashnalanishi mumkin yoki bir (monosipmtomli) simptomli nefropatiya ham bo'lishi mumkin.

Badandagi shishlar ustiga arterial bosimning ko'tarilishi va albuminuriya qo'shiladi, maksimal arterial bosim simob ustuni hisobi bilan aytganda 130 mm dan ortib, 150-180 mm gacha, og'ir hollarda esa 200 mm gacha ko'tariladi va bundan ham oshib ketadi. Siydikdagi oqsil miqdori 0, 1 g/l dan 5-8 g/l gacha boradi va undan ham oshadi; nefropatiya og'ir o'tganda siydikda silindrlar topiladi, sutkalik siydik miqdori kamayadi.

Arterial bosimning ko'tarilishi nefropatiyaning eng doimiy simptomidir. Nefropatiyaning og'ir shakllarida jigar funksiyalari

o'zgarib, suv-tuz almashinuvigina emas, balki oqsil va yog' almashinuvi ham buzilishi mumkin. Shu munosabat bilan oqsillar va yog'lar almashinuvining to'la oksidlanmagan chiqindilari organizmda to'planadi.

Nefropatiya birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda ko'proq uchraydi. Odatda, homiladorlikning so'nggi oylarida, tug'ruqqa yaqin ro'y beradi. Nefropatiya uzoqqa cho'zilib, ko'pincha tug'ruqqacha davom etadi.

Nefropatiya eklampsiyaga o'tishi mumkin, shuning uchun u ayolning sog'lig'iga xavf tug'diradi. Nefropatiyada homilaning rivojlanishi ko'pincha orqada qoladi, o'lik tug'ish ko'payadi.

Davolash va parvarishlash. Nefropatiya faqat statsionarda davolanadi. Har bir homilador ayolda nefropatiya belgilari hatto uncha yaqqol ko'rinmaganda ham, uni tug'ruq kompleksining homiladorlik patologiyasi bo'limiga (palatasiga) jo'natish zarur. Bemor yotqizib qo'yiladi, yengil parhez taomlar buyurilib, suv va tuz iste'mol qilish cheklanadi. Nefropatiyaning og'ir shakllarida tuzsiz, asosan uglevodli ovqatlar (kisel, bo'tqa, muss, pecheniy, qand, pyure, ho'l meva va boshqalar) buyuriladi. Oqsil tariqasida qaynatib pishirilgan go'sht yoki baliq (ozroq miqdorda) beriladi. Badanga ko'p shish to'planib, qon bosimi ancha ko'tarilib ketgan bo'lsa, ba'zi kunlari bemorga hech qanday ovqat yedirilmay, faqat 1-1, 5 kg olmaga shakar qo'shib beriladi. Vitaminlar, ayniqsa, S, A, V gruppasi tavsiya qilinadi. Bemor ahvolini kuzatib borib, arterial bosimini har kuni o'lchab, o'zini tortib turiladi, sutkalik siydik miqdori aniqlanadi, siydigi 2-3 kun oralatib tekshiriladi. Bemor issiq tutiladi, palata tez-tez shamollatib turiladi; iliq dushga tushish tavsiya etiladi (bemorning qurbi yetsa, har kuni dushga tushiriladi).

Dori moddalardan magniy sulfat qo'llaniladi (25% li eritmasi bir kunda 4 mahal - har 6 soatda 20 ml dan muskul orasiga yuboriladi). Zarur bo'lsa, magniy sulfat eritmasi bilan davolash 2-3 kundan keyin takrorlanadi. Bu dori arterial bosimni pasaytiradi, siydik kelishini kuchaytiradi (shishni kamaytiradi), asab tizimining qo'zg'aluvchanligini bartaraf qiladi. Venaga glukoza (40% li eritmasidan 25-30 ml), yaxshisi, unga askorbin kislota qo'shib yuborib turiladi. Magniy sulfat yuborilmaydigan kunlari kalsiy xlorid ichish buyuriladi (10% li eritmasi

1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal). Qon bosimini pasaytirishga aminazin yaxshi ta'sir etadi. Bu dori ichish, venaga, muskullar orasiga yuborish uchun buyuriladi. Magniy sulfat (20-25% li eritmasidan kuniga 2 mahal) bilan aminazindan (1 ml 2,5% li eritmasini kuniga 1-2 mahal muskullar orasiga) foydalanish tavsiya qilinadi. Aminazinni rezerpin bilan birga (0,1-0,25 mg dan kuniga 2-3 mahal ichish) qo'shib ishlatilsa ham bo'ladi. Boshqa dorilar ham qo'llaniladi (dibazol, pentamin va boshqalar). Badanga shish kelgan bo'lsa, siydik haydovchi dorilar, uyqu buzilganida esa arslonquyruq va valeriana ildizi damlamasi, kechasi ichib yotish uchun nembotal (0,1 g), noksiroon (0,2 g) va boshqalar beriladi. Oqsil almashinuvini yaxshilash maqsadida metionin 1, 0 dan bir kunda 2-3 marta beriladi. Gipotenziv preparatlardan dibazol 1%-1,0 teri ostiga, eufillin 0, 1-2-3 marta ichishga, agarda A/B juda baland bo'lsa boshqariladigan gipotoniya usul qo'llaniladi. Bu maqsadda arfonad, pentamin, geksoniy, benzogeksoniy 0, 1%-0, 5% eritmaları har daqiqada 50-70 tomchidan tomchilab qon tomirga quyiladi. Agar ahvol yaxshilanmasa tezlik bilan tug'dirish chorasi ko'riladi.

Preeklampsiya. Homiladorlik nefropatiyasi o'z vaqtida davolanmasa, tegishli davolash muhofaza tartibiga rioya qilinmasa, kechki gestozlarning preeklampsiya bosqichiga o'tishi xavfi tug'iladi.

Preeklampsiya - nefropatiya simptomlariga (shish, albuminuriya, arterial qon bosimining ko'tarilishi) qo'shimcha boshning qattiq og'rishi, ko'rish funksiyasining buzilishi (ko'z tinishi, ko'z oldining qorong'ilashuvi, ko'z oldida doirachalar paydo bo'lishi), tush osti (epigastral) sohasida qattiq og'riq bo'lishi bilan ifodalanadi.

Bosh og'rig'i va ko'rish funksiyasining buzilishi markaziy asab tizimi (MNS) faoliyatining hamda miyada qon aylanish jarayonining buzilishi miya ichki bosimining oshishi, miyada istisqo (shish) sodir bo'lishining oqibatidir. Bular natijasida ko'zning to'r pardasida o'zgarishlar (shish, qon quyilish va to'r parda qon tomirlari to'qimadan ajralishi) paydo bo'lishi ko'rish funksiyasidagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Preeklampsiyada qon tomirlar, buyraklar, jigar funksiyalari va modda almashinuvining buzilishi nefropatiyaga nisbatan ancha kuchayadi. To'qimalarda kislorod tanqisligi ko'payadi.

Preeklampsiya juda qisqa muddat (bir necha soat, kun) davom etishi va kutilmaganda kechki gestozning eng og'ir shakli eklampsiya holatiga o'tishi mumkin. Bundan tashqari, preeklampsiya eklampsiyaga o'tmasidan, hayot uchun muhim bo'lgan a'zolarga qon quyilishi, plasenta barvaqt ko'chishi, homila uchun xavfli bo'lgan boshqa og'ir asoratlarni sodir bo'lishi mumkin. Ko'pincha homila gipoksiyasiga olib keladi va homila tug'ilmasdan yoki tug'ilishi davrida halok bo'lishi mumkin.

Davolash va parvarishlash. Bemor organizmidagi patologik jarayonlar mohiyati eklampsiya holati bilan yaqin yoki bir xilda bo'lganligi uchun eklampsiyani davolashdagi tamoyillarga amal qilinadi, ya'ni bemor darhol tug'ruq kompleksiga, qishloq shifokorlik punktlarida bo'lsa kunduz kuni bemorlar yotib davolanadigan xonalardan alohida joy tayyorlab yotqiziladi.

Preeklampsiya belgilari ko'zga tashlanganda darhol homilador ayol uy sharoitida bo'lsa to'shakka, tez yordami mashinasida nosilkaga, tug'ruq kompleksi sharoitida kushetkaga yotqizilib raush efir narkozi berilib uxlatiladi va qon bosimini pasaytiruvchi dori moddalari inyeksiya qilinadi. Homilador ayol narkoz holatida transportirovka qilinib, yaqindagi tug'ruq muassasasiga keltirilib, unga davolash muhofaza rejimi tashkil etiladi. Barcha dori moddalari narkoz ostida parenteral yo'l bilan yuboriladi.

Preeklampsiyani dori vositalari bilan davolash eklampsiya singari amalga oshiriladi (eklampsiyani davolashga qarang).

Eklampsiya. Eklampsiya xurujida nafas olish mushaklarining spazmi ro'y beradi, bu esa apnoega (nafas tutilishi) olib keladi, nafas olish buziladi, til orqaga ketib nafas yo'llarini berkitishi mumkin, oqibatda gipoksiya va giperkapniya yuzaga keladi. Bu holat barcha bezlar sekretsiyasini kuchaytiradi. Shuning natijasida oshqozon va ichak soki, so'lak va bronxlar sekreti ko'p ajrala boshlaydi. Hushidan ketgan bemorning yo'talish refleksi yo'qoladi, so'lak va bronxlardan ajralgan sekret nafas yo'lini yopib qo'yib, atelektaz hosil bo'lishga va gazlar almashinuvining buzilishiga olib keladi.

Eklampsiyada 75% kasallarda jigar, buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi.

Eklampsiya - klinik jihatdan juda ko'p a'zolar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan sindromdir, shu tufayli bir yoki bir necha marta qaytalanuvchi tutqanoqlar tutishi bilan xarakterlanadi, etiologik jihatdan boshqa patologik holatlarga bog'liq emas (epilepsiya, miya qon aylanishining buzilishi), homiladorlarda, tug'uvchi va tuqqan ayollarda uchraydi.

Eklampsiya uchun bir marta yoki qayta-qayta tutqanoq tutilishi tutqanoqdan keyin hushiga kelmaslik eklampsiya komasi, ba'zan esa tutqanoq tutmasdan hushidan ketish "eklampsiya statusi" ko'rinishidagi belgilar xarakterlidir.

Tutqanoq tutishida va komada birinchi yordam ko'rsatish

1. Bemorni tekis joyga ehtiyotlik bilan yotqizib, jarohat olishini oldini olish maqsadida boshini yonboshga qaratish, raush efir narkozi berish, qolgan muolajalar barchasini narkoz ostida bajarish.

2. Bemor og'zini og'iz kergich yoki qoshiq yordamida ochib til ushlagich yordamida tilini oldinga tortishi va og'iz bo'shlig'i hamda nafas yo'lini shilimshiqlardan tozalash.

3. Tutqanoq tugagan zahoti nafas olish tiklansa kislorod beriladi, uzoq vaqt apnoe holati ro'y bersa o'pkani sun'iy ventilatsiya apparatiga ulanadi.

4. Yurak faoliyati to'xtasa o'pkaga sun'iy nafas berish bilan bir vaqtning o'zida yurakni yopiq massaj qilish va yurak tomir reanimatsiya usullaridan foydalaniladi.

5. Qayta tutqanoq tutishini oldini olish maqsadida vena qon tomiriga sibazon (sinonimi seduksen), diazepam, relanium 0, 5% - 2 ml yuboriladi. Bundan tashqari, 20 ml 25% magneziiy sulfat, kerak bo'lsa 250-300 mg geksenal yuboriladi va intubatsiya qilinadi.

Fenobarbital 20 ml yoki geksenal 1% eritmasi 200-300 mg mushaklar orasiga yoki vena qon tomiriga yuboriladi. Magneziiy sulfat boshida 25% eritmasidan 20 ml 100-200 ml reopoliglyukin eritmasida aralashtirilib 15-20 daqiqa davomida qon bosimini nazorat qilib yuboriladi. Keyinchalik tana vazniga, individual sezgirligiga qarab, bemor ahvolining og'irligiga, qon bosimi balandligiga qarab bir sutkada bir necha bor yuborilishi mumkin.

Neyroleptoanalgeziya sifatida 0,25% - 3-4 ml droperidol yoki 0,005% - 1-2 ml fentanil ishlatiladi, muskul orasiga yoki vena qon tomiriga yuboriladi. Shuningdek, 0,02 g diazepam yuboriladi. Gipotenziv terapiya sifatida ganglioblokatorlarining qisqa muddatda ta'sir etuvchi guruhlaridan (gigroniy, arfonad) foydalanib, keyinchalik 25% 20 ml magneziy sulfat ishlatiladi. Lozim bo'lganda pentamin 5% - 1-2 ml, benzogeksoniy 2,5% - 0,5 - 1 ml vena ichiga yoki muskul orasiga yuboriladi.

Gestozlarda homiladorlarni tug'dirish

Gestozlarning og'ir shakllarida, eklampsiya, preeklampsiya va nefropatiyaning III darajasida homiladorlarni tug'dirish davolashning ko'pincha asosiy usullaridan hisoblanadi.

Bemorlarni tug'dirish dastlab oldindan tug'ruqqa tayyorlash, intensiv davolash chora-tadbirlari o'tkazilgandan keyin amalga oshiriladi. Bu jarayon bir necha soatdan bir yoki bir necha sutkagacha cho'zilishi mumkin. Agarda eklampsiyaning yuqorida qayd etilgan asoratlari ko'zga tashlansa yoki uni xavfi paydo bo'lsa, shu zahotiyoq tug'dirish chorasi ko'riladi.

Agarda tug'ruq yo'llari tug'ruqqa tayyor bo'lsa, bachadon bo'yni kanali orqali qog'onoq pufagini yirtish (amneotomiya) imkoniyati bo'lgan taqdirda tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiq. Agarda tug'ruq yo'llari tayyor bo'lmasa kesar-kesish operatsiyasini kechiktirmasdan amalga oshirish lozim.

Ayollarni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish

Gestozlarning I-II og'irlik darajalarida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish uchun (bachadon bo'yni yetilmagan hollarda) dastlab prostaglandin yordamida tug'ruq qo'zg'atiladi. Bu holda oksitosin qo'llashda ehtiyot bo'lish lozim. Prostaglandin yuborishdan 30 daqiqa oldin qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lishning oldini olish maqsadida 1 ml dan promedol yoki diprazinni muskul orasiga yuborish kerak. Tug'ruq paytida gestozlarning kechishi chuqurlashuvi (og'irlashuvi) kuzatiladi. Shu nuqtayi nazardan tug'ruqni og'riqsizlantirishning barcha tamoyillariga amal qilishga to'g'ri keladi. Boshqa holatlarda tug'ruq kesar-kesish operatsiyasi bilan tugallanadi.

Gestozlar profilaktikasi

Profilaktika quyidagilarni o'z ichiga oladi: a) ayollar homilador bo'lmasdan oldin ekstragenital kasalliklarni aniqlash maqsadida terapevt ko'rigidan va to'liq tekshiruvdan o'tishi lozim; b) turli xil yuqumli o'choqlarni (surunkali angina, kasal tishlar, boshqa surunkali yuqumli kasallik manbalarini) sog'lomlashtirish; d) ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni xavfi yuqori guruhlariga kiritib, sog'lomlashtirish, ular orasidan kelajakda homiladorlik va tug'ruq mumkin bo'lmagan ayollarni ajratib alohida dispanser nazoratiga olish.

Gestozni boshidan kechirgan ayollar sog'lig'ini qayta tiklash (reabilitatsiya)

Bu jarayon uch bosqichdan iborat:

1. Tug'ruq komplekslarining chilla davri bo'limlarida tuqqan ayollarni tekshirish va asoratlarni davolash. 10 kun davomida davolash samara bermasa, bemorlarni ixtisoslashtirilgan kasalxonalariga o'tkazish (kardiologiya, nevrologiya, urologiya va h.z.).

2. Bir yil davomida ayolni akusher-ginekolog va terapevt bilan birgalikda nazorat ostiga oladi va yurak qon-tomir tizimi, buyrak, jigari va ko'zning tubini tekshirib turiladi.

3. Akusher-ginekolog bilan terapevt birgalikda lozim topilsa ayolni kelgusi homiladorlikka tayyorlaydi.

Ayolning bolasi esa neonatologlar tomonidan atroflicha tekshiriladi, keyin pediatrianing dispanser nazoratiga olinadi.

Homiladorlik kechki gestozlari haqida zamonaviy ma'lumotlar darslikning akusherlikda tez va shoshilinch yordam bobida keltirilgan.

XIV BOB. ABORT (bola tashlash), OY-KUNI YETMASDAN TUG'ISH (chala tug'ish PARTUS PRAYEMATURUS)

Homiladorlikning dastlabki 22 haftasigacha (akusherlik hisobicha 5,5 oyda) to'xtashi abort (abortus) deb ataladi. Homiladorlikning 22 haftadan 38 haftagacha to'xtashi chala tug'ish (partus prematurus) deb ataladi.

22 haftagacha tug'ilgan homila yashab ketishi qiyin (juda kam istisnolarni qo'shmaganda). Chala tug'ilgan bola yaxshilab parvarish qilinsa (masalan, vazni 500 g, - 2499,0 g, bo'yi 28 sm dan - 47 sm gacha) bo'lganda ham yashab va rivojlanib ketadi.

Dastlabki 14 haftadagi abort ilk abort deb, 14 haftadan 22 haftagacha bo'ladigan abort kech abort deb ataladi.

Abort o'z-o'zidan va sun'iy bo'ladi. O'z-o'zidan bo'ladigan abortga (bola tushish) (abortus spontaneus) - ayolning ixtiyoridan tashqari ro'y beradi. Bola tushishi takrorlanib tursa, odat bo'lib qolgan abort deb ataladi.

Homiladorlikni davolash muassasalarida ataylab to'xtatish sun'iy abort (abortus artificialis) deb yuritiladi.

Medsina muassasalaridan tashqarida tib ilmidan bexabar yoki chalasavod kishilar tomonidan qilingan abort kriminal (jinoiy) abort deyiladi.

Ko'pgina mualliflarning fikricha o'z-o'zidan bo'ladigan abort (bola tushish) 2-8% uchraydi.

N.S. Baksheyev bo'yicha sun'iy abort qilish 2,5-4% gacha, homiladorlikning muddatidan oldin to'xtashi 3,5-4% ga yetadi. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, bunday hodisalar shaharda yashovchi ayollar o'rtasida qishloqda yashovchilarga nisbatan 2-3 marotaba ko'p uchar ekan. Ayniqsa, bu 25 yoshgacha bo'lgan bitta tuqqan yoki birinchi homilasini abort qildirgan ayollarda ko'proq kuzatiladi.

O'z-o'zidan bo'ladigan abort (bola tashlash). Bola tushushining sabablari har xil: o'tkir yuqumli kasalliklar (gripp, qorin tifi va boshqalar) ning mikroob toksinlari homilaga o'tib, uni nobud qiladi yoki bemor ayolning tana harorati ko'tarilishi natijasida bachadon vaqtidan ilgari qisqaradi. Bu holat bola tushishiga sabab bo'ladi.

Abortning o'tishi quyidagi stadiyalarga bo'linadi: Abort xavfi yoki tahdid qiluvchi abort (abortus imminens), boshlangan abort (abortus insipiens), jadallashgan abort (abortus progrediens), chala abort (abortus incompletus), to'liq abort (abortus completus).

Oy-kuni yetmasdan, chala tug'ish deb, homiladorlikning 22 haftasidan keyin to 38 haftasigacha yetmasdan turib tug'ishga aytiladi. Chala tug'ilgan chaqaloq vazni 500 g dan kam, bo'yi 28 sm gacha bo'lsa ham, yashab ketishi mumkin.

Homilaning nechog'lik erta tug'ilganligi va homilaning qanchalik yetilganligi anamnez, homilador ayol va tug'ilgan bolani obyektiv tekshirishda olingan jami ma'lumotlarga qarab bilib olinadi.

Muddatidan oldin tug'ishning sabablari xilma-xildir. Ular ona organizmi, homila holati hamda yo'ldoshning patologik xususiyatlariga bog'liq. Sabablar orasida homilador ayol kasalliklari alohida o'rin tutadi. Bunga yuqumli kasalliklar (gripp, virusli gepatit, toksoplazmoz va boshqalar), yurak va qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, ichki sekretsiya bezlar patologiyasi, kamqonlik va boshqalar, jinsiy a'zolar yallig'lanishi, infantilizm, bachadon bo'ynidagi nuqsonlar (yetishmovchiligi) kirishi mumkin. Bundan tashqari, shuni ham ta'kidlab o'tish kerakki, bizning region sharoitimizda chala tug'ishning asosiy sabablaridan biri, homiladorlik gestozlaridir.

Chala tug'ishning kechishi. Chala tug'ish muddati yetib tug'ishga o'xshaydi. Dard va to'lg'oq tutadi, bachadon bo'yni tekislanadi, bachadon bo'ynining teshigi ochiladi, qog'onoq suv ketadi, homila tug'iladi, so'ngra yo'ldosh tushadi. Ammo chala tug'ish muddati yetib tug'ishga qaraganda ko'proq og'irlashadi. Avvalo qog'onoq suvlari barvaqt (va ilk) ketib qoladi, tug'ruq kuchlari sust bo'ladi.

Chala tug'ishda ko'proq homilaning chanoq tomoni oldinda yotadi, homila qiyshiq va ko'ndalang vaziyatlarni oladi, tug'ruq vaqtida va ayniqsa, yo'ldosh tushish davrida qon ketadi.

Homila asfiksiyasi, tug'ruq shikastlari - kalla ichining travmasi va o'lik tug'ishi, muddati yetib tug'ishdagiga qaraganda ko'proq uchraydi.

Chala tug'ishni davolash va tug'ruqni boshqarish. Tug'ruq alomatlari boshlangan paytda chala tug'ishning oldini olish uchun choralar ko'rishga harakat qilish, tug'ruq jarayonini to'xtatish mumkin.

Ayolni tug'ruqxonaning patologiya bo'limiga yotqiziladi. Qat'iy o'rinda yotish buyuriladi. Uyquning normal bo'lishi va davolash muhofaza rejimini saqlash katta ahamiyatga ega. Shu bilan bir vaqtda bachadon mushaklari qo'zg'aluvchanligini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Bular vitamin Ye, magniy sulfat eritmasi, tokolitik preparatlardan partusisten 0,5 mg, ritodrin 1 mg va boshqalar. Ritodrin 1 mg 250-400 mg natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga yuboriladi. Qon bosimi pasayib, ko'ngli aynishi, qusish, bosh og'rishi bilinadi. Shamchalardan papaverin gidrochlorid, indometasinli shamchalar qo'llaniladi.

XV BOB. TUG'RUQ KUCHLARI ANOMALIYALARI

Tug'ruq kuchlarining anomaliyalari zamonaviy akusherlikning aktual muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya hamma tug'ruqning 15-17% tashkil etadi. Bu asorat tug'ruqdan keyin patologik qon ketishi, tug'ruq travmatizmi va homilaning o'lik tug'ilishi hamda chaqaloqlar o'limi ko'payishiga olib keladi.

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: ayolning bolalik va o'smirlik davrida rivojlanishdan orqada qolishi, surunkali infeksiyon kasalliklar, modda almashinuvining o'zgarishi, salbiy hissiyotlar, bachadonning neyrotrofik o'zgarishi, ichki sekretiya bezlarining o'zgarishi, yassi qog'onoq pufagi, gipergidroamnion, egiz homiladorlik, homilaning ko'ndalang yotishi, bachadon bo'ynidagi o'zgarishlar va hokazo.

Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligida quyidagi asoratlarda ro'y berishi mumkin: homila asfiksiyasi, yo'ldosh tushish davrida va ilk chilla davrida patologik qon ketishi, plasenta va uning bo'laklarining bachadonda ushlanib qolishi, chilla davrida septik kasalliklari.

Diagnoz qo'yishda Venkel usulidan, gisterograf apparati ma'lumotlariga va klinik manzarani kuzatish ma'lumotlariga tayaniladi. Agar birinchi marta tug'uvchilarda tug'ruq boshlangandan 6 soat, qayta tug'uvchilarda 3 soat o'tgach, bachadon bo'yni 2-3 santimetr ochilmasa, dard zaif va kalta, dard tutishlar orasidagi pauza davomiy bo'lsa, bunday holda tug'ruq kuchlarning birlamchi sustligi diagnostika qo'yish mumkin. Gisterograf apparati yordamida tekshirilganda 1-2 soat davomida diagnoz qo'yish mumkin.

Davolash murakkab vazifa bo'lib, asosiy sababni aniqlash va uni bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi. Tug'ruq kuchlarining sustligiga qarshi kurashda umumiy choralar: siydik pufagini o'z vaqtida bo'shatish, ichak funksiyasini tartibga solish, tug'uvchi ayolning ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatishning ahamiyati katta.

Dard sustiligida bachadon bo'yni 2-3 barmoq eni ochilishi bilan qog'onoq pufagini yorish tavsiya etiladi. Dardni kuchaytirishning xilma-xil usullaridan foydalaniladi:

Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi

Odatda, homilaning tug'ilish davrida yoki bachadon bo'yni ochiladigan davrning oxirida tuzikkina dard tutgandan keyin tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi boshlanadi. Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: homila boshi o'lchamlarining onaning chanoq o'lchamlariga mos kelmasligi, tor chanoq, bachadon bo'ynining rigidligi, homila pufagi kechikib yorilganda, bachadonning cho'zilib ketishi, egiz homiladorlik, muddatidan o'tgan homiladorlik, salbiy hissiyotlar, tug'uvchi ayolning charchab qolishi.

Dard tutishi susayganda yoki to'xtab qolganda tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari, qovuq, uretra va to'g'ri ichak homila boshi bilan chanoq devorlari orasida uzoq qisilib qoladi. Shuning natijasida qon aylanishi buziladi, oqibatda to'qimalar nekrozga uchraydi va qovuq bilan qin o'rtasida yoki to'g'ri ichak bilan qin o'rtasida oqma paydo bo'lishi mumkin.

Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligida homila asfiksiyasiga qarshi kurash olib boriladi, tug'ruq kuchlarini kuchaytirish choralari ko'riladi. Tug'ruq kuchlari homila pufagining kechikib yorilishi sababli susaygan bo'lsa, qog'onoq pardalarini yirtish kerak. Bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila boshi chanoq bo'shlig'ida yoki chanoqning chiqish tekisligida turgan bo'lsa, teri ostiga pitutrin yoki oksitosin yuborish mumkin, bular dard tutishini tezlashtiradi.

Tug'uvchi ayol charchab qolganda va tug'ruqni tez tugallash zarurati bo'lmaganda, ayolga dam berish zarur. Tug'ruq kuchlarining sustligiga barham berish uchun qovuq va to'g'ri ichakni o'z vaqtida bo'shatishning ahamiyati katta.

XVI BOB. CHANOQ ANOMALIYALARI (tor chanoqlar)

Ayollardagi chanoq anomaliyasi tugʻruqning fiziologik kechishini izidan chiqaruvchi, ona va bola hayotiga xavf soluvchi ogʻir sabablardan biri hisoblanadi va homila boshining chanoqqa mos kelmasligiga sabab boʻladi

Oʻzining shakli va oʻlchami bilan normal chanoqdan ancha farq qiladigan chanoq – notoʻgʻri chanoq deyiladi. Oʻlchamlari kichrayib toraygan chanoq homilaning tugʻruq yoʻllaridan oʻtishiga toʻsiq boʻlishi mumkin.

Tor chanoq. Agar ayol chanogʻi yetilgan homilaning, ayniqsa, homila boshining oʻtishiga toʻsqinlik qilish darajasida toraygan boʻlsa, bunday chanoq tor chanoq deyiladi.

Tor chanoqlar ikki turga ajratiladi:

1. **Anatomik tor chanoqlar** deb, uning hamma yoki asosiy oʻlchamlaridan biri kamida 1,5-2 sm qisqarishiga aytiladi. Anatomik toraygan chanoq tugʻuvchi ayollar orasida oʻrtacha 2,5-3,5% ni tashkil etadi.

2. **Funksional (klinik) tor chanoqlar** deb, tugʻruq paytida homila boshi oʻlchamlarining homilador ayol chanogʻi oʻlchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Funksional tor chanoq yoki klinik tor chanoq faqat tugʻruq paytida yuzaga keladi va umumiy tugʻruqlarga nisbatan 1,5-2,5% hollarda uchraydi.

Anatomik tor chanoqlardan koʻpincha umumiy tekis toraygan chanoq uchraydi, uning xarakterli belgisi shuki, hamma (toʻgʻri, koʻndalang va qiyshiq) oʻlchamlari baravar qisqargan, aksari 1,5-2 sm qisqargan (104-rasm). Umumiy tekis toraygan chanoq past boʻyli, infantilizm belgilari (sut bezlari kichik, qovuq sohasidagi junlar siyrak, tashqi jinsiy aʼzolar yetilmagan va hokazo) boʻlgan ayollarda uchraydi. Bundan tashqari, yassi (yapaloq) chanoqlar ham akusherlik amaliyotida uchrab turadi va homila boshining chanoqqa mos kelmasligiga asosiy sabablardan biri boʻlib hisoblanadi.

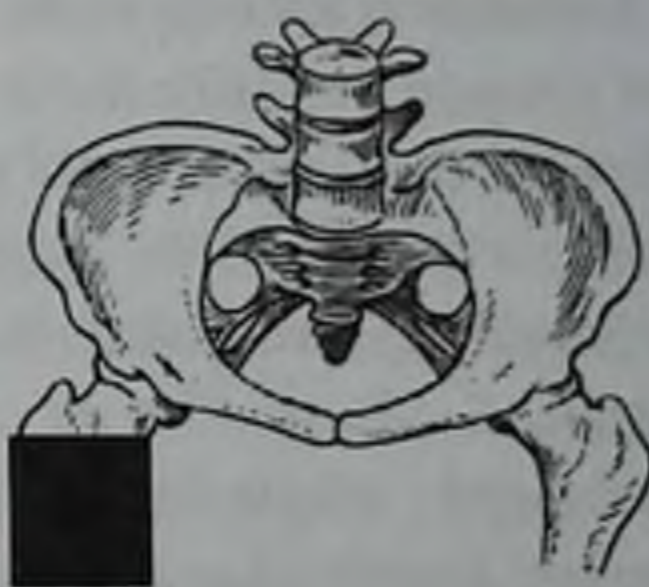
Tor chanoqni aniqlash

Tor chanoq o'z vaqtida aniqlansa tug'ruq vaqtida ba'zan esa homiladorlik oxirida ham ro'y beradigan ko'ngilsiz hodisalarning oldi olinadi. Chanoq keskin darajada torayganda esa kesar-kesish operatsiyasi haqida ogohlantiriladi.

Tor chanoqni aniqlash uchun anamnez bilan tanishiladi, ayol tanasi ko'zdan kechiriladi, chanog'i o'lchanadi, qin orqali tekshirish o'tkaziladi.



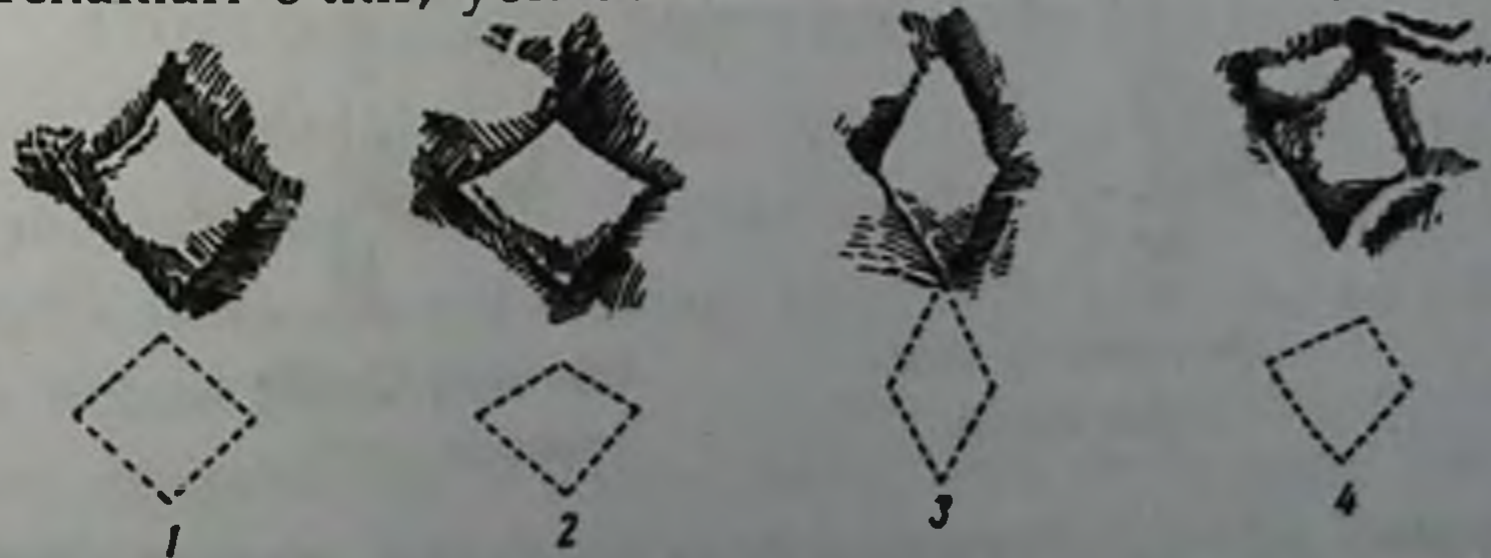
131-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoq.



132-rasm. Oddiy yassi chanoq.

Ayol tanasi ko'zdan kechirilganda chanoqning torligini ko'rsatuvchi muhim ma'lumotlar olinadi. Ayolning past bo'yli, infantilizm belgilari, skeletning raxitik o'zgarishlari, chanoq-son bo'g'imining ankilozlari, son suyagi chiqqanligi chanoq tor deb taxmin qilinishiga imkon beradi.

Tor chanoqni aniqlash uchun Mixayelis rombing shakli ahamiyatli. Normal chanoqda romb to'g'ri shaklda, yassi raxitik chanoqda rombnings yuqori yarmi pastki yarmidan kichikroq bo'ladi, chanoq raxitda anchagina deformatsiyalangan bo'lsa, romb deyarli uchburchak shaklida bo'ladi. Umumiy tekis toraygan chanoqda romb uzunasiga cho'zilgan: yuqori va pastki burchaklari o'tkir, yon burchaklari o'tmas bo'ladi (133-rasm).



133-rasm. Normal chanoq bilan tor chanoqlarda Mixaelis rombi.
1-normal chanoq; 2-yapaloq raxitik chanoq; 3-umumiy tekis toraygan chanoq; 4-qiyshiq toraygan chanoq.

Chanoq ro'y-rost tor bo'lsa, homilador ayol homiladorlik oxirida homila boshi chanoq og'ziga kira olmay, tug'ruq boshlanguncha ancha yuqorida turadi, shu sababli, homiladorlik oxirida bachadon tubi pastga tushmaydi. O'sayotgan bachadon qorin bo'shlig'iga sig'may qoladi (ayol bo'yi past bo'lsa bachadon kaltalangan bo'ladi) va qovurg'alar ostidan yuqoriga hamda oldinga buriladi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarning qorin devori elastik bo'lganidan qorin o'tkir uchli bo'ladi (134-rasm), ko'p tuqqan ayollarning qorni osilib tushadi (135-rasm). Ayol ko'zdan kechirilganda suyakning yo'g'onligiga e'tibor beriladi, bu esa chanoq suyaklarining yo'g'onligi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Shu maqsadda bilak kaft usti bo'g'imining hajmi, ya'ni Solovev indeksi o'lchanadi. Shu bo'g'imning hajmi 14 sm dan ortiq ekanligi skelet suyaklarining, shu jumladan chanoq suyaklarining qalinligini ko'rsatadi.

Chanoqni o'lchashning alohida ahamiyati bor. Katta chanoq o'lchamlari kichik chanoq o'lchamlari haqida muayyan tasavvur beradi. Diagonal konyugata chanoqning torayish darajasini aniqroq ko'rsatadi. Shuni nazarda tutib, hamma homiladorlar va tug'uvchi ayollarning diagonal konyugatasi albatta o'lchanadi. Shu maqsadda qin orqali tekshirish o'tkazilib, dumg'aza yassilanganligi va chanoqning boshqa deformatsiyalari bor-yo'qligi bilinadi, chanoqning sig'imi taxminan aniqlanadi, dumg'aza burni paypaslab topiladi va uni barmoq bilan paypaslab bo'lsa, diagonal konyugata o'lchanadi.



134-rasm. O'tkir uchli qorin.



135-rasm. Osilib tushgan qorin.

Chanoqdan chiqish teshigi toraygan degan gumon tug'ilsa, bu teshikning to'g'ri va ko'ndalang o'lchamlari o'lchanadi. Chanoq o'lchamlarinigina emas, qorindagi homilaning kattaligini ham bilish

tug'ruq uchun zarur. Shu maqsadda homilaning uzunligi va boshining peshona-ensa o'lchami, qorin devori orqali tazomer bilan o'lchanadi.

Tor chanoqda homiladorlikning kechishi

Tor chanoqda homiladorlikni birinchi yarmi bemalol o'tadi, ikkinchi yarmida esa kech gestozlar ko'proq kuzatiladi. Homiladorlik oxirida homila boshi chanoqning tor og'ziga suqilmaydi, bachadon tubi balandda bo'lib, diafragmani yuqoriga surib yuboradi. Shu sababli, homilador ayol ko'pincha halloslaydi, yurak urishi tezlashadi, tez charchaydi.

Homila boshi chanoq og'ziga kira olmaganidan homila ortiqroq harakatchan bo'ladi. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlari, chanoq tomonining oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchrashiga sabab shu. Homila boshi harakatchan bo'lganidan, yozilib oldinda yotadi: homila boshi tepasining, yuzining va peshonaning oldinda yetishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda ko'proq uchraydi. Homila boshining asinklitik suqilishi kuzatiladi, bunga qorinning osilib tushganligi ham sabab bo'ladi.

Homila boshi harakatchan bo'lsa, tegish belbog'i vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmaydi, qog'onoq suvi homilaning pastki qutbiga intiladi. Shu sababli, tor chanoqda qog'onoq suvlari ko'pincha barvaqt ketadi.

Chanog'i tor homiladorlar ayollar maslahatxonasida maxsus hisobga olinib, sinchiklab kuzatib turiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida bandaj tutish shart. Homiladorlik yaxshi o'tganda ayol tug'ishdan 2-3 hafta oldin tug'ruqxonaga yuboriladi.

Tor chanoqda tug'ruqning kechishi

Chanoq torayishining 3-4 darajalarida yetuk tirik homilaning tug'ilishi mumkin emas. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bachadon yorilib, septik infeksiya yoki boshqa ko'ngilsiz hodisalar ro'y berib, ona va homila nobud bo'ladi.

Chanoq birinchi va ikkinchi daraja tor bo'lganida, homilaning o'rtacha kattalikda bo'lishi, homila va uning oldinda keluvchi qismining to'g'ri joylashgan bo'lishi, homila boshining yaxshi konfiguratsiyalana olishi katta ahamiyatga egadir.

Homilaning oldinda keluvchi qismi to'g'ri joylashsa, tug'ruq normal o'tadi va hech qanday og'ir holat ro'y bermaydi. Yuqorida aytib o'tilgan qulay sharoitlardan birontasi bo'lmay, chanoq sal toraygan bo'lsa ham, tug'ruqning normal kechishi izidan chiqishi, tug'ruq vaqtida turli og'ir holatlar ro'y berib, uning patologik holatga aylanishi, ona va homila hayoti uchun xatarli bo'lishi mumkin.

Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish

Chanoq tor bo'lganda tug'-ruqni boshqarish akusherlikda eng qiyin va asosiy masalalardan biri bo'lib hisoblanadi. Tug'ish jarayonida operatsiya yo'li bilan tamomlashni talab qiladigan turli va juda ko'p og'ir holatlarni uchratish mumkin binobarin, homiladorning chanog'i anotomik jihatdan tor bo'lsa, albatta, uni tug'ishdan 10-15 kun ilgari shifokor nazorati uchun statsionarga yotqizish kerak.

Funksional (klinik) tor chanoq

Funksional tor chanoq deb, tug'ruq paytida homila boshi o'lchamlarining homilador ayol chanog'i o'lchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Tug'ruqning o'z-o'zidan kechishi yoki jarrohlik aralashuvlar yordamida kechishidan qat'i nazar, homila o'lchamlariga to'g'ri kelmaydigan har bir holat funksional jihatdan tor chanoq hisoblanadi.

Funksional tor chanoqlar aniqlanganda tug'ruq kesar-kesish operatsiyasi yo'li bilan amalga oshiriladi.

XVII BOB. HOMILANING KO'NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI

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% ini 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 obliqvus*) 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 (136-rasm), o'ngga qaragan bo'lsa – ikkinchi pozitsiya (137-rasm) deb hisoblanadi. Turi homilaning orqasiga qarab aniqlanadi: ko'ndalang (qiyshiq) yotishning oldingi turida – homilaning orqasi bachadonning oldingi, orqa turida – orqa devoriga qarab turadi.



136-rasm. Homilaning ko'ndalang yotishi, birinchi pozitsiya, oldingi turi.



137-rasm. Homilaning ko'ndalang yotishi, ikkinchi pozitsiya, oldingi turi.

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, plasenta oldinda yotganda, bachadonning pastki segmentida o'smalar paydo bo'lganda va homila boshining bachadon pastki segmentiga tushishiga va chanoq og'ziga taqalishiga xalaqit 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 tekshirganda uning 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, homila boshi qaysi tomonda yotgan bo'lsa, o'sha tomon yaqinidan eshitiladi.

Homiladorlik va tug'ruqni boshqarish

Agar homilaning ko'n-dalang 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.

Agar homila noto'g'ri joylashishi homiladorlikning 35-36 haftalarida ham saqlanib qolsa, bunda ayol to tuqquncha tug'ruqxonaga yotqiziladi.

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.

Homila pardalarining o'z vaqtida yirtilmasligi

Tug'ruq normal o'tganda bachadon bo'yni teshigi to'la yoki deyarli ochilgandan keyin homila pufagi yoriladi. Homila pufagi bachadon bo'ynining tekislashishiga va teshikning ochilishiga yordam beradi; homila pufagining o'z vaqtida yorilishi tug'ruqning o'tishi va qorindagi homila hayoti uchun foydali.

Homila pardalarining barvaqt va ilk yirtilishi. Homila pardalarining tug'ruq boshlanguncha yirtilishi barvaqt yirtilish deb, tug'ruq boshlangan paytdan tortib to bachadon bo'yni teshigi to'la (yoki deyarli to'liq) ochilguncha yirtilishi ilk yirtilish deb ataladi.

Homilaning oldinda yotgan qismi kichik chanoq og'ziga tushmay, tegish belbog'i bo'lmaganda, shu tariqa oldingi va orqa suvlar bir-biridan ayrilmaganda homila pardalari ko'pincha barvaqt va ilk yirtiladi (qog'onoq suvlari barvaqt va ilk ketadi.) Chanoq tor bo'lganda, homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda, chanoq oldinda yotganda, oyoq oldinda yotganda, qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homila pardalari barvaqt, ilk yirtiladi.

Bachadon bo'yni yumshamaganda (rigidlik) va yoki elastikligi kam bo'lganda ham qog'onoq suvi barvaqt va ilk ketishi mumkin.

Qog'onoq suvi barvaqt ketganda ko'pincha homila asfiksiyasi kuzatiladi.

Qog'onoq suvlarining barvaqt ketishi ayolni darhol tug'ruqxonaga jo'natishga ko'rsatma hisoblanadi. Tug'ruqxonada mikrobnig tushishini va homila asfiksiyasining oldini olish choralari ko'riladi.

Qog'onoq suvi ko'p ketganidan so'ng dard tug'ilmasa, darhol bachadon qisqaruvchanligini oshiruvchi dorilar buyuriladi. Dard sust tutsa, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytirish choralari ko'riladi, dard tutish og'riqli bo'lsa, og'riqni qoldiradigan dorilar buyuriladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi. Bachadon bo'ynining tegishli ochilgani holda homila pufagi yorilmay butun tursa va oldingi suv ketmasdan turib homilaning tug'ilish davri boshlansa, homila pardalari kechikib yirtilishi deyiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lib o'z vaqtida yirtilmaganda yoki aksincha, haddan tashqari cho'ziluvchan bo'lganda kechikib yirtiladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi ba'zan oldingi suvning kamligiga bog'liq bo'ladi. Oldingi suv kam bo'lganda homila pufagi kam bo'linadi, pardalar homilaning boshiga yaqin joylashadi va hatto unga taqalib turadi (yassi pufak).

Homila pardalari kechikib yirtilganda tug'ruq cho'zilib ketadi, dard tutishi og'riqli bo'ladi, homila tug'iladigan davrda oldinda yotgan qism sekin harakatlanadi.

Bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilgani holda pardalarning butunligi aniqlangan holda ularni sun'iy yo'l bilan yirtish zarur. Tarang turgan homila pufagi ishora barmog'ini botirib yoki ikki barmoq orasiga olib yirtiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lsa, o'qsimon (pulevoy) qisqich branshasi, uzun pinset yoki kornsang bilan teshish mumkin. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zining ustida turgan bo'lsa, qog'onoq suvi sekin-asta chiqariladi.

Homila pufagi jinsiy yoriqdan do'ppayib chiqib turgan bo'lsa, barmoq bilan yirtiladi. Odatda, shundan keyin homila boshi tez orada suqilib kira boshlaydi.

Chaqaloq homila pardalari bilan ("ko'ylakda") tug'ilgan bo'lsa, nafas yo'llarini bo'shatish uchun birinchi galda yuzidagi pardalarni darhol olish kerak. Aks holda chaqaloq asfiksiyasi ro'y beradi.

XVIII BOB. PLATSENTANING OLDINDA YOTISHI VA NORMAL JOYLASHGAN PLATSENTANING BARVAQT KO'CHISHI

Plasentaning oldida yotishi (plasenta prayevia) homiladorlikning xavfli asorati bo'lib, plasenta bachadonning pastki segmentiga yopishadi va bachadonning ichki teshigini to'la yoki qisman berkitib qo'yadi. Plasenta homilaning oldinda yotgan qismidan pastroqda joylashib, homila tuxumining oldinda yotuvchi (oldinda keluvchi) qismi hisoblanadi.

Etiologiyasi. Homila tuxumi bachadonning pastki segmentiga payvandlanib olsa, plasenta oldinda yotadi. Bachadon shilliq pardasidagi yallig'lanish, atrofiya, septik va so'zak kasalligi, abort ayniqsa, takror abort va undan keyin ro'y bergan yallig'lanish jarayonlari plasentaning oldinda yotishi uchun qulay sharoit tug'diradi.

Plasenta oldinda yotganda bachadonning pastki segmenti va bo'ynida qon tomirlari keskin darajada kengayadi, uzayadi, ularda bir talay qon bo'ladi. Bachadon bo'ynining to'qimasi tomirlarga boy (g'orsimon to'qimaga o'xshash), yumshoq bo'lib, ehtiyotkorlik bilan ish tutilmasa, osongina uziladi. Uzilgan tomirlardan ko'p qon ketib, ayolning hayoti tahlikada qoladi.

Plasentaning oldinda yotganini aniqlash: homiladorlikning so'nggi oylarida va tug'ruqning birinchi davrida qon ketishining har qanday turi plasentaning oldinda yotishi jihatidan shubhalidir, og'riq sezilmasdan to'satdan qon ketishi ko'pincha plasentaning oldinda yotganidan darak beradi.

Plasenta oldinda yotganda davo qilish. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishi homilador ayolni kechiktirmasdan albatta, kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Hatto juda oz qon ketib, to'xtab qolganda ham, homilador ayolga akusher qo'shib,

kasalxonaga jo'natish kerak, qon ketishi istagan paytda boshlanib, tahlikali tus olishi mumkin. Davo usulini tanlashda qon kelishining shiddati va kamqonlik darajasi, operatsiya qilib homilani olishga tug'ruq yo'llarining tayyorlanganligi, homilaning yetilganlik darajasi va homilaning ahvoli tirikligi, asfiksiya va hokazolar hisobga olinadi. Ko'rsatilgan belgilarga qarab ba'zi ayollar esa darhol operatsiya (hatto kesar-kesish) qilinadi.

NORMAL JOYLASHGAN PLASENTANING BARVAQT KO'CHISHI (SEPARATIO PLASENTAYE NORMALITER INSERTAYE PRAYEMATURA)

Homiladorlik va tug'ruq normal o'tayotganda plasenta bachadonning yuqori segmanti devoriga yopishib turadi va tug'ruqning III davrida ko'chib tushadi.

Ba'zi patologik jarayonlarda normal joylashgan plasenta homila tug'ilguncha ko'chadi (plasentaning barvaqt ko'chishi). Plasenta odatda, bachadon bo'ynining ochiladigan davrida barvaqt ko'chadi.

Sabablari. Homiladorlikning kechki gestozlari, nefrit, gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, organizmda vitamin C yetishmasligi va boshqalar shunday kasalliklarga kiradi, oqibatda plasenta tomirlarida degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi. Qon tomirlar sinuvchan bo'lib qoladi. Qon bosimi ko'tarilib tushib turishi tomirlar sinishiga olib keladi, plasentaga, bachadon muskullariga qon qo'yilishiga sabab bo'ladi. Bachadon devori bilan plasenta oralig'iga qon quyilishi sababli plasenta yopishgan joydan ko'chadi.



138-rasm. Normal yotgan plasentaning barvaqt ko'chishi (ichki va tashqi qon oqishi).

Plasentaning barvaqt ko'chishiga kindikning kalta bo'lishi, shilliq pardaning yallig'lanishi (endometrit), shilliq parda ostidan o'sib chiqqan bachadon fibromasi, bachadon devorlari o'ta taranglashganda (qog'onoq suvining ko'p bo'lishi, egiz homiladorlik yirik homila) va boshqa hollarda plasenta barvaqt ko'chishi mumkin.

Plasenta barvaqt ko'chganda kechiktirmasdan malakali yordam berish kerak: 1) tug'ruqni tezlik bilan avaylab tugallash; 2) o'tkir anemiya va shokka qarshi kurash.

Plasenta homiladorlik vaqtida yoki bachadon bo'ynining teshigi ochiladigan davrning boshlarida ko'chgan bo'lsa, kesar-kesish qilinadi, chunki bunda homilani tabiiy tug'ruq yo'llaridan tez olishga shart - sharoit bo'lmaydi.

Bachadon teshigi chala ochilgan, qon kam ketayotgan va ona bilan homilani ahvoli qoniqarli bo'lsa, homila pufagi yirtiladi, plasentaning yanada ko'chishi to'xtab, tug'ruq normal tugallanishi mumkin.

XIX BOB. YO'LDOSH TUSHISH VA CHILLA DAVRIDA QON KETISHI, TERMINAL HOLATLAR

Bachadon bo'yni ochiladigan va homila tug'iladigan davrlarga nisbatan yo'ldosh tushish davrida ko'ngilsiz hodisalar ko'proq uchraydi. Yo'ldosh tushish davrida ko'proq kuzatiladigan va xavfli hodisa – qon ketishidir.

Yo'ldosh tushish davrida hamisha qon ketadi, lekin yo'ldosh normal ko'chib tushganda ayol ko'p deganda 250 ml qon yo'qotadi. Yo'ldosh ko'chgandan keyin bachadon qisqaradi. Natijada: 1) ko'chgan yo'ldosh bachadondan tushadi; 2) bachadonning qonayotgan tomirlari qisilib, qon oqishi to'xtaydi.

Bachadonning qisqaruvchanligi yetarli bo'lmasa, plasentaning ko'chish jarayoni buziladi: plasenta batamom ko'chmay, qisman ko'chadi. Plasenta batamom ko'chmaguncha bachadon qisqarmaydi, plasenta ko'chgan joydagi tomirlar ochiq turaverib, ulardan qon oqadi.

Plasenta bachadon devoridan ko'chsa-yu, bachadon bo'shlig'ida qolaversa ham qon ketadi. Yo'ldosh bachadon bo'shlig'ida turganda muskullar yaxshi qisqarmaydi, bachadon tomirlari yetarlicha qisilmaydi, natijada qon ketishi davom etaveradi. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalar: bachadon bo'yni, qin va oraliq to'qimalarning yirtilishi yo'ldosh tushadigan davrda qon ketish manbai bo'lib hisoblanadi. Ammo yo'ldosh tushadigan davrda qon ketishi ko'pincha yo'ldoshning bachadon devoridan ko'chish va bachadondan chiqish jarayonining buzilishiga aloqador bo'ladi.

Yo'ldoshning ko'chishi va bachadondan chiqish jarayoni buzilib qon ketishi bir qancha sabablarga bog'liq, ularga quyidagilar kiradi. Bachadon tonusi va qisqaruvchanligining pasayishi, yo'ldosh tushadigan davrning noto'g'ri boshqarilishi, plasentaning bachadonda noto'g'ri joylashuvi, plasentaning bachadonga soxta va chin yopishishi (placyenta adhyerens yet accreata seu increata).

Qon ketishini darhol to'xtatish va kamqonlikka qarshi kurash choralarini ko'rish kerak. Bachadon bo'shagandan keyingina qisqarib, qon ketishi to'xtashi mumkin. Shu sababli, yo'ldoshni bachadon bo'shlig'idan ustalik bilan tez chiqarish zarur. Plasenta ko'chgan bo'lsa, tashqi amallar bilan chiqariladi. Plasenta ko'chmagan bo'lsa, tashqi amallar natija bermasligi mumkin, shu sababli, bachadon bo'shlig'iga qo'l suqib yo'ldoshni ko'chirishga to'g'ri keladi.

ILK CHILLA DAVRIDA (TUG'RUQDAN KEYINGI DASTLABKI SOATLARDA) QON KETISHI

Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi kabi, yo'ldosh tushgandan keyin qon ketishi ham akusherlik patologiyasining ko'p uchraydigan turiga kiradi.

Tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda (ilk chilla davrida) qon ketishi quyidagi sabablarga bog'liq: plasenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi, bachadon gipotoniyasi va atoniyasi, tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilishi, qon ivish tizimining buzilishi va boshqalar.



139-rasm. Bachadon bo'shlig'ini qo'lda tekshirish.

Profilaktikasi. Yo'ldosh tushish davrini to'g'ri boshqarish, tushgan yo'ldoshni sinchiklab ko'zdan kechirish va tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalarini shikastlanishdan saqlash kerak. Akusher gipotonik qon oqish ehtimolini (infantilizm, qog'onoq suvining ko'pligi, egiz homiladorlik, fibromioma va hokazo) oldindan ko'rishi va oqayotgan qonni to'xtatishga hamda kamqonlikka qarshi kurash uchun zarur narsalarning hammasini oldindan tayyorlab qo'yish kerak.

Davosi. Qon ketishga qarshi kurashning muvaffaqiyati shu dahshatli hodisaning sababini bartaraf etishga bog'liq. Bachadon bo'yni, qin yoki tashqi jinsiy organlarning yirtilganligi qon ketish manbai bo'lsa, yirtiqni choklash kerak. Plasentaning bir qismi bachadonda ushlanib qolgani sababli qon ketayotgan bo'lsa, bachadon darhol qo'lda tekshirilib, plasentaning ushlanib qolgan qismi olib tashlanadi. Gipotonik qon ketishda bachadon tonusini va qisqaruvchanligini oshirish choralari ko'riladi.

Plasenta qismlari bachadonda ushlanib qolganda, shuningdek, plasentaning butunligiga shubha tug'ilganda bachadon qo'lda tekshiriladi (139-rasm).

Gipotonik va atonik qon ketishiga qarshi quyidagicha kurash olib boriladi

1. Qovuq bo'shatiladi. bachadon qorin devori orqali uqalanadi; qo'l bachadon tubiga qo'yilib, uqalangansimon yengil doiraviy harakatlar qilinadi (qo'pol harakat qilish natija bermaydi). Uqalash ta'sirida bachadon qisqaradi va konsistensiyasi zich bo'lib qoladi.

Bachadondan qon laxtalari surib chiqariladi. Uqalash bilan barovar 0,05% li ergotal eritmasidan 1 ml yoki 0,02% li metilergometrindan 0,5-1 ml, bu ham bo'lmasa oksitosin (5-8 birligi 500 ml 5%li glukoza bilan) venaga yuboriladi.

Qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi.

Bachadon gipotoniyasi unchalik rivojlangan bo'lmasa, qon ketishini to'xtatish uchun ko'rilgan choralar kifoya qiladi.

2. Qon ketishi to'xtamasa bachadonga qon kelishini kamaytirish yoki vaqtincha to'xtatish usullari qo'llaniladi. Bachadon qonsizlanishi tufayli qisqaradi.

Piskachek usuli. Bachadonning pastki segmenti chap qo'lda ushlanib qisiladi (bosh barmoq bir tomondan, to'rt barmoq ikkinchi tomondan qo'yiladi), shu payt bachadon arteriyalari va venalari qisilib, puchayadi. Ayni vaqtda bachadon tubi o'ng qo'lda uqalanadi.

Genter usuli. Karavotning bosh tomoni pastga tushiriladi; bachadonning pastki segmenti. Piskachek usulidagi kabi siqiladi, bachadon yuqoriga qattiq tortiladi va shu bilan bir vaqtda bachadonning siqilgan pastki segmenti umurtqa pog'onasiga taqab bosiladi (140-rasm). Ta'sirni

kuchaytirish uchun bachadon bo'sh qo'l bilan uqalanadi. Bachadon shu holatda 10-15 daqiqa ushlab turiladi. Shu payt bachadon tomirlari qisiladi, aorta bachadonning pastki segmenti bilan umurtqa pog'onasiga taqab bosiladi. Natijada bachadon qonsizlanib, qisqaradi.



140-rasm. Bachadonning pastki segmentini umurtqa pog'onasiga bosib turish.



141-rasm. Musht bilan bachadonni uqalash.



142-rasm. Qorin aortasini musht bilan bosib turish.

3. Qon ketishi davom etgan taqdirda bachadon qo'lda tekshiriladi (ilgari tekshirilmagan bo'lsa) va qon laxtalari, parda va plasenta bo'laklari (bachadonda bo'lsa) olib tashlanadi, so'ngra qo'lni bachadondan olmay turib, tashqi ichki uqalanadi. Ichkaridagi qo'l mushtum qilinadi, tashqaridagi qo'l esa bachadon tubini qorin devori orqali uqalaydi (141-rasm).



143-rasm. Aortani valik bilan bosib turish.

4. Qorin aortasini bosib turish. Ro'y-rost gipotoniya (atoniya) da bachadonni qonsizlantirish maqsadi bilan aortani bosib turish tavsiya etiladi. Tuqqan ayolning yon tomonida turib, musht qilingan o'ng qo'l asosiy falangalarining dorzal yuzasi bilan qorin aortasi qopin devori orqali umurtqa pog'onasiga bosiladi (142-rasm). Qo'l charchab qolsa, aortani bosib turgan o'ng qo'lining bilak-kaft bo'g'imini chap qo'l bilan ushlab, yordam beriladi. Aortani ikkala qo'l barmoqlari bilan (Biryukov usuli) yoki qattiq bintlanadigan valik bilan (143-rasm, 144-rasm), umurtqa pog'onasiga taqab bosish mumkin.

5. Bachadonni tamponlash (tamponada). Yuqorida ko'rsatilgan choralar vaqtincha natija bersa yoki natija bermasa bachadon bo'shlig'i keng doka bint bilan tamponada qilinadi. Tampon tomirlarda tromblar hosil bo'lishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi. Tamponning salbiy tomoni shuki, infeksiya kirishi ehtimol. Shu sababli, tamponada aseptika qoidalariga ayniqsa, jiddiy rioya qilinadi. Tashqi jinsiy organlar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalarga muvofiq tozalanadi; qinga keng ko'zgular kiritiladi, bachadon bo'yni pulevoy qisqich bilan ushlanadi va pastga tortiladi. Bachadon bo'shlig'i qayrilgan uzun kornsang yordamida serbar uzun doka bintlar bilan zich tamponlanadi. Bachadon bo'shlig'ining hammasini tubidan tortib bo'ynigacha ketma-ket tamponlash zarur. So'ngra pulevoy qisqich olinib, qin tamponlanadi. Tampon bachadonda 8 - 10 soat turishi mumkin.



144-rasm. Valikni mahkam bog'lab.

6. Atonik qon ketishi yuqorida ko'rsatilgan choralar bilan to'xtamasa, qorin devorini yorib (laparotomiya), bachadon olib tashlanadi yoki bachadon tomirlari bog'lab qo'yiladi.

7. Qon ketishi gipo-afibrinogenemiya bilan bog'liq bo'lganda yangi-sitratlangan qon quyiladi, venaga fibrinogen, protamin sulfat, epsilon-aminokapronat kislota va qon ivishini tezlashtiruvchi boshqa vositalar yuboriladi.

O'tkir kamqonlikka qarshi kurash

Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketishi sababli o'tkir kamqonlik ro'y berganda bir qancha eng muhim funksiyalar (qon aylanishi, nafas olish, modda almashinishi va hokazo) buziladi, organizmning chidami pasayadi, tuqqan ayol shuning natijasida halok bo'lishi mumkin, Shu sababli, qon oqishini to'xtatish choralari bilan bir qatorda kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

1. Karavotning bosh tomoni pastga tushirilib, miyaga qon kelishi yaxshilanadi. Shu maqsadda karavotning oyoq tomoni ko'tarilib qo'yiladi.

2. Bemorning hamma tomoniga grelkalar qo'yiladi, ensani issiq tutish juda muhim (ensa ostiga ham grelka qo'yish lozim). Badanning kuyib qolmasligiga qarab turish kerak.

3. Organizmga ko'p suyuqlik kiritiladi. Bemorga kofe, vino qo'shilgan issiq achchiq choy (yoki bir stakan choyga 1 osh qoshiq toza spirt qo'shib) ko'plab ichiriladi 500-1000 ml (2000 ml gacha) fiziologik eritmaga 0,1 % li adrenalini eritmasi 1 l suyuqlikka 5-8 tomchi hisobidan qo'shib, teri ostiga yuboriladi. Fiziologik eritma o'rniga 5% li glukoz eritmasini o'shancha yuborish ham mumkin.

4. Qon quyishning g'oyat muhim ahamiyati bor. Quyiladigan qon miqdori anemiya darajasiga qarab belgilanadi. Organizmning buzilgan funksiyalari qon quyish natijasida tez tiklanadi.

5. Qon ketishi to'xtatilgach, yurakni quvvatlovchi dorilar (kofein, kamfora) teri ostiga yuboriladi.

6. Tuqqan ayolga kislorod beriladi, kislorod bo'lmasa fortochka yoki deraza ochib qo'yiladi.

Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketganda akusher darhol shifokor chaqiradi (qon ketayotganligini ma'lum qiladi va shifokor yetib kelguncha qon oqishiga qarshi va avj olayotgan kamqonlikka qarshi mustaqil kurash olib boradi). Tug'ayotib qon yo'qotgan ayollar ayniqsa, sinchiklab parvarish qilinishi kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Ilk gestozlar. Gestoz. Qusush. Sulak oqish.
2. Gestozlarning etiologiyasi.
3. Ilk gestozlar tasnifi, klinikasi, diognostikasi, davolash.
4. Kechki gestozlar klinikasi, diagnostikasi, davolash.
5. Kechki gestozlar (arterial gipertenziya, preeklampsiya va eklampsiya) holatlarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.
6. Homilaning ko'ndalang yotish sabablari, homiladorlikning kechishi.
7. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotganligini aniqlash.
8. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotishida tug'ruq, tug'ruqni olib borish.
9. Homilaning mayda qismlari yoki kindigining chiqib qolishi.
10. Tor chanoqlar tasnifi.
11. Tor chanoqni aniqlash.
12. Tor chanoqda homiladorlikning kechishi.
13. Tor chanoqda tug'ruq biomexanizmining xususiyatlari.
14. Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish.
15. Funktsional tor chanoq, tasnifi, aniqlash va tug'ruqni boshqarish.
16. Plasenta oldinda yotishining turlari.
17. Plasenta oldinda yotishining etiologiyasi, klinikasi, asoratlari va davolash.
18. Normal joylashgan plasenta barvaqt ko'chishining etiologiyasi.
19. Plasenta barvaqt ko'chishi, klinikasi, diagnostikasi, davosi.
20. Tug'ruq kuchlari anomaliyalari.
21. Tug'ruq kuchlarining sustligida uni tezlashtirish sxemalari.
22. Tug'ruq kuchlari sustligining belgilari va davolash.
23. Haddan tashqari qattiq dard tutishining belgilari va davolash.
24. Tug'ruq kuchlari anomaliylarining profilaktikasi.
25. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning anomaliyalari.
26. Yo'ldosh tushish davrida qon ketishining sabablari.
27. Bachadon gipotoniyasi va atoniyasi haqida tushuncha.
28. Plasentaning bachadonga yopishish sabablari.
29. Plasentani qo'lda ko'chirish va tushirishga ko'rsatmalar.
30. Chillada kech qon oqishi haqida tushuncha bering.

Tayanch soʻz va iboralar:

Spazmolitiklar.	Eklampsiya.
Homiladorlikning tiyilmaydigan qusishi.	Mimika mushaklarining fibrilyar titrashi.
Sof gestoz.	Tutqanoq.
Homila gipotrofiyasi.	Klonik talvasa.
Homiladorlar xoreyasi	Tonik talvasa.
Sedativ vositalar.	Perinatal oʻlim.
Homiladorlar dermatози.	Pretoksikoz.
Homiladorlar tetaniyasi.	Til ushlagich.
Birikkan kechki gestoz.	Shish.
Ogʻiz kergich.	Proteinuriya.
Jigarining oʻtkir distrofiyasi.	Gipertenziya.
Preeklampsiya.	

Homilaning koʻndalang vaziyati
Vaqtidan oʻtib ketgan koʻndalang vaziyat

Umumiy tekis toraygan chanoq
Oddiy yapaloq (yassi) chanoq
Koʻndalangiga toraygan chanoq
Sangimeyster oʻlchami

Plasentaning oldinda yotishi (*plasenta prayevia*)

Plasenta chetining oldinda yotishi (*plasenta prayeira marginalis*)

Plasenta yoning oldinda yotishi (*plasenta prayeira lateralis*)

Plasenta markazining oldinda yotishi (*plasenta prayevia cyentralis*)

Plasentaning bachadon boʻynida yopishishi (*plasenta cyervicalis*)

Amniotomiya

Normal joylashgan plasentaning toʻliq barvaqt koʻchishi

Normal joylashgan plasentaning qisman barvaqt kuchishi

Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligi, tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustligi

Tugʻruq kuchlarining nosozligi,

Bachadon boʻynining rigidligi

Homilaning qiyshiq vaziyati
Yapaloq (yassi) chanoq

Raxitik yapaloq (yassi) chanoq
Vasten belgisi
Dolixosefalik shakl

Shiddatli tugʻruq

Bachadon gipotoniyasi Bachadon atoniyasi
Qog'onoq suvi emboliyasi Gipofibrinogenemiya
Afibrinogenemiya

Test savollari:

1. Homiladorlik qusishlarining birinchi darajasida qusish bir sutkada?

- a) 1-2 marta
- b) 2-4 marta
- c) 5-10 marta
- d) 15-20 marta
- e) 20 dan ortiq

2. Homiladorlik nefropatiyasi I darajasida AB?

- a) 100/70 mm simob ustuniga teng
- b) 110/80 mm simob ustuniga teng
- c) 120/90 mm simob ustuniga teng
- d) 150/90 mm simob ustuniga teng
- e) 180/120 mm simob ustuniga teng

3. Homilaning ko'ndalang vaziyatda joylashganligi qanday izohlanadi?

- a) homilaning boshi chanoq tomonda, dumbasi bachadon tubida joylashgan
- b) homila tanasining bo'ylama o'qi, bachadon bo'ylama o'qiga nisbatan perpendikular joylashib to'g'ri burchak hosil qilsa.
- c) homila tanasi bo'ylama o'qi bilan bachadonning bo'ylama o'qi kesishib o'tkir burchak hosil qilsa.
- d) homila dumbasi chanoq kirish tekisligiga joylashib yurak urishi kindikdan yuqorida eshitilsa.
- e) homilaning boshi ona qornining o'ng, dumbasi esa chap tomonida joylashgan bo'ladi.

4. Vaqtidan o'tib ketgan ko'ndalang vaziyatda qaysi usul bilan homila tug'diriladi?

- a) kraniotomiya
- b) dekapitatsiya
- c) kesar-kesish operatsiyasi

d) klassik akusherlik burish operatsiyasi

e) akusherlik qisqichlari

5. Anatomik tor chanoqni keltirib chiqaruvchi asosiy omillar?

a) infantilizm, raxit, suyak va bo'g'inlar sili

b) tuberkulyoz, brutselloz, zaxm

c) osteomilit, suyak shishlari

d) ichki a'zolar kasalligi

e) son va tizza bo'g'inlarining chiqishi.

6. Tor chanoqda homila boshi va chanoq o'lchamlari bir-biriga mos kelmasa tug'ruq quyidagicha amalga oshiriladi:

a) oksitosin qon tomirga tomchilab yuboriladi

b) kesar-kesish operatsiyasi qilinadi

c) kraneotomiya operatsiyasi qilinadi

d) akusherlik qisqichlari ishlatiladi.

e) homilani oyoqlariga burib tortib olinadi.

7. Plasentaning barvaqt kuchishi asosan qanday patologik jarayon zamirida sodir bo'ladi?

a) homiladorlar kechki gestozlari

b) yurak poroklari

c) homiladorlik ilk gestozlari

d) qandli deabet

e) gipertoniya, gipotoniya

8. Plazenta to'liq oldinda joylashganda uning klinik manzarasi qanday ifodalanadi?

a) homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinda qattiq og'riq boshlanib qon keta boshlaydi.

b) homiladorlikning 26-28 haftalik muddatida og'riqsiz salmoqli qon ketishi.

c) homiladorlikning birinchi yarmida dardsimon og'riq boshlanib qon ketishi.

d) qorinda asimmetriya va taranglashish, tashqi qon ketish alomatlari bo'lmaydi.

9. Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligida uni tezlashtirish uchun qo'llaniladigan dori-darmonlar.

a) progesteron, follikulin, mammafizin, kalsiy xlor, gipotiazid, pituitrin.

b) follikulin, oksitosin, glukoza, askorbin kislota, V guruhiga kiruvchi vitaminlar, kalsiy xlorid.

c) turinal, 12-oksiprogesteron kapronat, V guruhiga doir vitaminlar, glukoza, pituitrin.

d) prolaktin, glukoza, magneziy sulfat, kalsiy xlorid

e) atropin, promidol, novokain, xinin, prozerin.

10. To'lg'oq sustligida tug'ruqni tezlashtirish uchun qanday usulni qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi?

a) kesar-kesish operatsiyasi

b) kraniotomiya

c) homilani oyoqlariga burish

d) akusherlik qisqichlarini ishlatish.

e) metreyriz operatsiyasi.

11. Yo'ldosh tushish davrida qon ketishning sabablari:

a) plasentaning oldinda joylashuvi uning barvaqt ko'chishi

b) bachadon tonusining pasayishi, yo'ldosh davrining noto'g'ri boshqarilishi, plasentaning bachadon devoriga yopishishi va o'sib kirishi

c) tug'ruq yo'llarining shikastlanishi

d) bachadon tonusining kuchayishi

e) plasentaning qo'shimcha bo'lagining bachadonda ushlanib qolishi

12. Tug'ruqdan keyin dastlabki soatlarda qon ketishning asosiy sabablari:

a) plamenta bo'lakchasining bachadonda ushlanib qolishi, bachadon gipo va atoniyasi

b) bachadon gipertonusi

c) septik infeksiya, tug'ruq faoliyatining sust o'tganligi yurak qon-tomir tizimi kasalligi

d) bachadon va tuxumdon usmalari, bachadon anomaliyalari

e) tug'ruq davrida bachadonni qisqartiruvchi dorilari noto'g'ri qo'llanilganligi

XX BOB. EKSTRAGENITAL KASALLIKLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

Respublika sog'liqni saqlash tashkilotlarining ma'lumotlariga ko'ra o'limga olib keluvchi sabablar orasida yurak qon-tomir kasalliklari birinchi o'rinda turib, ular 1994-yilda umumiy ko'rsatgichining 46% ini tashkil etgan. Masalan, 1994-yilda tibbiy ko'rikdan o'tkazilgan tug'ish yoshidagi ayollarning 5,3% ida turli yurak qon-tomir xastaliklari aniqlangan, shu davr ichida 1,3% homilador ayollarda tug'ish jarayonida og'ir asoratlari aniqlangan.

Homiladorlik va tug'ruq vaqtida ayol sog'lom bo'lsa, organizm o'z vazifasini uddalaydi, yurak-tomir tizimining kasalliklarida esa ko'pincha qon aylanishi buziladi va ko'ngilsiz hodisalar ro'y beradi. Homiladorlik, tug'ruq va chilla davri aksari yurak-tomir kasalliklarining o'tishini yomonlashtiradi. Yurak ikki tavaqali klapanining porogi (mitral kasallik) va bunda mitral stenozining ustun kelishi, yurakning barcha revmatik kasalliklari (endokardit, miokardit), septik endokardit, stenokardiya ko'proq xavfli. Bu kasalliklar homiladorlik davrida og'ir o'tadi: ko'pincha yurak faoliyatining dekompensatsiyasi ro'y beradi va qon aylanishi buziladi (halloslash, ko'karish, shish), shu munosabat bilan homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

Yurak kasalliklari munosabati bilan tug'ruq vaqtida ayniqsa, homila tug'iladigan davrda yurak faoliyati va qon aylanishi osongina buziladi. To'lg'oq tutganda asab va muskul tizimiga juda zo'r kelishi sababli yurak faoliyati buziladi. Homila tug'ilgach, qorin ichidagi bosim pasayishi tufayli kollaps ro'y berishi mumkin.

Yurak faoliyati buzilishi oqibatida ayol nobud bo'lishi mumkin. Yurakning dekompensatsiyalangan poroklarida homilador ayol chala tug'ishi mumkin, tug'ruq vaqtida ko'pincha homila asfiksiyasi ro'y

berishi mumkin. Yurak poroklari 75-90% hollarda revmatizm natijasida orttirilib, 6,5-10% ayollarda esa tug'ma holda uchraydi.

Homiladorlik, tug'ruq va chilla davrining qanday o'tishi porokning shakliga, yurak faoliyatining yetishmovchiligi, revmatizm jarayonining aktivligiga bog'liqdir.

Orttirilgan poroklar shakliga ko'ra mitral stenozi, mitral klapanlarning yetishmovchiligi, kombinatsiyalashgan mitral porogi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi va stenozi ko'proq uchraydi. Revmatizm jarayoni aktiv va noaktiv fazalarga bo'linib, asosan homiladorlikning birinchi va uchinchi trimestrida qo'zg'alib, homilador ahvoli og'irlashib qoladi. Bunday holda periferik qonda aktiv revmatizmga xos o'zgarishlar rivojlanadi.

Yurak poroklari bor ba'zi ayollarning yurak faoliyati chilla davrida dekompensatsiyaga uchraydi.

Yurak-tomir tizimining kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash uchun homilador ayollar maslahatxonasida tekshiriladi hamda terapevt va akusherning muntazam nazoratida bo'ladi. Ayol sog'ligi uchun xavfli holatlar bo'lsa (stenoz, miokardit, dekompensatsiya), homiladorlikning 12 haftalik muddatigacha abort qilinadi. Muddatidan oshib ketgan bo'lsa, homilani olib tashlash o'ta xavfli, shuning uchun ayol vaqti-vaqti bilan statsionarda yotqizilib davolanadi. Homilador ayolning ahvoli dori-darmonga qaramay yomonlashaversa, homila olib tashlanadi.

Gipertoniya (xafaqonlik) kasalligi. Gipertoniya kasalligi tug'ish yoshidagi ayollar orasida keng tarqalgan bo'lib, davo choralari ko'rilmagan taqdirda tug'ish jarayonida turli og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bularga homilaning vaqtidan oldin tug'ishi, perinatal o'lim, og'ir gestozlar va boshqalar kiradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra arterial gipertoniya qator hollarda onalar o'limining asosiy sabablaridan biridir.

Qon bosimining ko'tarilishi kasallikning asosiy klinik belgisi hisoblanadi va uning simob ustuni hisobida 140/90 mm va undan yuqori bo'lishi arterial gipertenziya deb qaralmog'i lozim.

Qon bosimining o'ta yuqori bo'lishi, ko'z tubidagi og'ir o'zgarishlar (retinopatiya, qon qo'yilishlar), buyrak yetishmovchiligi paydo bo'lishi

kasallikning og'ir kechayotganligidan darak beradi. Kasallikning bu ko'rinishiga chalingan ayollar homiladorlikdan doimo saqlanishlari shart. Mabodo bo'ylarida bo'lib qolgan taqdirda uni erta muddatlarda olib tashlash maqsadga muvofiqdir. Bu kasallik xuruji to'satdan boshlanib, kuchli bosh og'rig'i va bosh aylanishi, yurakning tez-tez urishi hamda ko'krak qafasida sanchiqlar bilan namoyon bo'ladi. Bemor ayol asabiylashib ta'sirchan bo'lib qoladi, yuzida qizil dog'lar paydo bo'ladi.

Gipertoniya kasalligiga chalingan homiladorlarni davolashda dam olish, mehnat faoliyatini tartibga solish va ovqatda osh tuzini chegaralash alohida ahamiyatga ega.

Gipertenziv dorilarni tavsiya etganda ularning ko'pchiligi teratogen ta'sirga ega ekanligini unutmaslik kerak.

Qon bosimining darajasi va kasallikning kechishi hamda homiladorlikning qaysi davrda ekanligidan kelib chiqib, turli guruhdagi gipertenziv dorilardan foydalaniladi. Jumladan, dibazol, papaverin, no-shpa, eufillin, magniy sulfat eritmalari tomir ichiga yoki mushak orasiga yuboriladi va ular homilaga deyarli salbiy ta'sir etmaydi.

Siydik haydovchi dorilardan (furasemid, etakrin buyrakchasi) dan foydalanish mumkin.

Lekin homilador hayoti xavf ostida bo'lsa, ayolni saqlab qolish uchun barcha zarur bo'lgan tibbiy vositalardan (shu jumladan teratogen ta'sirga ega bo'lganlardan ham) foydalanish mumkin.

Revmatizm kasalliklariga chalinayotgan bemorlarning soni keyingi 20-30 yil ichida tobora ortib bormoqda. Revmatizm - biriktiruvchi to'qimaning tizimli surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan yurak qon-tomir a'zolarini jarohatlaydi. Kasallik ko'pincha shu kasallikka moyil bo'lgan (7-15 yoshlarda) bolalar va o'smirlarda β gemolitik streptokokkning A guruhi sababli yuzaga keladi.

Revmatizm - 2,1-3,2% hollarda uchrab, nisbatan ko'proq ayollar kasallanadi va 90% hollarda yurak illatlarining kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Revmatizm o'tkir kechganda kasallik yuqori isitma, poliartrit, revmokardit, perikardit yuqori laboratoriya ko'rsatkichlari faolligi bilan birga namoyon bo'ladi va yallig'lanishga qarshi davo choralari tez samara beradi.

Cho'zilib ketish - qaytalama revmatizmning eng ko'p uchraydigan xili bo'lib ko'proq yurak illati shakllangan ayollarda rivojlanadi, bu turi o'tkir bo'lib yurakning hamma pardalari shikastlanadi.

Homiladorlik davrida revmatizm faolligini aniqlashning murakkabligi unga xos qator belgilarning fiziologik homiladorlik davrida ham kuzatilishi bilan bog'liqdir. Bularga subfebrilitet, jismoniy zo'riqishda hansirash, taxikardiya, darmonsizlik, charchash, leykositoz va EChT ning oshishi kiradi.

Revmatizmga chalingan homiladorlarni davolashda antibiotiklardan foydalaniladi, ammo tetrasiklin, fuzidin va shunga o'xshashlar berilmaydi, chunki ular embriotrop ta'sir ko'rsatadi.

Penitsillin boshlang'ich davrida 2 hafta davomida o'rta hisobda 500000 birlikda 1 kecha-kunduzga 4 mahal beriladi. Bundan tashqari, penitsillin qatoridagi yarim sintetik antibiotiklar (metitsillin, oksatsillin) kerak bo'lgan dozada homiladorlik muddatini hisobga olgan holda beriladi.

Homilaning orgonogenez davri tugagandan keyin revmatik jarayonning oldini olish uchun brufen, ibuprofen berishga o'tiladi.

Asetilsalisil kislotasi berilmaydi, chunki u homiladorlikning boshlang'ich davrida teratogen ta'sir qilishi, ko'pincha homila tug'ma yurak illatini paydo qilishi, arterial (Batallo) yo'lni vaqtidan oldin berkitib qo'yishi, homiladorlik muddatini uzaytirishi mumkin.

Revmatizm bilan xastalangan homilador ayollarni homiladorlikning dastlabki 3 oyi yoki 12 haftasiga qadar homiladorlik saqlangan holda revmatik jarayonning faolligiga qarab dori-darmonlar qo'llaniladi. Revmatizmning yuqori, II-III daraja faolligida kortikosteroidlar, brufen, antibiotiklardan penitsillin, bitsillin va penitsillinning yarim sintetik qatorlari va S vitamini beriladi.

Revmatizmga chalingan homiladorlar homiladorlik jarayonida 3 marotaba tug'ruq kompleksiga yotqizishlari shart: 12 haftasigacha, 26-32 haftasida, 36-38 haftasida statsionarga yotqiziladi.

Piyelonefrit - homiladorlikning eng jiddiy og'irlashuviga sabab bo'luvchi buyrak oraliq to'qimalari va jomlarining kasalligidir. Piyelonefritni keltirib chiqaruvchi sabablari asosan homiladorlik paytida kattalashgan bachadon tanasining siydik yo'llarini qisishi natijasida

siydik oqishining susayishi, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, chaqiruvchi o'choqlar (angina, surunkali kolit, tishlar kariozi va boshqalar) dan infeksiyaning gematogen yo'llar bilan buyrakka tushishi oqibatida buyrak oralig'i to'qimalari va jomining yallig'lanishiga olib keladi. Piyelonefritda ko'pincha homiladorlik og'ir o'tadi. Piyelonefritni ko'pincha ichak tayoqchasi qo'zg'atadi. Tana harorati ko'tarilib, ayol qaltiraydi, bel sohasida og'riq paydo bo'ladi, ahvoli yomonlashadi. Siydigida leykositlar, epiteliy hujayralari va bakteriyalar topiladi. Pasternasskiy simptomi musbat bo'ladi.

Bemorlar davolanganda aksari tuzalib ketadi. Homiladorlikda qovuq ham yallig'lanishi mumkin.

Davolashda homiladorlikning birinchi yarmida penitsillin, oksatsillin, ampioks yoki ampitsillinni 8-10 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. Homiladorlikning ikkinchi davridan boshlab, 5 NOK, furadonin, makkajo'xori popugining damlamasi qo'llash tavsiya etiladi.

Glomerulonefrit – buyrak koptokchalarining birlamchi immun yallig'lanishidir. Bu kasallikda ikkala buyrakning ham shikastlanishi ko'riladi. Kasallik homiladorlik va tug'ruqda ko'p asoratlarni keltirib chiqaradi. Eklampsiya, ona qornida homilaning o'lishi va va perinatal o'limga olib keladi. Ba'zan esa placentaning barvaqt ko'chishi, homilani chala hamda gipotrofik tug'ilishi kuzatiladi.

Natijada bevosita onalar o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Klinik ko'rinishi bo'yicha siydik tahlilida mikrohemoturiya, mikroprotenuriya, silindruriya va yuzda, qovoqlarda shishlar bilan xarakterlanadi.

Surunkali glomerulonefritda bemorlarning yuzi shishgan bo'lib, ularning oyoqlarida, bel sohasida, qornida xamirsimon yumaloq shishlar paydo bo'ladi, qo'l bilan bosilsa uzoq muddat saqlanuvchi chuqurchalar qoladi.

Bemorlarda bir vaqtning o'zida arterial gipertenziya va nefrologik belgilar yig'indisi kuzatilsa, bu surunkali glomerulonefritning aralash shakli bo'lib, kasallik juda og'ir kechadi.

Davosi: gipotiazid, oksadolinlar tavsiya etiladi. Qon plazmasi, albumin, protein venasiga yuboriladi. Gipotenziv dorilardan foydalaniladi. Glomerulonefrit bo'lgan homilador ayol doimo nefrolog, terapevt, akusher ginekolog kuzatuvda bo'lishi shart.

Qandli diabet

Etiologiyasi, patogenezi. Qandli diabet yoki oldingi nom bilan atalganda qandli siyish, modda almashinuvi, asosan uglevod almashinuvi buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasalliklardan biridir. Noxush omillar (ruhiy iztirob, me'da osti bezi kasalligi, muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va boshqalar) ta'siri ostida rivojlanadi. Irsiyatning rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

Kasallik mohiyati organizmning organlar va to'qimalarga ovqat bilan tushgan qand moddasini yig'ish qobiliyatining buzilishidan iborat. Singmagan qand qonga tushadi va siydikda paydo bo'lib, siydik orqali tashqariga chiqariladi.

Me'da osti bezida pankreatin orolchalar nomini olgan orolchalar bo'lib, ularni birinchi bo'lib tasvirlagan olim sharafiga Langergans orolchalari deyiladi. Orolcha hujayralarida - insulositlarda - organizmda qandning singishiga imkon beradigan insulin gormoni ishlab chiqariladi. Xuddi shu insulin yetishmasligi qandli diabetning bevosita sababchisi hisoblanadi. Insulyar apparat faoliyati butun neyroendokrin sistema bilan bog'langan va uning biror qismidagi buzilishlar bu apparat funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Normada qand siydik bilan ajralib chiqmaydi. Siydik hosil bo'lishi jarayonida qandning kanalchalardagi birlamchi siydikdan qayta so'rilishi ro'y beradi. Qondagi qand miqdori anchagina oshganda teskari so'rilish prosessi buziladi va siydikda qand paydo bo'ladi. Siydik orqali katta miqdorda qand ajralishi organizmning suvsizlanishiga, kuchli tashnalikka sabab bo'ladi. Natijada qand organizmga singimaydi va uning hayot faoliyatida yetarlicha qatnashmaydi. Organizm to'qimalar va organlardagi oqsillar hamda yog'lardan energiya resurslarini safarbar qiladi, bu tobora oriqlab ketishga olib keladi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlar farq qilinadi: 1) diabet oldi bosqichi; 2) yashirin (latent, subklinik) diabet; 3) yavdol (klinik) diabet.

Klinik manzarasi. Bemorlar tashnalik oshishi, ishtaha kuchayishi, ko'p siyishdan (sutkalik siydik miqdori normadan ancha oshadi), teri qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi, tana massasi kamayadi. Periferik tomirlar turi kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tirnalish sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi

buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik proseslar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi, shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin.

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari siydikda qand paydo bo'lishi - glyukozuriya (normada bunday bo'lmaydi), siydik nisbiy zichligining oshishi, qonda qand miqdorining ko'payishi - giperglikemiya hisoblanadi. Diabet og'ir-yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajasida uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilingandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yuqotadilar. Ularda diabetik koma paydo bo'lishi ehtimol.

Davosi. Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lgani sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo'llanilguncha dietoterapiya (parhez) o'tkaziladi (dieta N9). Parhezni diabetning bosqich darajalarida (o'rta va og'ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda parhezning sutkalik energetik qiymatini quyidagicha aniqlanadi. Kunduzgi ovqat ratsioni energiya qiymatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi. Agar qandli diabet bo'lgan bemor o'rinda yotish rejimida bo'lsa (og'ir shakli, o'rtacha og'irlikdagi biror kasallik qo'shilib kelgan ayrim hollari), bu holda 1 kg tana vazniga 104,6 - 125,5 kJ zarur bo'ladi. Bemor ishini davom ettirib yurgan yengil formasida o'rtacha og'irlikdagi nagruzkada bo'ladigan shaxs 1 kg tana massasiga taxminan 209,2 kJ oladi. Diabetli bemor ratsionida oqsillar, yog'lar, uglevodlar va vitaminlarning fiziologik miqdorlari bo'lishi kerak. Masalan, tana massasi 60 kg bo'lgan, qandli diabetning yengil formasi bilan kasallangan bemor o'rtacha og'irlikdagi jismoniy ishni bajaradi. Bir sutkada u 25 104 kJ olishi kerak. Bu ratsionda

uglevodlar 7531 kJ, oqsillar 3138 kJ, yog'lar-1883 kJ (uglevodlar 450 g, oqsillar taxminan 180 g va yog'lar 50 gr) ni tashkil qiladi. Diabetning yengil formasida dietoterapiya bemor ahvolini insulin qo'llanmasdan yaxshilashga yordam beradi.

Insulinni dieta (parhez ovqat) bilan davolash natija bermagan hollarda tayinlanadi. Insulin bilan davolash taktikasi quyidagicha: 3-5 g glukozani (o'rta hisobda 4 g) o'zlashtirish uchun 1 TB insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko'ra talab etiladigan insulin miqdorini o'zlashtirilmagan qand deb ataladigan, ya'ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Masalan, bemor bir sutkada 4 l siydik ajratadi, siydikdagi qand miqdori 3% ni tashkil etadi, binobarin, siydik bilan ajratilgan o'zlashtirilmagan qand miqdori 120 g ni tashkil etadi (hisob quyidagi proporsiyadan chiqariladi: 100 ml siydikda - 3 g qand bor, 4000 ml da - x). Bundan tashqari, insulin tayinlashda siydikni butunlay «qandsizlantirish»ning maqsadga muvofiq emasligini nazarda tutish lozim, sutkalik siydik miqdoridagi qand miqdori ovqatdagi umumiy qand qimmatining 5% idan oshmasligi kerak. Ovqat bilan iste'mol qilinadigan 60% oqsillar va 10% yog'lar uglevodlarga aylanishi mumkinligidan ovqatning qand qimmati nomini olgan qimmati bemorning sutkalik ratsionidagi uglevodlarning umumiy miqdoridan, 60% oqsillar va 10% yog'lardan tashkil topadi. Mazkur holda ovqatning qand qimmati 480 g ni tashkil etadi, deb faraz qilaylik, demak, sutkalik siydik miqdoridagi umumiy qand miqdoridan 24 g ni (480 g ning 5%) ayiramiz va shu tariqa mazkur bemor uchun zarur insulin miqdori hisob-kitobini 96 g hisobidan (120 g-24 g) bajaramiz, ya'ni insulin birliklari soni $96:4 = 24$ (TB) ga teng. Insulin odatda, ovqatdan 20-25 daqiqa oldin teri ostiga yuboriladi. Ko'p sonli inyeksiyalar qilishning oldini olish maqsadida hozirgi vaqtda inyeksiyalar uchun insulin bilan bir qatorda ta'siri uzaytirilgan insulin preparatlari: protamin - rux - insulin, insulin-rux-suspenziya va boshqalardan foydalanilyaptiki, bularning odatdagi insulinga qaraganda qator afzalliklari bor. Bunday preparatlar birmuncha uzoq vaqt 12-24 soat mobaynida o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Qandli diabetga davo qilishda insulin bilan birga tabletka ko'rinishidagi preparatlar: sulfonilmochevina unumlari (butamid 1 g

dan kuniga 2 marta, bu karbon 0,5-1 g dan kuniga 2 marta, maninil - 5 mg dan kuniga 2 marta) va biguanidlar (adebit 0,1 g dan kuniga 2-3 marta, buforminretard-0,1 g dan kuniga 2 marta, diforminretard - 0,85 g dan kuniga 2 marta tayinlanadi) qo'llaniladi. Diabetga qarshi barcha vositalar ovqatlanishdan keyin tayinlanadi. Diabetli bemorlar uchun mehnat va turmush rejimini to'g'ri tashkil qilishning ahamiyati katta (emotsional va ruhiy iztiroblar yo'qligi, parhezga, ovqat yeyish vaqtlariga qattiq amal qilish va boshqalar).

Endemik buqoq deb - patologik kattalashgan qalqonsimon bezga aytiladi. Kasallik odamni o'rab turgan muhitda yod miqdorining kamayib ketishiga bog'liq, bu holat ovqat mahsulotlari va ichimlik suvining yodga kam to'yinishiga va binobarin, organizmga yodning kam tushishiga olib keladi. Joy balandligi dengiz sathidan nechog'li yuqorilashgan sayin tuproq va suvdagi yod miqdori kamayib boradi. Bu qator omillar bilan, xususan tog'dan oqib kelayotgan suvlarning tuproqdagi yod saqlaydigan jinslarni yuvib ketishi bilan bog'liq. Tog'li hududlar (Shveysariya Alplari, Karpat tog'lari, Kavkaz, Pomir), adirlar - endemik buqoq tarqalgan joylardir. Biroq endemik buqoq bo'yicha tinch bo'lmagan joylarda ko'pchilik shaxslarda bu kasallik paydo bo'lmaydi. Binobarin, bu kasallikning paydo bo'lishiga tashqi muhitda yod yetishmasligidan tashqari, boshqa omillar ham ta'sir qiladi. Bularga muvozanatlashmagan ovqatlanish (oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar), jismoniy zo'riqish natijasida organizmning umumiy holsizlanishini kiritish mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning bosh simptomi qalqonsimon bezning kattalashuvi (ba'zan anchagina kattalashuvi) hisoblanib, bu yutishning buzilishiga, nafas olishning qiyinlashuviga olib keladi.

Kattalashgan qalqonsimon bez palpatsiya qilinganda zichligi turlicha (ba'zan anchagina qattiq) ekanligi ma'lum bo'ladi.

Ba'zan endemik buqoq qalqonsimon bezning o'zidagi yallig'lanish jarayoni bilan asoratlanadi, atrofidagi to'qimalarda xavfli aynish bo'ladi.

Davosi. Endemik buqoq bo'lgan hududlarda profilaktika maqsadida yod preparatlarini go'daklikdan ichish kerak. Tarkibida yod saqlagan (yodlangan) osh tuzidan (1 kg osh tuziga 25 g kaliy yod) foydalanish maqsadga muvofiq. Endemik buqoq gipotireoz hodisalari bilan qo'shilib kelish ehtimoli borligidan 0,2 g dan tireoidin tayinlanadi.

Jarrohlik davolashga konservativ usullar samara bermaganda, buqoq muhim organlarni mexanik uqalash orqali natijaga erishish mumkin.

Kasallikning oldini olish uchun baliq yog'i, dengiz karami, ko'p yod saqlaydigan mahsulotlarni yeyish kerak.

Anemiya - kamqonlik

Qon yaratilish kasalliklari orasida anemiya yoki kamqonlik eng ko'p uchraydi. Bu patologik holatda qonda gemoglobin, aksariyat, eritrositlar miqdori ham kamaygan bo'ladi. Anemiyaning eng ko'p uchraydigan quyidagi turlari farq qilinadi: postgemorrogek anemiya, qon yuqotish natijasida paydo bo'ladi. Temir moddasi yetishmaydigan anemiya, organizimda temir tanqisligi sababli rivojlanadi. Pernisioz anemiya, antianemik omil (sianokobolamin) yetishmasligiga bog'liq. Gemolitik anemiya, eritrositlar parchalanishidan paydo bo'ladi. Gipoplastik anemiya, suyak ko'migi funksiyasi pasayib ketganda rivojlanadi. Homiladorlik davrida va emizikli ayollarda ko'proq temir yetishmovchiligi anemiyasi kuzatiladi.

Temir tanqisligi anemiyasi. Odam organizimida temir yetishmasligi qator sabablarga: ovqatda temir yetishmasligi, temirning hazm apparatida so'rilishining buzilishi va boshqalarga bog'liq. Buning natijasida temir tanqisligi anemiyasi rivojlanadi. Temir yetishmasligidan bo'ladigan anemiyalarning quyidagi turlari: kechikkan va erta xloroz (kamqonlik) farq qilinadi. Kechikkan xloroz ayollarda asosan 30-45 yoshlarda me'dada xlorid kislota miqdori pasayib ketishidan (xlorid kislota temirning normal so'rilishiga imkon beradi) temirning so'rilishi buzilishi sababli paydo bo'ladi. Odatda, bachadondan qon ketishi yoki boshqa qon ketishlar bilan bog'liq. Anemiya uchun xos bo'lgan umumiy klinik belgilardan tashqari, kechikkan xloroz bilan kasallangan bemorlarda ta'm bilish sezgisi buziladi (bo'r, loy, kul kabilirni yeyish istagi paydo bo'ladi) va ishtaha pasayadi. Ko'zdan kechirganda bemorning o'zi oriqlamagani holda badan terisining oqarib ketganligi ma'lum bo'ladi. Shuningdek, stomatit, til atrofiyasi, me'da va ichaklarda aniq patologik o'zgarishlar (me'da sekretor funksiyasi axiliyaga qadar pasayib ketadi), ingichka ichakning ich ketish bilan o'tadigan og'ir funksional buzilishlari kuzatiladi.

Qonni tekshirganda eritrositlar soni o'rtacha kamayganda gemoglobin miqdori anchagina pasayganligi aniqlanadi. Anemiyaning

bu turi gipoxrom anemiyalar qatoriga kiradi. Surtmadagi eritrositlar yomon bo'yalgan, ularning diametri kamaygan, leykositlar soni norma atrofida. Erta xloroz yoki kamqonlik gormonal buzilishlar, xususan tuxumdonlar gormonlarining suyak ko'migiga rag'batlantiruvchi ta'sirining pasayishi natijasi hisoblanadi. Kasallik boshlanishi balog'atga yetish davriga to'g'ri keladi. Klinik manzarasida ayrim xususiyatlar: badan terisi yashilnamo tusda oqargan, teri deyarli qoraymagan, ozmoz asab-ruhiy beqarorlik paydo bo'ladi. Bu anemiya ham gipoxrom hisoblanadi.

Gripp. Homilador ayollarda gripp boshqa yuqumli kasalliklarga nisbatan ko'proq uchraydi. Gripp homiladorlikning ayniqsa, so'nggi oylarida chala tug'ishga sabab bo'ladi.

Gripp bo'lgan bemorlarda tug'ruq ko'pincha og'irlashadi, tug'ruq kuchlari sust, dard tushishi og'ir bo'ladi, yo'ldosh tushish va chilla davrlarida qon ketadi, septik infeksiya bilan bog'langan chilla kasalliklar ro'y beradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar gripp virusiga g'oyatda moyil bo'ladi. Profilaktika va davolash choralari tegishlicha amalga oshirilmasa, tug'ruq kompleksidagi bolalar o'rtasida gripp tez tarqalib ketadi.

Grippning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik uchun bu kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lganda ayollar va bolalarni ajratib qo'yish zarur. Niqob tutish, palatalarni shamollatish shart, palatalarga simob kvars lampasidan nur tushirish ma'qul.

Virusli gepatit

Epidemik gepatit homiladorlarda og'irroq o'tadi, homiladorlikning kechishiga ham yomon ta'sir etadi. Homiladorlarda, ayniqsa, tug'uvchilarda yuqumli gepatit juda og'ir kechadi va ular o'rtasida o'lim ko'proq uchraydi.

Jigar faoliyati buzilishining boshlang'ich belgilari ko'rina boshlanganda xususan intoksikatsiya zo'rayib, bemor bo'shshsa, sariqlik ko'paysa, pulsi tezlashsa, tana harorati normal bo'lganiga qaramay, oyoqlariga shish kelsa, neytrofilli leykositoz holatlari kuzatilsa, qonda bilirubin oshib ketsa, homiladorlikni to'xtatish zarur bo'ladi.

Agar bu kasallikda homiladorlik davom etsa, qog'onoq suvining vaqtidan ilgari ketib qolishi, tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi, chala tug'ish, homilaning ona qornida o'lib qolishi kabi og'ir asoratlar

juda ko'p uchraydi. Shuningdek, bunda chilla davrida bachadon sust qisqaradi (subinvolutsiya). Bundan tashqari, chilla davrida jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklari ko'proq kuzatiladi. Virusli gepatitni A va V turlari mavjud. Virusli gepatit chaqiruvchisi og'iz-najas mexanizmi bilan yuqadigan ichak infeksiyasidir.

Bu kasallik asosan suv, oziq-ovqat yoki kontakt yo'li bilan yuqadi. Kasallikni klinik kechishida, jigar kattalashadi, giperfermentatsiya kuzatiladi.

Virusli gepatit V – og'izdan tashqari parenteral yo'l va jinsiy yo'l orqali odamdan-odamga yuqadi. Klinik ko'rinishda, tana harorati ko'tariladi. Ishtaha susayib, badanda qichish belgilari bo'ladi.

Homilador ayollarda yengil kechayotgan virusli gepatitni dorilarsiz davolash mumkin. Bunda jismoniy va ruhiy zo'riqishlarni cheklash rejim va parhez hamda sutkada ko'pi bilan 2 litr gacha suyuqlik ichish tavsiya etiladi.

Infuzion suyuqlikdan gemodez 200 ml, glukoza 1500 ml, kaliy xloridning 4% eritmalaridan 200-250 ml gacha tomchilab yuboriladi. Shuningdek, tomirga kontrikal 10000-20000 mg yuborish tavsiya etiladi.

Manitol, laziks qo'llaniladi. Mabodo homiladorlikni oxiri yoki tug'ruqning I davrida qon ketishi kuzatilsa, laparatomiya kesar-kesish yo'li bilan homila tug'diriladi. Agar qon ketish tug'ruqni II davrida kuzatilsa, akusherlik qisqichlari qo'yish kerak bo'ladi.

Nazorat uchun savollar

1. Gripp kasalligining homiladorlikka ta'siri.
2. Yurak poroklarida homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
3. Anemiyada homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
4. Gipertoniya kasalligi va homiladorlik.
5. Buyrak kasalliklarida homiladorlik va tug'ruq.
6. Homila va chaqaloqlarning gemolitik kasalligi.

Tayanch so'z va iboralar

Gipertoniya

Gemolitik sariqlik

Giperterioz

Qandli diabet

Anti rezus antitela
 Rezus faktor
 Anemiya

Pasternaskiy simptomi
 Dizuriya
 Sistit

TESTLAR

1. Yurak porogi kasalligida homilador ayollarni qaysi muddatlarda yotqizib davolash tavsiya etiladi?

- 6-8, 20-22, 28-30 haftaligida.
- homiladorlikning dastlabki oylarida, 25-26, 32 va 37-38 haftaligida.
- homiladorlikning oxirgi haftalarida.
- 13-14, 21-22, 35-36 haftaligida
- faqat homiladorlikning dastlabki oyolarida.

2. Homiladorlik anemiyasi kasalligiga qaysi asosiy belgilar xarakterlidir?

- tez-tez charchash, nafas qisishi, bosh aylanishi.
- arterial qon bosimining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, teri rangining oqarishi.
- darmonsizlik, taxikardiya, nafas qisilishi, qon bosimining pasayishi, rang oqarishi.
- belda, yurak sohasida og'riq bo'lishi, teri rangining sarg'ayishi
- tanada shishlar, siydikda oqsil bo'lishi, ko'z tinishi.

3. Homiladorlik paytida epidemik gepatit kasalligi qanday yuqishi mumkin?

- asboblari va shprislari to'liq sterilizatsiya qilinib ishlatilmasa.
- qaynatilmagan suv iste'mol qilinsa.
- homilador ayollarni tekshirish va davolashda ishlatiladigan asbob shprislari yaxshi zararsizlantirilmasa.
- gigiyena qonun-qoidalariga amal qilinmasa.
- miqdoridan ortiq ovqat iste'mol qilinsa.

II QISM. GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

XXI BOB. GINEKOLOGIK KASALLIGI BO'LGAN MIJOZLARGA KO'RSATILADIGAN HAMSHIRALIK ISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Ginekologiya (gine - ayol, logos - ta'limot) ayollar jinsiy a'zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o'rganuvchi fandır.

Ginekologiya terapiya, xirurgiya va boshqa tibbiy fanlar bilan birgalikda klinik meditsinaning asosini tashkil etuvchi ixtisoslar jumlasiga kiradi.

Ginekologiya bo'limi ixtisoslashtirilgan turli statsionarlar tarkibiga (ko'p tarmoqli shifoxonalar, tug'ruq komplekslari, onkologik, silga qarshi kurash, endokrinologik dispanserlar) kirishi mumkin.

Umumiy ixtisosdagi ginekologiya bo'limi jarrohlik yo'l bilan davolanishga va konservativ yo'l bilan davolanishga muhtoj kasallarga mo'ljallangan bo'limlardan iborat: qabul bo'limi, palatalar, tekshirib ko'rish, bog'lash, muolaja xonalar, oshxona, xodimlar xonasi, meditsina hamshirasi postlari, katta va kichik operatsiya xonalari, operatsiyadan keyingi xona, endoskopik xona, tuvak va kleyonkalar yuviladigan va quritadigan xonalar.

Asosiy hujjatlar: Registratsiya qilish jurnali. Kasallik tarixi F N 003/U. Homiladorlikni to'xtatish (abort) tibbiy kartasi F N 027/U. Statsionardan chiqish varaqasi F N 027/u. Perinatal o'lim to'g'risida guvohnoma F N 106 - 2/u. O'lim to'g'risida guvohnoma F - 106 /U

AYOL JINSIY A'ZOLARI KASALLIKLARINING HOZIRDAGI HOLATI

Ayol jinsiy a'zolar kasalliklari orasida tuzaladigan va tuzalmaydigan kasalliklar mavjud. Tibbiyot rivojlanishi bilan ba'zi tuzatib bo'lmaydigan kasalliklarning ham, hozirgi kunda davosi topilmoqda. Hozirgi kunda tibbiyotda yaratilayotgan dori vositalardan kasalliklarni davolashda samarali foydalanilmoqda. Jarrohlik amaliyoti zarur bo'lganda yangi tibbiy texnologiyalardan laparoskopiya yordamida a'zolarini davolash va jarohatni olib tashlashda qo'llanilmoqda. Shu bois a'zolar amputatsiyasi kamaydi. Bunday jarrohlik usulidan so'ng, bemorni shu kuni uyga qaytarish imkoniyati bo'lib, tez muddatda sog'ayish kuzatilmoqda. Ammo ba'zi xavfli o'smalar va surunkali kasalliklarni hali-hanuz davolash imkoniyati mavjud emas.

O'zbekistonda ayollar sog'ligi holati 100 000 aholi soniga ko'rib chiqilganda ko'rsatkichlar quyidagicha: xavfli o'smalar 75,5 bo'lib, boshqa davlatlarga nisbatan pastroq ko'rsatkich, ammo ko'krak bezi xavfli o'smalari nisbatan yuqori ko'rsatkichni beradi. Bachadon tanasi va bo'yni xavfli o'smalari 12,4, tuxumdon o'smalari 4,2 % ni tashkil etadi.

O'zbekistonda bepushtlik 8,2, yuqumli va parazitar kasalliklar 1000 ta aholi soniga olinganda 377,4 ni tashkil etadi (2003-yil Goskomstatning salomatlik statistikasi ma'lumotidan).

Ginekologik bemorlarga tashqi omillarning ta'siri

Ovqatlanish. Ovqatlanish sog'lom turmush tarzini shakllantirishda katta ahamiyatga ega bo'lib, uni sifatini yaxshilaydi. To'g'ri ovqatlanish nafaqat qabul qilayotgan ovqatning turiga, balki uning hajmi, qabul qilingan vaqti va boshqa ovqatlar bilan mosligiga ham bog'liq.

To'g'ri ovqatlanishdagi 10 ta qadam: 1. O'simlik bilan boy bo'lgan mahsulotlar. 2. Kraxmal bilan boy bo'lgan mahsulotlar ovqat miqdoridagi sarf bo'ladigan ozuqani yarmini tashkil qilishi lozim. 3. Sabzavotlar va ho'l mevalar har xil turda bo'lishi. 4. Go'sht mahsulotlari iste'mol qilinadigan ozuqaning 10 % ni tashkil etishi. 5. Sut va sutli mahsulotlar

yog'siz bo'lishi kerak. 6. Yog' mahsulotlari iste'mol qilinadigan ozuqalarni 15-30 % ni tashkil etishi lozim. 7. Osh tuzi bir kunda 6 g dan oshmasligi kerak. 8. Tana vazni me'yordan oshmasligi. 9. Jismoniy faol bo'lish. 10. Bir xil mahsulotlardan ko'p yegandan ko'ra, turli xil mahsulotlardan kam-kam iste'mol qilish kerak.

Tashqi omillarning salbiy ta'siri. Tashqi omillarning salbiy ta'siri somatik kasalliklar va jinsiy a'zolar kasalliklarini yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Bu omillar xavfli omillar deyiladi. Bir nechta xavfli omillar yig'indisi kasallik kelib chiqishi hollarini ko'paytiradi.

Kasallik belgilari bo'lmagan insonlar sog'lom hisoblanadilar, lekin xavfli omillari aniqlanganligi sababli bu insonlarda kasallik rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Kasallik keltirib chiqarishi xavfi bo'lgan bir necha guruh omillar aniqlangan:

Klimatik (iqlimiy) - atmosfera bosimi noturg'unligi, quyosh nurlari ta'siri, quruq havo, shamol, chang, issiq iqlim kiradi. Iqlimning nojo'ya ta'sirida quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuzatiladi: gipo va gipertenziya kasalliklar revmatizm, buyrak kasalliklari endokrin tizim kasalliklari.

Ekologik - atmosfera, yerning, suvning, oziq-ovqatning ifloslanishi, yo'l va transportning yomon holati. Bunday hollarda quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuzatiladi: xavfli o'smalar, qon aylanish tizimi kasalliklari, ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari, travmatizm (shikastlanishlar).

Mehnat sharoiti - kimyoviy va fizik omillar, tayanch va harakat tizimi, sezgi a'zolarining ta'sirlanishi, zo'riqish va gipodinamiya. Bunday hollarda quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuchayadi: nafas olish a'zolari, ovqat hazm qilish a'zolari, siydik-tanosil a'zolari o'sma kasalliklari, endokrin va qon aylanish tizimi kasalliklari.

Ijtimoiy-iqtisodiy - stresslar, genetik omillar, irsiy moyillik. Bunda quyidagi kasalliklar rivojlanish xavfi kuchayadi: asab tizimi kasalliklari, qon aylanish sistemasi kasalliklari, nafas olish a'zolari, ovqat hazm qilish a'zolari va xavfli o'smalar.

Zararli odatlar - chekish, noto'g'ri ovqatlanish, mehnat sharoitining nojo'ya ta'siri, moddiy-maishiy sharoitning yomonligi, narkotiklar, alkogol va dori moddalarni suiiste'mol qilish. Oiladagi notinchlik,

yolg'izlik, madaniy turmush tarzining pastligi, urbanizatsiyaning yuqori darajasi. Bunda barcha a'zolar va tizimlarda kasalliklar kuzatilishi mumkin.

Tibbiy omillar - profilaktik tadbirlarning samarasizligi, tibbiy yordamning vaqtida ko'rsatilmashligi va malakali emasligi.

Yuqorida ko'rsatilgan omillar ayol jinsiy a'zolarida kasalliklar rivojlanishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

JINSIY A'ZOLAR KASALLIKLARIDA MIJOZLARNING XUSUSIYATLARI

Jinsiy kasalliklarni bir tizim kasalliklar deb qaramasdan, balki ayol hayoti davrlarida har bir kasallik xususiyatlarini ko'rib chiqish lozim. Mijozni tushunish uchun uning vaziyatiga kirib ko'rish kerak, ya'ni hozirgi kundagi o'rni (jamiyatdagi va oiladagi o'rni), o'tmishdagi kechinmalarni tushunish, uning ruhiyatidagi jarohatlarni (kasalliklar, ularni davolash usullari, keyingi asoratlar) va moddiy yetishmovchiligini e'tiboriga olishi kerak. Ayol jinsiy a'zolari kasalliklarida inson huquqlarini hisobga olgan holda xususiyatini muhofaza qilish lozim. Tibbiy muassasalarda, ayniqsa, homiladorlik vaqtida, yuqumli kasalliklar bilan kasallanganda, OITS va boshqa kasalliklar bilan kasallanish holatlarida xususiylikni muhofaza qilish kerak. Yuqorida ko'rsatilgan kasalliklar jinsiy a'zolarga taalluqli bo'lganligi sababli tekshirish va yordam ko'rsatish vaqtida mijozning uyalishi, o'zini noqulay his etishi, qo'rquvini tushunib yetgan holda hamshira ortiqcha gap so'zsiz uni tushunishi va og'rig'ini qoldirishi uchun mijozga sharoit yaratishi kerak.

Hamshiralik parvarishining o'rni va maqsadi. Hamshiralik parvarishi bu ko'rikdan o'tayotgan mijozning ruhiy holatini tushunib, unga to'g'ri yordam ko'rsatishdan iborat. Kerak bo'lganda statsionarga yotqizish, to'g'ri parvarish ko'rsatish, shifoxonadan chiqqach uyida va ishxonasida xotirjam ishlash uchun g'amxo'rlik qilish hamda qulay sharoit yaratish lozim. Jinsiy a'zolardagi kasalliklar og'riq va qon ketish kabi belgilar bilan o'tadi. Qo'shimcha belgilardan, ko'ngil aynishi, qusish, isitma ko'tarilishishi mumkin. Bunday hollarda hamshiralik parvarishida sababni topish va belgilarni yumshatishdan iboratdir. Kechiktirib

bo'lmaydigan hollarda qattiq og'riq, ichki va tashqi qon ketish kabi belgilar inson hayotiga xavf soladi va gospitalizatsiya qilishni talab etadi. Statsionarda mijozning holatini aniqlash uchun unga hamshiralik parvarishi ko'rsatiladi. Mijoz kuzatiladi va hayoti uchun muhim bo'lgan ko'rsatkichlar tekshiriladi. Parvarish ko'rsatilayotganda og'riqni qoldirgan holda tekshirish va muolajalarni bexatar o'tkazish kerak. Shoshilinch yordam ko'rsatilganda mijoz tomonidan tushunmovchilik kuzatilishi mumkin. Bunday hollarda mijozga bu muolajalarning ahamiyatini hamda ularni jismoniy og'riq qoldirish uchun zarurligini tushuntirib berish lozim.

Jismoniy yordam nafaqat kechiktirib bo'lmaydigan hollarda, balki hayz vaqtidagi og'riqlarda, qorin pastidagi bel hamda bel sohasidagi og'riqlarda va boshqa hollarda ham ko'rsatiladi. Bunday hollarda mijozga o'z-o'zini parvarishlashi kerakligini tushuntirib o'rgatilishi lozim. Agar mijozga jarrohlik amaliyoti o'tkaziladigan bo'lsa, hamshiralik parvarishi jarrohlikdan oldin va keyin yuzaga keladigan og'riqlarda ham ko'rsatilishi kerak. Bunda jarrohlik muolajasi va anesteziya turiga bog'liq parvarish ko'rsatiladi. Jarrohlikdan so'ng og'riqlar kuzatilishi mumkin, asoratlarni oldini olish va tez kunlarda mijoz sog'ayib ketishi uchun hamshiralik parvarishini to'g'ri olib borish zarur, buning uchun mijoz holatini o'zgartirib turishi kerak, chunki bu ilmiy isbotlangan hamshiralik parvarishining asosi hisoblanadi.

Muolajalarni bexatar o'tkazish maqsadida bemorni tekshirishda hamda tashhislash o'tkazganda hamshiralik parvarishi katta ahamiyatga ega. Ginekologik kasalliklarda hamda somatik kasalliklarda tekshirish asosiy usul hisoblanadi. Bunday hollarda bemorga tekshirish usuli haqida tushuntirish va uning ruxsatini olish kerak. Mijoz bunday vaziyatda o'zini noqulay sezib, uyalishi mumkin. Shuning uchun mijozni tekshirayotganda u bilan gaplashib, uyatli joylarni berkitib turish kerak.

Ruhiy ijtimoiy yordam. Og'riqni jismoniy qoldirish tez yordamni talab etadi. Buni esa ruhiy ijtimoiy yordamsiz to'liq amalga oshirib bo'lmaydi. Ko'p hollarda yordam ko'rsatishda jismoniy, ruhiy va ijtimoiy yordam barobar ko'rsatiladi. Bu og'riqlarni ba'zan bir og'iz so'z bilan ham qoldirish mumkin. To'g'ri aytilgan so'z mijozning bezovtaligini hamda qo'rquvini qoldirishda katta ahamiyatga ega.

Mijozning oilasi uchun qo'llanma. Hamshira o'rni - bu nafaqat yordam ko'rsatish, balki mijoz holatini tushunish hamda tez fursatda sog'ayishi uchun pedagogik qobiliyatga ega bo'lishi lozim. Pedagogik pozitsiya bu mijozning o'z sog'lig'ini nazorat qilishini o'rgatishdir. Bu usul yordamida mijoz jinsiy yo'l bilan yuqadigan yuqumli kasalliklardan va turli xil yallig'lanish kasalliklardan saqlanishi mumkin. Jinsiy a'zolarning nuqsonlarini aniqlash maqsadida maktab, oila va ish joylarida sanitar-oqartuv ishlari olib borishga ega bo'lish ham pedagogik pozitsiya hisoblanadi.

XXII BOB. GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologiya (gynae - ayol, logos - ta'limot) ayollar jinsiy a'zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o'rganuvchi fandır.

Ginekologiya terapiya, xirurgiya va boshqa tibbiy fanlar bilan birgalikda klinik meditsinaning asosini tashkil etuvchi ixtisoslar jumlasiga kiradi.

Ginekologiya bo'limi ixtisoslashtirilgan turli statsionarlar tarkibiga (ko'p tarmoqli shifoxonalar, tug'ruq komplekslari, onkologik, silga qarshi kurash, endokrinologik dispanserlar) kirishi mumkin.

Umumiy ixtisosdagi ginekologiya bo'limi jarrohlik yo'li bilan davolanishga va konservativ yo'l bilan davolanishga muhtoj kasallarga mo'ljallangan bo'limlardan iborat: qabul bo'limi, palatalar, tekshirib ko'rish, bog'lash, muolaja xonalar, oshxona, xodimlar xonasi, meditsina hamshirasi postlari, katta va kichik operatsiya xonalari, operatsiyadan keyingi xona, endoskopik xona, tuvak va kleyonkalar yuviladigan va quritadigan xonalar.

Asosiy hujjatlar: Registratsiya qilish jurnali. Kasallik tarixi F N003/U. Homiladorlikni to'xtatish (abort) tibbiy kartasi F N027/U. Statsionardan chiqish varaqasi F N 027/u. Perinatal o'lim to'g'risida guvohnoma F N 106 - 2/u. O'lim to'g'risida guvohnoma F - 106 /U

Ginekologik kasalliklar subyektiv (shikoyatlar, anamnez) va obyektiv tekshirish ma'lumotlariga asosan aniqlanadi (diagnoz qo'yiladi).

Ginekologik bemorlarni subyektiv tekshirish usullari

Bemorning asosiy shikoyatlarini bilib, oldingi hayoti va boshdan kechirgan kasalliklari to'g'risida, ushbu kasallikning qanday boshlanganligi to'g'risida ma'lumotlar olinadi. Dastlab umumiy ma'lumotlarni: bemorning familiyasi, ismi, otasining ismi, oilaviy ahvoli, kasb-kori, yoshi, turmushi va ovqatlanish sharoitlari, zararli odatlari bor-yo'qligini bilish kerak.

Bemorning yoshi muhim ahamiyatga ega, chunki bitta simptomning o'zi ayol kishi hayotining turli davrlarida har xil kasalliklarning belgisi bo'lishi mumkin. Bemorning kasb-kori, mehnat sharoitlarini bilish ko'pgina patologik, jarayonlarning sabablarini aniqlab olishga yordam beradi. Masalan: Og'ir yuk ko'tarish, tik oyoqda uzoq turib ishlash ayol kishi jinsiy a'zolarining noto'g'ri holat olishiga yo'l ochadi. Ishlab chiqarishda mehnat - sanitariya gigiyena sharoitlari va xavfsizlik texnikasi buzilgan chog'larda vibratsiya, kimyoviy va radiaktiv moddalarga yaqin yurish ayollarning hayz ko'rish funksiyasiga va bola tug'ish funksiyalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Uzoq muddat sovqotish yoki haddan tashqari issiqlab ketish bilan aloqador ish yallig'lanish jarayonining qo'zishiga olib kelishi mumkin. Umumiy ma'lumotlarga ega bo'lgandan keyin uni shifokorga kelishga majbur qilgan shikoyatlarini aniqlash kerak. Ginekologik bemorlar odatda, og'riq borligi, oqchil kelayotgani, hayz sikli buzilganligidan (bachadondan qon ketayotganligi yoki hayz ko'rmasligidan), farzandsizlikdan noliydi.

Og'riqlar ginekologik kasalliklarda (vaqti-vaqti bilan tutib turadigan, kemirayotgandek bo'lib seziladigan, mudom simillab turadigan) ular zo'rliigi, seziladigan joyi, xarakteri, tarqaladigan joyi jihatdan har xil. Anamnez yig'ishda irsiyatga ahamiyat berish kerak. Bemorning ota-onalari yoki yaqin qarindoshlarida xronik infeksiyalar (sil va boshqalar, ruhiy, tanosil, o'sma kasalliklari, qon kasalliklari, moddalar almashinuvi kasalliklari, alkogolizm borligi bemorning ana shu kasalliklariga moyil - moyil emasligini aniqlab olishga yordam beradi). Bemorni so'rab surishtirish hayot anamnezini go'daklik davridan boshlab aniqlab olinadi. Ginekologik kasalliklarning sabablarini aniqlab olishda ilgari umuman boshidan kechirilgan dardlarning ahamiyati katta. Odamning tez-tez angina, revmatizm bo'lib turgani, jigar kasalliklari, neyroinfeksiya va boshqa kasalliklar bilan og'rigani aksari hayz funksiyasining buzilishiga jismoniy va jinsiy jihatdan rivojlanishda orqada qolishga olib keladi.

AKUSHERLIK-GINEKOLOGIK ANAMNEZ

Ayol organizmi spesifik funksiyalari: hayz, jinsiy, bola tug'ish va sekretor funksiyalarining xususiyatlari to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. So'rab surishtirishni birinchi marta qachon hayz kela boshlaganini (menarxe), hayz funksiyasining tipini (hayz sikli va

hayzning qancha davom etishi, keladigan qon miqdori, og'riq bo'lish-bo'lmasligini), qachon so'nggi marta hayz bo'lganini aniqlashdan boshlash kerak. Jinsiy funktsiya xususiyatlari: jinsiy hayotning qachon boshlangani, jinsiy hissiyot, jinsiy aloqa vaqtida ko'riladigan o'zgarishlar (og'riq sezilishi, jinsiy aloqadan keyin qon aralash ajralmalar kelishi), bo'yida bo'lishdan saqlanish (kontrasepsiya) usullari ginekologik kasalliklar bilan bevosita bog'langan bo'ladi. Diagnostika aniqlashda bemor erining yoshi va salomatligi ham katta ahamiyatga ega. Bola tug'ish funksiyasining xarakterini aniqlab olishda ayol kishining necha marta bo'yida bo'lgani, homiladorlikning qanday o'tgani va oqibati nima bo'lgani sinchiklab surishtirib bilib olinadi. Bemor farzandsizlikdan noliydigan bo'lsa, avval qanday tekshirishlar va davolash qilib ko'rilganini aniqlab olish kerak. Sekretor funktsiya xarakteri jinsiy yo'llardan patologik ajralmalar (oqchillar) kelish-kelmasligi va bularning miqdori haqidagi ma'lumotlar aniqlanadi. Ko'pincha vulva, qin, bachadon bo'yni va jinsiy sistema yuqorida yotgan a'zolarning har xil etiologiyali yallig'lanish kasalliklari oqchillar kelib turishiga sabab bo'ladi. Oqchillar bachadon polipi va rakning belgisi bo'lishi mumkin. Oqchil suyuq, suvsimon, yiringsimon, shilimshiqsimon, tvorogsimon bo'lishi mumkin.

Akusherlik – ginekologik anamnez xususiyatlarini aniqlab, bilib olgandan keyin mazkur kasallik anamneziga o'tiladi. Mazkur kasallikning qay tariqa avj olganligi to'g'risidagi ma'lumotlar: uning qachon paydo bo'lganligi, abort, tug'ruqlar, birga davom etib kelayotgan kasalliklar, hayz, sovqotish, umumiy infeksiya va qilingan davoning xarakteri va natijalari to'g'risidagi ma'lumotlar alohida diqqatga sazovordir.

Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish usullari

Ginekologik kasalni obyektiv tekshirish umumiy va maxsus tekshirishdan iborat. Umumiy tekshirish organizmning ahvoli to'g'risida umuman tasavvur hosil qilishga imkon beradi. Bemorni umumiy ko'zdan kechirib, (tana tuzilishi, tipi, badan terisi va shilliq pardalarning ahvoli, jun qoplaminin xarakteri, sut bezlarining holati va nechog'lik rivojlanganligini aniqlash) a'zo va sistemalarni umuman

meditsinada qabul qilingan usullar bilan tekshiriladi. Ko'zdan kechirib chiqishdan tashqari qorinni va ko'krak qafasini palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya qilinadi.

Keyingi umumiy tekshirish tana harorati, arterial bosimni o'lchab ko'rish, qon, siydik va axlatni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish.

Ginekologik bemorlarni maxsus tekshirish usuli asosiy va qo'shimcha tekshirish usullaridan iborat.

Asosiy tekshirish usullari: tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish, ko'zgular yordamida tekshirish, qin orqali tekshirish: a) qinni tekshirish, b) ikki qo'llab qin va ichki jinsiy a'zolari tekshirish - bimanual (vaginal-abdominal tekshirish), to'g'ri ichak orqali tekshirish: a) rektal va rekto - abdominal yo'l bilan tekshirish. b) rekto - vaginal yo'l bilan tekshirish. Ginekologik bemorni tekshirish uchun ginekologik kresloga yoki qattiq kushetkaga yotqiziladi. Kreslning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi, tizzalardan bukilib, ikki yonga keng kerilgan oyoqlar oyoq tutgichlarda turadi. Ayolning ichi kelmagan bo'lsa tozalovchi huqna qilinadi. Bemor qovug'ini bo'shatib olishi kerak.

TASHQI JINSIY A'ZOLARNI KO'ZDAN KECHIRISH

Jun qoplarning tipiga, katta va kichik jinsiy lablar tuzilishiga, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining holati, qin dahlizidagi parauretral va katta bezlar chiqarish yo'llari; oraliq hamda orqa chiqaruv teshigi sohasining ahvoriga ahamiyat beriladi.

Qin dahlizini ko'zdan kechirish uchun jinsiy lablarni chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan ochib ko'riladi. Jinsiy yoriqning qanchalik ochilib turganiga ahamiyat beriladi. Bemorga kuchanib ko'ring deb, buyurib qin devorlari va bachadonning pastga tushgan - tushmaganligi aniqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirib bo'lgandan keyin ko'zgular yordamida tekshiriladi.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

Tabaqali (Kusko) va qoshiqsimon (Sims) ko'zgulardan keng foydalaniladi. Qinni ko'zgular bilan tekshirish uchun chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar ochilib, tabaqali

ko'zgu yumilgan holda qinning o'rtasiga qadar kiritiladi. Ko'zguni ko'ndalangiga burib, tabaqalar ochiladi. Qoshiqsimon ko'zgu avval qirrasi bilan qinning orqa devori bo'ylab kiritiladi, so'ngra, ichkari kiritilgach, ko'ndalangiga burilib, orqa tomonga - oraliq tomonga tortiladi. Oldingi ko'zgu bilan qinning oldingi devori ko'tarib turiladi. Ko'zgular bilan tekshirishda bachadon bo'ynining shakli (konussimon, silindrik, deformatsiyaga uchragan bo'lishi mumkin), holati, katta-kichikligi, shilliq pardasining rangi, patologik jarayonlar bor yo'qligi aniqlanadi. Ko'zguni chiqara borib qin devorlari ko'zdan kechiriladi.



145-rasm.

a) Kusko ko'zgusi

b) Sims ko'zgusi

d) Ko'zgularni kiritish

e) Ko'targichlar

QIN ORQALI TEKSHIRISH (ICHKI)

Oraliq, chanoq tubi muskullari, uretra, qin daxlizi katta bezlari, qin devorlari va bachadon bo'yni qin qismining holatini aniqlashga imkon beradi.

Ikki qo'llab tekshirish (bimanual, vaginal-abdominal tekshirish) bachadon, bachadon ortiqlari, qorin pardasi chanoq qismi va chanoq kletchatkasi kasalliklarini aniqlash maqsadida qo'llaniladi. Avval bachadon tekshirilib, uning holati, katta-kichikligi, shakli, konsistensiyasi, harakatchanligi, og'rish-og'rimasligi aniqlanadi. Ikki qo'llab tekshirishda bachadon yuqori, past, oldingi tomonga va ikkala yon tomonga bir qadar suriladi, lekin keyin avvalgi holatini egallaydi. Shu narsa harakatchanligini fiziologik xarakterini belgilaydi. So'ngra bachadon ortiqlarini tekshiriladi. Ikkala qo'l barmoqlari (tashqi va ichki tomondan) bachadon burchaklaridan chanoqning yon devorlariga qarab asta-sekin suriladi. O'zgarmagan bachadon naylari qo'lga sezilmaydi, tuxumdonlar kichikroq tuxumsimon tuzilmalar paypaslanadi.



146-rasm. Ayollarni ikki qo'l bilan (bimanual) qin orqali tekshirish.

Rektal va rekto-abdominal tekshirish – qizlarda qin atreziyasi yoki stenozida mahallida, shuningdek, jinsiy sistemada yallig'lanish yoki o'sma jarayonlari bo'lganida qo'llaniladi. Tekshirishni rezina qo'lqop ustidan barmoqqa vazelin surilgan yelim qo'lqop kiyib tekshiriladi.

Rekto-vaginal tekshirish. Qin orqa devori yoki to'g'ri ichak oldingi devori kasalliklarida foydalaniladi. Bunda qinga ko'rsatkich barmoq, to'g'ri ichakka esa o'ng qo'lning o'rta barmog'i kiritilib, tekshiriladi.

Qo'shimcha tekshirish usullari: kolposkopiya, bachadonni zondlash, qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish, biopsiya, rentgenologik tekshiruv, ultratovush tekshiruvi, laboratoriya usulida tekshirish (siydik chiqarish kanalidan, qindan, bachadon bo'ynidan laboratoriya tekshiruvi uchun surtma olish, qon va siydik tahlillari), endoskopik tekshiruv, funksional diagnostik tekshiruv usullaridan iborat.

Kolposkopiya – bachadon bo'yni qin qismini kolposkop yordamida 10 – 30 baravar kattalashtirilgan holda ko'zdan kechirish. Bu rak oldi holatini aniqlashga, bachadon bo'ynida rakni dastlabki darajalarida gumon qilishga, bachadon bo'ynidan nishonga olib turib biopsiya qilinadigan joyni tanlab olishga imkon beradi. Kolposkopiyani o'tkazish uchun hamshira 2 ta bankachada 3% li sirka kislotasi eritmasi (bachadon bo'yni yuzidagi shilimshiqni olib tashlash uchun) va lyugol eritmasi (Shiller sinamasini qilib ko'rish uchun) tayyorlab qo'yish kerak. Bu kengaytirilgan kolposkopiya uchun qo'llaniladi.



147-rasm. Binokulyar kolposkoplar.

Bachadonga zond solish. Buning uchun bachadonning vaziyatini aniqlab, bo'yni va devorlarida o'smalari yoki shikastlangan joylari bor-yo'qligini bilish uchun sm larga bo'lingan maxsus metall zond - bachadon zondi ishlatiladi.

Meditsina hamshirasi qoshiqsimon ko'zgular, tugmachali qisqichlar (pulevoy qisqich), kornsang va bachadon zondi, qin va bachadon bo'yni shilliq pardasini tozalash uchun paxta sharchalar bilan dezinfeksiyalovchi eritmalarni tayyorlab qo'yish kerak.



148-rasm. Bachadonni zondlash.

Qin orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish. Qorin bo'shlig'idagi suyuqlik tabiatini (unda ekssudat, qon, yiring bor-yo'qligini) bilish maqsadida, bachadondan tashqari homiladorlik deb gumon qilganida bajariladi. Buning uchun hamshira qoshiqsimon ko'zgu, kornsang, tugmachali qisqich, teshigi keng o'tkir uzun igna va shu ignaga mo'ljallangan shpris, dezinfeksiyalovchi eritmalar, paxta sharchalar tayyorlashi kerak.



149-rasm. Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish.



150-rasm. Bachadon bo'ynidan biopsiya olish.

Biopsiya qilish – kesib olingan to‘qimani gistologik tekshirishdan o‘tkazish uchun foydalaniladi. Xavfli o‘σμα deb gumon qilinganda, bachadon bo‘yni, qin hamda tashqi jinsiy a‘zolar sohasidagi patologik o‘zgargan joydan biopsiya olib ko‘riladi. Kesib olingan to‘qima bo‘lagi 10 % formalin yoki spirtli bankaga solinadi, gistologik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Hamshira quyidagi steril asboblarni tayyorlashi kerak: qoshiqsimon ko‘zgu, tugmachali qisqich (Myuzo qisqichi), kornsang, jarrohlik uzun pinset, skalpel yoki konxotom, igna, igna tutgich, qaychilar, tikuv materiallari tamponada qilish uchun 8 – 10 sm steril bint, konxotom ishlatilsa elektrokoagulatsiya qilinadi.

Rentgenologik tekshirish usullarida ginekologiyada gisterosalpingografiya – ya‘ni kontrast modda yuborgandan keyin bachadon, bachadon naylari rentgen suratini olish ko‘p qo‘llaniladi. Kontrast moddalar (kardiotrast, diodtrast, diofen, verografin) suvda tayyorlanadi. Yodolipol – yog‘da tayyorlanadi. Ninaga ulangan maxsus ildirma orqali bachadon bo‘shlig‘iga yuboriladi. Gisterosalpingografiyada bachadon bo‘shchasi katta kichikligi va shaklini, bachadon naylari o‘tkazuvchanligini o‘zgartira oladigan patologik jarayonlar (submukoz mioma, poliplar rivojlanish nuqsonlarini) aniqlanadi. Hamshira bemorga tozalovchi huqna qo‘yadi, tekshirish oldidan siydik pufagini bo‘shatishiga ko‘z-quloq bo‘lib turadi. Kerakli asboblarni tayyorlaydi. Ko‘zgularni ushlab turadi. Asboblarni yig‘ishtirib, yuvib oladi.

Ultratovush yordamida tekshirish – zichligi har xil bo‘lgan to‘qimalarning ultratovush energiyasini har xil darajada yutish xossasiga asoslangan. Aks etgan impulslar elektron nur trubkasining ekranida exogrammalar ko‘rinishida qayd qilib boriladi.



a) Ultratovush apparatida tekshirish;



b) Ultratovush (UZI) apparati.

LABORATORIYA TEKSHIRISH USULLARI

Bakterioskopik tekshirishda qin, bachadon bo'yni kanali va uretradan chiqadigan ajralmalar tekshiriladi. Bemor surtmalar olinishiga 2 soat qolganida siymasligi kerak. Hamshira 2 ta buyum oynachasini tayyorlab qo'yishi shart. Har bir oyna maxsus qalam bilan 3 qismga bo'linadi. Biriga U, (bu urethra degan ma'noni bildiradi), ikkinchisi C harfi (cervix - bachadon bo'yni), uchinchisi V harfi (vagina - qin) yozib qo'yiladi. Ayol ginekologik kresloga yotqizilib, avval uretradan surtma olinadi, buning uchun qinga kiritilgan barmoq bilan uretra ohista massaj qilinadi. Uretradan material salgina qirish yo'li bilan olinadi, U belgisi qo'yilgan buyum oynasiga doiracha ko'rishida tushiriladi. Bachadon bo'yni kanalidan, so'ngra qin orqa gumbazidan pinset yoki kornsang bilan olinadi (shtrix belgilab qo'yiladi). Surtmalar quritilib, keyin tegishli yozuv bilan laboratoriyaga yuboriladi.



152-rasm. Trixomonadalar.

- 1 - og'iz bo'shlig'i trixomonadasi
(trichomonos buccalis);
- 2 - ichak trixomonadasi
(trichomonos intestinalis);
- 3 - qin trixomonadasi
(trichomonos vaginalis).

So'zak kasalligi gumon qilingan bemorlarda provokatsiya o'tkaziladi. Provokatsiya - organizmga maxsus ta'sir ko'rsatib, yallig'lanish jarayonini qo'zg'ashiga qaratilgan chora-tadbirlardir. Fiziologik, biologik, termik, kimyoviy, mexanik va alimentar provokatsiyalar tafovut qilinadi.



153-rasm. Ko'rish maydonida Neyser diplokokklari (gonokokklar).

QIN EPTELIYASI SITOLOGIYASINI ANIQLASH (KOLPOSITOGRAMMA)

Estrogen gormonlar ta'sirida qinning ko'p qavvatli silliq epiteliyasida shoxlanish jarayoni kechadi. Qanchalik estrogenlar miqdori ko'p bo'lsa shunchalik kuchli rivojlangan shoxlanish jarayoni bo'ladi.

Organizmda estrogen gormonlar kamroq bo'lganda qinda oraliq epteliyalari ko'zga tashlanadi. Estrogenlar kam miqdorda bo'lsa (tuxumdonlar gipofunksiyasi, gipoestrogenmiya) bazal parabazal epiteliyalar ko'p miqdorda bo'ladi. Sitologiyada qaysi epiteliy qay miqdorda bo'lishiga qarab 4 xil tip - reaksiya tafovut etiladi.

I tip - surtmada asosan atrofiyalangan bazal epiteliyalar, leykositlar ko'zga tashlanadi. Bu holat organizmda estrogen gormonlarining keskin yetishmasligida kuzatiladi (balog'atga yetmagan qiz bolalarda, menopauzada, tuxumdon gipofunksiyasida, amenoreya holatida uchraydi).

II tip - surtmada bazal, parabazal, ba'zan oraliq epiteliyalar va leykositlar uchraydi. Bu holat estrogenlarning deyarli yetishmasligida, tuxumdon gipofunksiyasi, minopauza davriga xos.

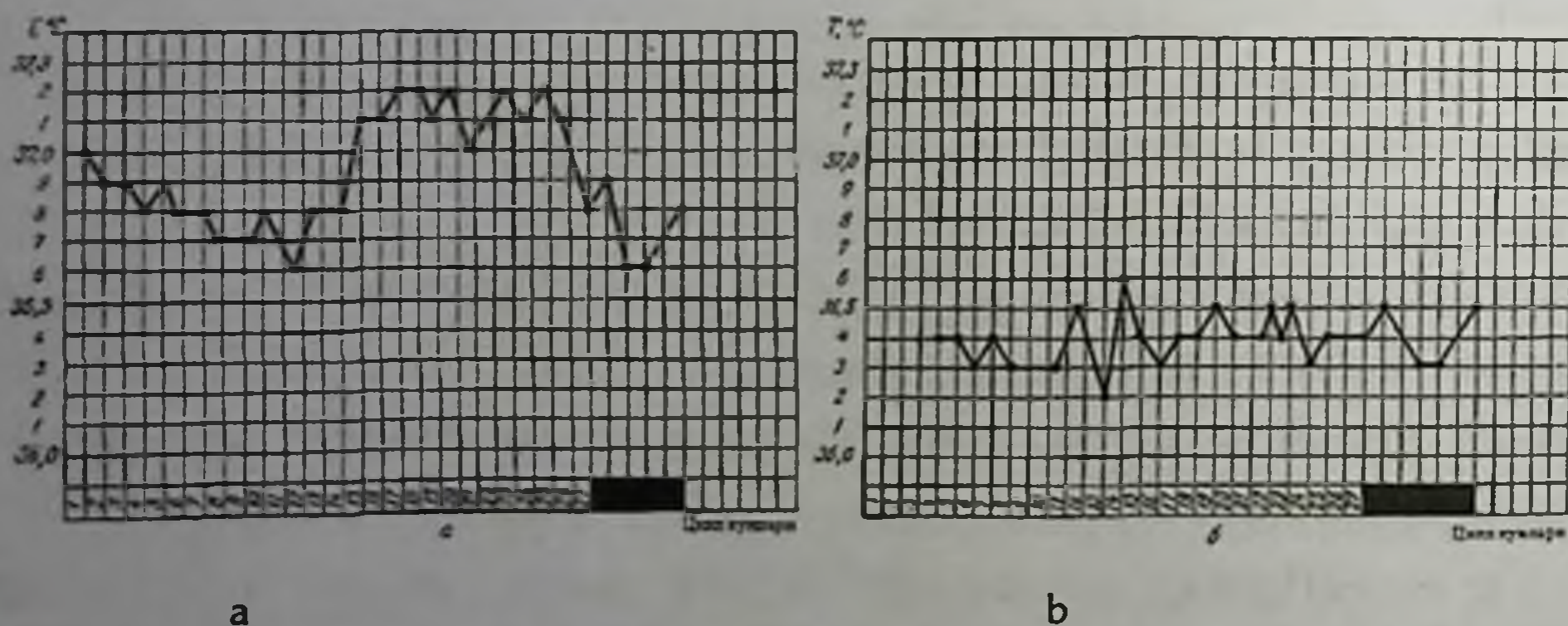
III tip - surtmada asosan oraliq epiteliyalari, onda-sonda shoxlangan epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Bu holat kam miqdorda estrogen gormonlari yetishmasligida, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasiga xosdir.

IV tip - surtmada asosan shoxlangan yuza qatlam epiteliyalari uchraydi. Bu holat estrogen gormonlarning yetarlicha ekanligidan dalolat beradi va hayz siklining follikulyar fazasiga xosdir.

Endoskopik tekshirish usullari bemor jinsiy a'zolarini maxsus optik asbob yordamida ko'zdan kechirib chiqish. Kolposkopiya, gisteroskopiya, laporoskopiya va kuldoskopiya, sistoskopiya, rektoromanoskopiya qo'llaniladi. Laparoskopiya anesteziya ostida oldingi qorin devoridan teshik ochilib, asbobni shu teshik orqali qorin bo'shlig'iga kiritib ko'riladi. Kuldoskopiya asbob qin orqa gumbazi orqali kiritiladi. Bunda kichik chanoq a'zolari ko'zdan kechiriladi. Sistoskopiya-qovuq ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi. Rektoro-manoskopiya - to'g'ri va sigmasimon ichaklar ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi.

Funksional diagnostika usuli - bu tuxumdonning gormonal funksiyasiga baho berishda qo'llaniladi.

1. Bazal haroratni o'lchash. To'g'ri ichak, qin, og'iz haroratini o'lchash ishlari kiradi. O'zbekiston Respublikasida hayz siklini tartibga soluvchi markazning gipertermik ta'siriga asoslangan. O'rinda yotgan holda har kuni 1 soatda, 1 ta (almashtirilmagan) termometrni to'g'ri ichakda 5 - 10 daqiqa qo'yilib, harorati o'lchab, yozib boriladi. Bir necha oy davomida olingan natija grafikka tushirilib, o'shanga qarab estrogen va progesteron muvozanati, yana ovulatsiya bor yo'qligi aniqlanadi. Estrogen - progesteron muvozanati, normada bo'lib, ovulatsiya bo'lgan holatda grafikda 2 faza (interpretatsiya) kuzatiladi. Ya'ni 1-faza gipotermiya fazasi bo'lib, T-37°C gacha, ovulatsiyadan keyin T-38,4°C gacha ko'tariladi. Bu ma'lumot ovulatsiya bo'lib, sariq tana taraqqiyoti natijasida progesteron yetarli darajada ajralayotganligidan dalolat beradi.



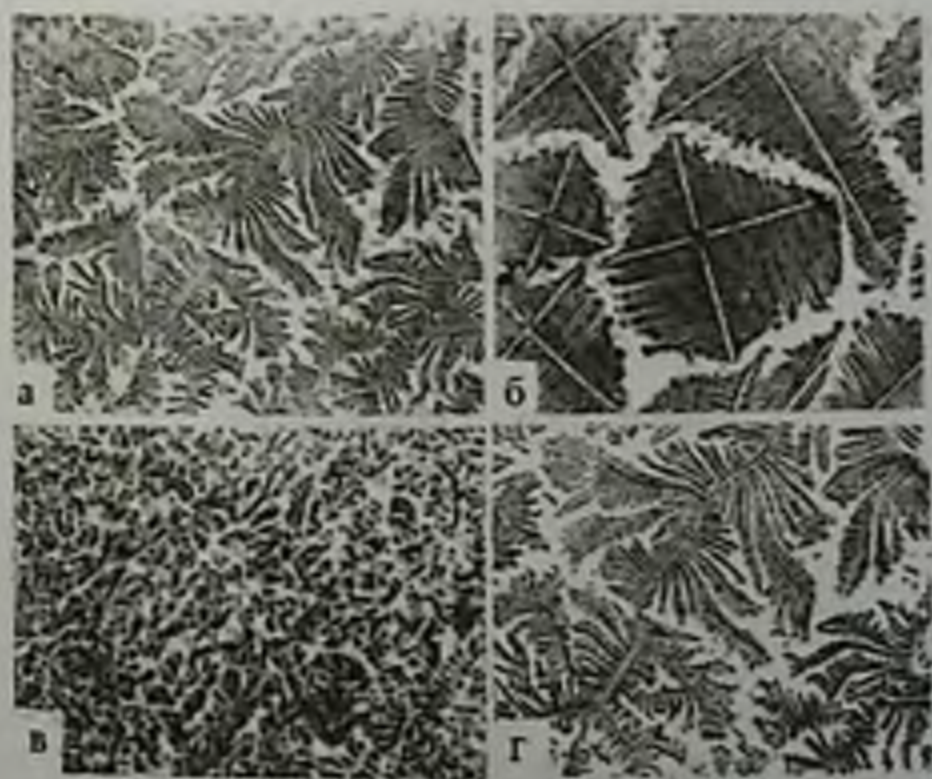
154-rasm. Bazal haroratning grafikda qayd qilinishi:

a - ikki fazali menstruatsiya siklida ovulatsiyadan keyin bazal haroratning ko'tarilishi; b - anovulayator sikliga xos bir tonli bazal harorat.

2. "Ko'z qorachig'i fenomeni". Bu usul yordamida estrogen gormonining konsentratsiya holati aniqlanadi. Hayz siklining follikulyar fazasida bachadon bo'yni kanalidagi bezlar ko'p miqdorda shilliq ajratadi. Estrogen - follikulin gormonining konsentratsiyasi oshgan sari ularning miqdori oshib boradi. Ovulatsiya davrida sekret ko'payadi. Sekret oshgan sari bachadon bo'ynining tashqi teshigi kengaya boradi. 0,25- 0,3 sm gacha. Hayz siklining 8-9 chi kunidan boshlab ko'z qorachig'iga o'xshab ketadi. Bachadon bo'yni kanalida tiniq shilliq bo'lib, bachadon

ichi qorong'u bo'lganligi uchun qoramtir ko'rinadi. Estrogen bachadon bo'ynidan ajraladigan shilliqni suyultiradi, progesteron quyultiradi va kamaytiradi. Ko'z qorachig'i fenomeni quyidagicha belgilanadi: a) agar (-) bo'lsa (manfiy) aniq emas; b) agar (+) bo'lsa (musbat) biroz aniq; d) agar (++) bo'lsa, bachadon bo'ynini kanalining tashqi teshigi 0,2 sm ochiq, qisman aniq; e) agar (+++) bo'lsa 0,3 sm ochiq, shilliq ko'p, estrogen yetarli.

3. Bachadon bo'yni shillig'ining kristallga aylanish belgisi (arborizatsiya, kristalizatsiya, qirq bo'g'im fenomeni). Bachadon bo'yni kanalidan ajraladigan shilliq tarkibida natriy xlor bo'lgani sababli, uni olib xona haroratida quritilsa, kristallga aylanadi, paporotnik bargi shaklini oladi, buni mikroskop ostida kuzatiladi: a) (-) estrogen kam, kristalizatsiya yo'q, shilliq amorf holatda, Hujayra elementlari to'plangan holatda. b) (+) estrogen oz miqdorda bo'ladi, kristalizatsiya aniq bo'lmaydi, ayrim shoxchalar va kristallar ko'rinadi. d) (++) estrogen qisman bor, paporotnikning aniq shakli ham bor, shakli yupqa. e) (+++) estrogen maksimal holatda, kristallar yirik, turkum bo'lib joylashgan, paporotnik shakli aniq, uning shoxlari qalin.



155 - rasm. Bachadon bo'yni kanali shillig'ining arborizatsiya (qirq bo'g'in) simptomi.
a, e - arborizatsiya simptomi yaqqol ko'zga tashlanadi; (+++); b - arborizatsiya simptomi qisman rivojlangan; (+); d - arborizatsiya simptomi manfiy (-).

4. Bachadon bo'yni kanali shillig'ining cho'zilish darajasini aniqlash. Uzun pinset yordamida bachadon bo'yni kanalining shillig'i olinib, uni cho'zib ko'riladi. Uning maksimal cho'zilish darajasi ovulatsiya vaqtiga to'g'ri keladi.

a) (+) shilliq 6 sm gacha cho'ziladi, estrogen kam miqdorda. b) (++) shilliq 8 - 10 sm gacha cho'ziladi, yetarli darajada estrogen bor. d) (+++) shilliq 10 - 15 sm cho'ziladi, estrogen gormonlari maksimal konsentratsiyada. Sitologik tekshirish usulida rak kasalliklari aniqlanadi.

Laboratoriya tekshirish usullari



156-rasm. a – ko‘rish maydonida bazal va parabazal hujayralar; b – parabazal va oraliq hujayralar; d – oraliq hujayralar; e – shoxlangan hujayralar.

Nazorat savollari:

1. Ginekologiya fani nimani o‘rgatadi?
2. Ginekologiya bo‘limining tuzilishi va hujjatlari.
3. Ginekologik bemorlarni so‘rab surishtirish.
4. Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish.
5. Ginekologik bemorlarni asosiy tekshirish usullari.
6. Ginekologik bemorlarni qo‘shimcha tekshirish usullari.

Tayanch so‘z va iboralar:

Anamnez	UTT
Qin ko‘zgulari	Endoskopik tekshirish
Qin orqali tekshirish	Menarxe
Kolposkopiya	Sekretor funksiya
Kuldoskopiya	Oqchillar
Laparoskopiya	Provakatsiya
Sistoskopiya	Arborizatsiya
Rektoromonoskopiya	Bachadonni zondlash
Biopsiya	

TEST

1. Ginekologik bemorlarni obyektiv tekshirish usullariga quyidagilar kiradi.
 - a) so‘rab surishtirish
 - b) akusherlik-ginekologik anamnez yig‘ish

c) ko'zdan kechirish, qin orqali tekshirish, ko'zgular yordamida tekshirish.

d) qindan surtma olish.

e) bakteriologik tekshirish.

2. Qo'shimcha tekshirish usullari quyidagilar.

a) bemor shikoyatini eshitish.

b) bachadonni zondlash, qin orqa gumbazi orqali punksiya qilish, rentgenografiya, UZI.

c) ko'zgular yordamida tekshirish.

d) bimanual tekshirish.

e) rekto-vaginal tekshirish.

XXIII BOB. HAYZ FAOLIYATINING BUZILISHI VA PREDMENSTRUAL SINDROM

Balog'atga yetgan, bo'yida bo'lmagan, ayol organizmida navbat bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y beradi, bu o'zgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Normal hayz ko'rish sikli har 28 kunda, 30-35 kunda, 21 takrorlanib turadi. Hayz faoliyatining buzilishiga: asab ruhiy kasalliklar, ginekologik kasalliklar, tashqi muhit, hayotning umumiy moddiy maishiy sharoiti, ovqatlanish buzilganligi, yuqumli kasalliklar, tuxumdonda jinsiy gormon ishlab chiqish siklining o'zgarishi sabab bo'lishi mumkin.

HAYZ SIKLI BUZILISHINING TASNIFI

1. Amenoreya - 6 oy va undan ko'proq muddatgacha hayz ko'rmaslik.
2. Disfunktional qon ketish (anovulator, yuvenil qon ketish).
3. Siklik o'zgarishlar (gipomenustral sindrom va gipermenstrual sindrom).

Gipomenoreya - hayzning juda oz kelishi. Oligomenoreya - hayzning qisqa bir ikki kun davom etishi. Opsomenoreya - hayzning o'rtada 35 kundan ko'proq vaqt o'tkazib, ahyon-ahyonda kelishi. Gipermenoreya - hayz vaqtida bir talay qon kelishi. Polimenoreya - hayzning 7 kundan ko'proq davom etishi. Proyomenoreya - har 15-20 kunda tez-tez hayz ko'rish. Algodismenoreya - hayz qonining og'riqli kelishi. Asiklik qon ketishlar - metrorragiya. Shuningdek, quyidagi sindromlar shaklida ham namoyon bo'ladi: a) hayz oldi-predmenstrual sindrom; b) klimakterik sindrom; d) postkastratsion sindrom.

Prepubertat davrda qizlar juda ko'p qon yo'qotib, kamqon bo'lib qolishi mumkin. Aqlan, ruhan charchash, jismonan charchash, endokrin bezlar kasalliklari, modda almashinuvining buzilishi bilan davom etadigan kasalliklar (yog' bosishi), ovqatlanishning buzilishi,

ekstragenital kasalliklar sabab bo'lishi mumkin. Qizlarning barvaqt balog'atga yetishi sababli haddan tashqari erta hayz ko'rishi (menstruatsiya proyecox) hodisasi ham hayz ko'rish funksiyasining buzilishiga kiradi. Masalan 8-10yoshda hayz ko'rish. Bunda ikkilamchi jinsiy belgilar ham barvaqt ko'zga tashlanadi (qovga, qo'ltiq ostiga jun chiqadi, chanog'i kattalashadi, tashqi jinsiy a'zolar va sut bezlari taraqqiy etadi). Barvaqt balog'atga yetishning etiologiyasi hamma vaqt ochiq ravshan bo'lavermaydi. Tuxumdon o'smalari (ko'pincha teratomalari), shuningdek, gipofiz, buyrak usti bezlari va boshqa a'zolarning o'smalarida kuzatilgan.

Haddan tashqari kech hayz ko'rish 20-21 yoshda kechikkan hayz ko'rish (menstruatsiya) deyiladi. Bunday hollarda infantilizm belgilari kuzatiladi.

HAYZ KECHIKISHI

Belgilari: Hayz kechikishi tibbiyotda "amenoreya" deb ataladi. Amenoreya - 6 oydan ko'proq muddatgacha hayz ko'rmaslik. Tibbiy jarayoni - qiz bola balog'atga yetguncha, prepubertat, klimakterik (menopauza) hamda homiladorlik, bir necha vaqtgacha bola emizish (laktatsiya) davrida hayz ko'rmasligi fiziologik amenoreya hisoblanadi. Patologik amenoreya - azaldan hayz funksiyasi bo'lmay kelayotgan bo'lsa birlamchi amenoreya, qandaydir kasallik munosabati bilan davom etib kelayotgan hayz to'xtalib qolsa, ikkilamchi amenoreya deyiladi. Soxta amenoreya - qizlik pardasi teshigi bo'lmasligi (atrezia hymeni), qinning bo'lmasligi (atrezia vagini), bachadon bo'yni kanalining bitib qolishi kabi anomaliya holatlarida siklik o'zgarishlar sodir bo'lgan bachadon shilliq qavatidagi funksional qatlam ko'chib, hayz qoni tashqariga chiqmasdan qolish hollari soxta amenoreya hisoblanadi. Soxta amenoreyalar hamshiralik amaliyotida muhim ahamiyat kasb etadi. Aksariyat hollarda qishloq joylarida yashaydigan qiz bolalarda balog'atga yetsa ham hayz ko'rmasligi, bir necha sikldan keyin qorinda hayz ko'rik kunlari kelganda qattiq og'riq bo'lishi, qorin pastki qismida shish paydo bo'lishi ko'pincha qiz bolalar appendisit yoki o'tkir qorin diagnozi bilan operatsiya bo'lishiga, qorin bo'shlig'ida o'sma bor degan taxmin qilinishiga sabab bo'ladi. Bunday xatolar amaliyotda ko'p

uchraydi. Shuning uchun birinchi marta qizlar bilan hamshira duch keladi, buni yaxshi bilishi zarur. Chin amenoreya – qiz bolaning jinsiy yetilish davridan boshlab umuman hayz koʻrmaslik holati. Aksariyat hollarda bachadon atreziyasi (bachadon boʻlmasligi), tuxumdonlar gipoplaziyasi natijasida organizmning estrogen gormonlari bilan taʼminlanmasdan qolishi, gipofiz – gipotalamus sistemasidagi keskin oʻzgarishlar sabab boʻlishi mumkin.

Bachadondan asiklik, yaʼni siklga aloqasiz holda qon kelib turish hollari (metroragiya) odatda, hayz funksiyasining buzilishiga bevosita aloqador boʻlmaydi va ayollar jinsiy aʼzolarida oʻsmalar paydo boʻlganda kuzatiladi. Asosan submukoz fibromioma, bachadon boʻyni va tanasi raki rivojlangan hollarda. Bachadondan disfunktsional, yuvenil qon ketish, anovulator (bir fazali) qon ketish hollari, gipotalamus-gipofiz-tuxumdonlar-bachadon sistemasidagi neyroendokrin regulatsiyaning patologik tarzda oʻzgarishi munosabati bilan boshlanadi. Ayni vaqtda bir yoki bir necha follikula funksiyasi buzilib, uzoq choʻzilib, ovulatsiya sodir boʻlmaydi, sariq tana hosil boʻlmaydi. Bunday patologik jarayonlarda tuxumdonlarda siklik ravishda jinsiy gormonlar ishlanib chiqishi buziladi va odatda, ayol organizmiga estrogenlar uzoq taʼsir etib turadi.

Klinikasi: Uzoq qon ketish, koʻp qon ketish, kamquvvatlik, ikkilamchi anemiya.

Diagnostika: Bachadon tanasining shilliq pardasidan diagnostika maqsadida qirma olib, tekshirib koʻrilganda endometriyning giperplaziyaga uchragani maʼlum boʻladi. Bazal haroratni oʻlchash, qin epiteliyasining sitologiyasini aniqlash muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Davolash. Gormonal gemostaz deganda 3-5 kun davomida (ketayotgan qon toʻxtaguncha) estrogen gormonlari (sinestrol, dietilstelbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan ineksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib qonni toʻxtatish mexanizmi tushuniladi.

ANOVULATOR, YUVENIL QON KETISHLAR

Sabablari: 1. Endokrin bezlarning birortasi asosan gipofiz bezining faoliyati buzilishi. 2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, oʻsmalar tufayli

bir yoki bir necha bezlar faoliyatining buzilishi. 3. Ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishiga fermentlar stimulatsiyasining yetarli bo'lmasligi. 4. Biror bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi. 5. Gormonlarning ta'sir qilish sharoitining buzilishi. 6. Markaziy nerv tizimida (gipotalamo-gipofizar tizimdagi) o'zgarishlar (qattiq hayajon, qo'rqish ta'sirida).

ANOVULATOR QON KETISH

Yuqorida qayd etilgan sabablarga ko'ra follikulalar yorilmasdan qolib, ular mayda kistachalarga aylanishi yoki follikula yetilmasdan atreziyaga uchrashi oqibatida bir fazali hayz sikli rivojlanishi - anovulator hayz sikli deyiladi. U yuvinel qon ketishi, klimakterik qon ketishlar shaklida namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Anovulator yuvenil qon ketishi hayzning to'xtab qolishi (7-8 hafta davomida) ya'ni hayz kelish muddatidan bir yarim ikki oy o'tib ketib, birdaniga bachadondan kuchli qon ketishi bilan xarakterlanadi. Ba'zan normal hayz ko'rish birmuncha qisqargan holda, yuvenil qon ketish bilan almashinib turadi. Kamqonlik kasalligiga olib keladi.

Yuvenil qon ketish deganda qiz bolalarning balog'atga yetish davridagi anovulator qon ketish tushuniladi.

Jinsiy taraqqiyot davri - jismoniy jinsiy jihatdan farq qiladi. Ularda biologik yetilish tez ro'y beradi, ammo pubertat yoshining 1 - fazasi boshlanishi sekinlashib, kattaroq yoshga yetganda qon ketish surunkali bo'ladi.

Diagnostikasi. Bemorning shikoyatlari anamnezi va obyektiv tekshirish usullari yordamida aniqlanadi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi, muhim diagnostika ahamiyatga ega.

Davolash: Prepubertat davrdagi qon (yuvenil) ketishda - estrogenli gemostaz, progestinli gemostaz, bachadon bo'ynini elektrostimulatsiya qilish, siklik gormonal terapiya o'tkazish. Gormonal gemostaz deganda 3-5 kun davomida (kelayotgan qon to'xtaguncha) estrogen gormonlari (sinestrol, dietilstilbistrol va boshqalar), progesteron gormonidan

ineksiya qilinib, organizmni gormonlar konsentratsiyasini oshirib reflektor yo'l bilan qonni to'xtatish mexanizmi tushuniladi. Pubertat davrdagi qon ketishda - gormonal gemostaz. Yetuklik davridagi qon ketishda - bachadon shilliq pardasini qirish, bachadon ichiga yod yuborish, bachadon bo'ynini elektrostimulatsiya qilish va krioterapiya, siklik gormonal terapiya, estrogen-gestogen dori vositasi bilan davolash. Klimakterik davrdagi qon ketishda - bachadon shilliq qavatini qirish, gormonal gemostaz, bachadon ichiga yod yuborish, estrogen-gestogenlar, gormonlar ta'sirida tuxumdon funksiyasini so'ndirish.

Profilaktikasi. Hayz funksiyasi buzilishi hollarining profilaktikasi ona qornida ayol jinsidagi homila rivojlanayotgan davrda, jinsiy sistema vujudga kelib, tabaqalanishga kirishadigan mahalda boshlanadi.

Antenatal, homila muhofazasiga doir chora-tadbirlarni ko'rish kerak. Homilador ayolni noqulay tashqi muhit omillaridan (kimyoviy moddalar, nur energiyasi, dori-darmonlarning salbiy ta'siridan) infeksiyon, virusli kasalliklardan saqlash kerak.

Sog'lom turmush tarzi, to'g'ri ovqatlanish, ekstragenital, ginekologik kasalliklarni vaqtida davolash - hayz funksiyasining buzilishini oldini olishga imkon beradi.

Predmenstral sindrom, klimakterik sindrom, postkastratsion sindromlar - asosiy neyro endokrin sindromlar hisoblanadi.

Predmenstral sindrom - hayz siklining ikkinchi yarimida hayz boshlanishiga bir necha kun qolganda bosh og'rish, ko'ngil aynishi, et uvishishi, uyqusizlik, tajanglik, yig'loqilik, taxikardiya va boshqa patologik simptomlar kuzatilishi mumkin. Bunday o'zgarishlar siklik tarzda paydo bo'lib turishi, hayzdan keyin yo'qolishi mumkin.

Davosi: Psixoterapiya, umumiy tetiklantiruvchi chora-tadbirlar, tinchlantiradigan, siydik haydaydigan dori vositalari va jinsiy gormonlar buyuriladi.

Klimakterik sindrom - his-tuyg'ulari ko'p tug'yonga keladigan, shuningdek, 46-50 yoshga kelib, organizmi qayta tuzilayotganda, ichki a'zolarining xronik kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda avj oladi.

Klinikasi. Birdan qizib ketgandek seziladi, terlash, yurak o'ynashi, bosh og'rish, et uvishishi, bo'g'ilish, ko'ngilni vahima bosish, yurak sohasida og'riq, qo'l-oyoqlar uvishib turishi kabi klinik manzara ko'zga tashlanadi.

Postkastratsion sindrom – tuxumdonlar olib tashlangandan keyin kasallik boshlanadi. Klinikasi klimakterik sindromday.

Postkastratsion sindrom uchun asteniya (asteniya odam o'zini bequvvat, charchoq sezishi, xotira pasayishi bilan ifodalaydi) avj olib borishi, shuningdek, odamning semirib, ateroskleroz paydo bo'lishi xarakterlidir.

Davosi. Klimakterik va postkastratsion sindromga qilinadigan davo umuman tetiklantiradigan chora-tadbirlar (suv muolajalari, davo gimnastikasi, massaj). Parhez tutish, tinchlantiruvchi dori-darmonlar (seduksen, frenolon, tazepam valeriana preparatlari), vitaminlar, jinsiy gormonlar beriladi.

ALGODISMENOREYA

Hayz ko'rish kunlari qattiq betob bo'lib, tibbiy yordam olish uchun murojaat qiladigan qizlar uchrab turadi. Qorinning pastki qismi, bel, dumg'aza sohasida lo'qillab, g'ijimlab, sanchib turadigan og'riq, yoki dapqir-dapqir tutib turadigan og'riq sezilishi mumkin.

Algodismenoreyada og'riq turli vaqtda, hayz ko'rishga bir necha kun qolganda, hayz ko'rish vaqtida, hayz ko'rish oxirida, hayz ko'rish davomida kuzatilishi mumkin. Sabablari. Bachadon noto'g'ri joylashadi, yallig'lanish kasalliklari, infantilizm, nevrasteniya, isteriyada, o'smalarda, og'riqli hayz kuzatilishi mumkin.

Davosi: Asosiy kasallikning davo chorasini ko'rish. Simptomatik davo. Og'riq refleksini keltirib chiqaradigan sabablarni bartaraf etish. Dismenoreya bo'lgan ayollarning nerv psixik holatini davolash. Nerv kasalligi sababli kelib chiqqan bo'lsa bemorni shifokor nevropatologga yuborish. Gimnastika, sport bilan shug'ullanish, fizioterapiya, gormonoterapiya. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

HAYZ VAQTIDAGI GIGIYENA VA HAMSHIRA PARVARISHI

Hayz vaqtida ayol odatdagi ishlarini bajarib yurishi mumkin. Biroq charchash, jismoniy zo'riqish, sovuq qotish va haddan tashqari isib ketishdan saqlanishi kerak. Hayz oldidan va hayz vaqtida achchiq, sho'r taomlar va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish man etiladi. Hayz

qoni bemalol oqib, maxsus gigiyenik paxta dokali taglikka shimdirilishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolari kuniga 2-3 marta iliq qaynagan suv bilan yuvish kerak. Vannaning o'rniga dush qabul qilish tavsiya etiladi, chunki vannadagi ifloslangan suv qinga tushishi mumkin. Bir marta ishlatiladigan gigiyenik paketlar ko'p qon ketadigan ayollarga ma'qul hisoblanadi, chunki u qonni ushlab olish xususiyatiga ega. Tamponlar tor kiyim ostida ham bilinmaydi, sport musobaqalarida qatnashish va raqsga tushishga xalaqit bermaydi.

Ajralmalar miqdoriga qarab gigiyenik paket, tampon va taglikni har 3-6 soatda almashtirib turish kerak. Hayz davrida gigiyenik muolajalar tez-tez bajariladi.

Ogohlantirish. Qinda qolib ketgan tampon ahvolning yomonlashishiga va bakteriyalar ko'payishiga, zararli mahsulotlarining so'rilishi natijasida toksik shokka sabab bo'lishi mumkin. Tamponlarni muntazam almashtirib turish bunday asoratning oldini oladi.

Nazorat savollari:

1. Hayz siklining buzilishi tasnifi.
2. Amenoreya. Amenoreya turlari, kelib chiqish sabablari, davolash.
3. Algodismenoreya, sabablari, klinikasi, davosi.
4. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish.

Tayanch so'z va iboralar:

Prepubertat davr, pubertat davr, klimakterik davr, minopauza, amenoreya, proyomenoreya, anovulator sikl, algomenoreya, gipomenoreya, oligomenoreya, soxta amenoreya, birlamchi amenoreya, ikkilamchi amenoreya, chin amenoreya, opsomenoreya, polimenoreya

TEST SAVOLLARI

1. Amenoreya bu...
 - a) hayz siklining har 28-30 kunda takrorlanib turishi
 - b) hayz sikliga bog'liq bo'lmagan holda qon ketishi
 - c) og'riqli hayz ko'rish
 - d) 6-oy davomida balog'at va yetuklik davrida hayz ko'rmaslik
 - e) jinsiy yetilish davrida ko'p qon ketishi

2. Yuvenil qon ketish bu...

- a) har 15-20 kunda tez-tez, ko'p miqdorda qon ketishi
- b) har 35-40 kunda kam-kam qon ketishi
- c) ayollarning jinsiy yetuklik davridagi qon ketish
- d) qiz bolalar voyaga yetishi davridagi qon ketish
- e) umuman hayz sikliga bog'liq bo'lmagan qon ketish

XXIV BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida birinchi o'rinni egallaydi. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tasnifiga uchta tamoyil asos qilib olingan.

Etiologik omil kasallik qo'zg'atuvchisi infeksiyon, mexanik, termik, kimyoviy, tromboz, qon quyilishi, to'qimalarning nekrozga uchrashi kabi omillar. **Infeksiyaning tarqalishi** limfagen yo'l bilan, gematogen yo'l bilan, kanalikulyar yo'l bilan. **Klinik o'tishi** o'tkir, yarim o'tkir, surunkali va kasallikning qayta qo'zg'alish davri. **Kasallik chaqiruvchi mikroblarning guruhlar** septik yallig'lanish kasalliklari, spesefik yallig'lanish kasalliklari. **Kasallik qamrab olgan joyiga qarab** tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi, ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi. **Infeksiya ekzogen va endogen yo'l bilan** yuqadi. Kasallikning klinik o'tishi qo'zg'atuvchisining virulentligiga hamda organizm himoya kuchining xususiyatlariga bog'liq.

TASHQI JINSIY A'ZOLARNING YALLIG'LANISHI

Vulvit – asosan jinsiy lablar yallig'lanishi. Ayol qinga kirish sohasi achishib, og'rib turganidan, qichishuvdan noliydi. Ko'zdan kechirilganda to'qimalar qizarib, shishgani, yiringsimon ajralmalar kelayotgani ko'rinadi, yaralar ham topilishi mumkin.

Davosi: 2% li borat kislota eritmasi, moychechak damlamasi bilan yuvib tozalab sintomitsin yoki streptosidli emulsiya surtiladi yoki primochka qilinadi, ya'ni eritmasi shimdirilgan salfetka bilan yopib qo'yiladi.

Bartolinit – katta vestibulyar bezlarning yallig'lanishi. Katta jinsiy lab sohasi qattiq og'rib, shishib ketishi va infiltratsiya paydo bo'lishi bilan

xarakterlanadi. Yallig'lanish yiringli bo'lsa, tana harorati ko'tariladi. O'tkir bosqichda bemorga o'rnidan turmay yotishi, zararlangan bez sohasiga muzli xalta qo'yish antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari buyuriladi.

Yiringli yallig'lanishda jarrohlik yo'l bilan davo qilinadi. Yiringlagan joyni yorib, bo'shlig'iga 10% gipertonik natriy xlor eritmasiga ho'llangan trundalar, so'ngra Vishnevskiy mazi surtilgan trundalar qo'yiladi. So'rilish bosqichida fizioterapevtik davo UVCh qo'llaniladi.

ICHKI JINSIY A'ZOLARNING YALLIG'LANISHI

Kolpit - qinning yallig'lanishi. Oqchil kelishi, qinning qichishib og'rib turishi. Ko'zdan kechirilganda qin devori qizargan, shishgan, ba'zan och qizil tusli mayda toshmalar va yiring g'uborlari borligi ko'rinadi. Trixomonadali kolpitda ajralmalar sarg'ish yashil ko'pikli, zamburug'li kolpitda, so'zmasimon, oq massa ko'rinishida. Kasallikni keltirib chiqaruvchi qo'zg'atuvchini hisobga olib davo qilinadi. Qiz bolalarda vulvovaginit ko'proq uchraydi. Sababi - ostrisalar, yot jismlar qinga kirib qolganda paydo bo'ladi. Davo yo'li etiologik faktorga bog'liq.

Endoservisit - bachadon bo'yni kanali shilliq pardasining yallig'lanishi. Klinikasi. Oqchil kelib turishi, dumg'aza sohasida tortib cho'zayotgandek bo'lib seziladigan og'riqlar tutib turishi. Qin ko'zgulari yordamida ko'zdan kechirib qaralsa, bachadon bo'yni kanali qizargan, bachadon bo'yni kanalidan shilimshiq yiringli ajralmalar kelib turgani topiladi.

Davosi. Antibiotikli, sulfanilamidli dori-darmonlar. Qinni chayib, mazli tamponlar qo'yish. Bachadon bo'yni kanaliga protorgol yoki lyugol eritmasi surib qo'yiladi.

Bachadon bo'yni eroziyasi - bachadon bo'yni tashqi teshik atrofidagi ko'p qavatli yassi epiteliyning zararlanishi, yara bo'lishi. Bachadon bo'yni qin qismi ko'p qavatli yassi epiteliylarning defekti chin eroziya deyiladi. Bachadon bo'yni kanalidan chiqadigan patologik ajralmalardan ta'sirlanib, eroziya paydo bo'ladi. Chin eroziya och qizil rangda, noto'g'ri shaklda, sal teginanda qonaydi. Bachadon bo'yni qin qismi epiteliylarining defekti yaralangan sohasiga silindrik epiteliylar

o'sib qoplab, go'yoki yara tuzalayotgan holatga keladi. Aslida bu holat tuzalish emas - soxta eroziya holati hisoblanadi. Silindrik epiteliyalar eroziyalangan sohadagi faoliyat ko'rsatib, sekret ajratib turgan bezlarning yo'lini bekitib qo'yadi va sekret to'plangan joyda maydamayda pufakchalar paydo bo'ladi, ularni Nabotov tuxumchalari (*ovuli Nabotici*) deb aytiladi. Psevdo eroziyada - silindirsimon epiteliy bilan to'lishib, eroziya yuzasi och qizil bo'lib ko'rinadi. Eroziyalar bachadon bo'yni kanalining yirtilib ketgan joylaridagi shilliq pardasi ag'darilib qolganda ham hosil bo'ladi (*eroziya ektropioni*).

Davosi: Shifobaxsh vannachalar, mikrobgga qarshi preparatlar, tamponlar qo'yiladi. Biopsiyadan keyin elektrokoagulatsiya. Krioterapiya. Lazer bilan davolash yangi usul hisoblanadi.

Endometrit - bachadon shilliq qavatining yallig'lanishi. Klinikasi qorinning pastki va dumg'aza sohasida simillab og'rib turishi. O'tkir shaklida tana haroratining ko'tarilishi, taxikardiya, et uvishishi ko'zga tashlanadi. Bimanual tekshirishda bachadon bezillab og'rishi, qisman kattalashuvi, bachadondan yiringli chiqindi kelishi kuzatiladi.

Salpingoofarit - (*adneksit*) bachadon ortiqlarining yallig'lanishi. Yallig'lanish jarayonlari zo'rayib borsa, bachadon ortiqlari sohasida xaltasimon yiringli o'sma - tubovarial o'sma (*pio - saktosalpink*s) paydo bo'ladi. Bachadon ortiqlarining yallig'lanishi farzandsizlikka, bachadondan tashqari homiladorlikka, hayz funksiyasining buzilishiga olib keladi.

Parametrit - bachadon atrofi kletchatkasining yallig'lanishi. Qorin pastida, oyoqlar va dumba sohasida og'riq, zo'r og'riqlar tufayli siyish va hojatga borishning qiyinlashib qolishi, umumiy ahvol yomonlashuvi, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Parametral infiltrat yiringlaganida qovuq yoki to'g'ri ichakka yorib chiqishi mumkin.

Pelvioperitonit - kichik chanoqdagi qorin pardasining yallig'lanishi bo'lib, qorinning pastida qattiq og'riq. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi. Qusish, qabziyat va qorin damlash hollari kuzatiladi. Intoksikatsiya belgilari: pulsning tezlashishi, arterial bosimning pasayishi, og'izning qurib qolishi, holsizlanishi bilan xarakterlanadi.

Peritonit - qorin pardasining tarqoq yallig'lanishi bo'lib, yiringli pelvioperitonitning zo'rayishi yoki bachadon ortiqlaridagi yiringlagan

joylarning yorilishi natijasida yuzaga keladi. Bunda intoksikatsiya zo'rayib borib, tana haroratining yuqori darajasigacha ko'tarilib ketishi, qorinning barcha bo'limlarida qorin pardasi ta'sirlanishiga xos alomatlarining ro'y-rost sezilishi bilan xarakterlanadi. Tezkor yo'l bilan davolanadi.

JINSIY A'ZOLAR YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH

Umumiy quvvatni oshiruvchi dorilar, bachadonni qisqartiruvchi preparatlar, antibakterial terapiya, sulfanilamid preparatlari, dezintoksikatsion terapiya, disensebillovchi terapiya, simptomatik davo, mahalliy davo, fizioterapevtik davo muolajalarini qo'llash tavsiya etiladi. Kasallikning o'tkir davrida yotoq rejimi, tinchlik, qorinning pastki qismiga muz xalta qo'yiladi. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarining profilaktikasi: hayz paytida, tug'ruq, abortdan keyin, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilib borish. Jinsiy hayot gigiyenasiga amal qilish. Abortlarni oldini olish. Organizmdagi barcha surunkali kasalliklarning o'choqlarini bartaraf etish.

QIZ BOLALARDA KO'PROQ UCHRAYDIGAN GINEKOLOGIK KASALLIKLAR

Vulvit – tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanishi.

Sabablari: 1. To'g'ri ichakdan o'tadigan gijjalar tufayli jinsiy a'zolarida qichishish yuzaga keladi va jarohatlangan teridan infeksiya kirishi; 2. Semirib ketgan qizlarning ko'p terlashi natijasida qichishib, terlar orqali tashqi jinsiy a'zoga infeksiya kirishi; 3. Follikulit, piodermit, chipqonlar ham infeksiya manbai bo'lib xizmat qiladi; 4. Siydik ta'sirida bichilib, vulvit paydo bo'ladi; 5. Qin va bachadonning turli kasalliklar natijasida ajraladigan chiqindilar sababli vulvit paydo bo'lishi mumkin.

Davosi: Tashqi jinsiy soha tuklarini olib tashlab, gigiyenik omillardan foydalanish, antiseptik eritmadlar bilan yuvish. Bemor o'rinda yotishi, ovqatlanish rejimiga rioya qilish, umumiy quvvatni oshiradigan dorilar tavsiya etish.

Vulvovaginit – tashqi jinsiy a'zo va qinning yallig'lanishi. Spesefik va nospesefik yallig'lanishga bo'linadi. Vulvovaginitlarni keltirib chiqaradigan sabablar asosan yosh qizlarda qinga yot jismlarning kirib qolishi (o'yinchoqlarning mayda qismlari va shunga o'xshash narsalar), ko'pincha gijja kasalliklari (ostrisa), shikastlanishlar hisoblanadi. Diagnostikasida bemor qiz bolalarni ko'zdan kechirish, o'zidan va onasidan anamnez yig'ish, quloq voronkasi orqali vaginoskopiya qilish, sistoskopni qizlik pardasidan ohista kiritib, vaginoskopiya qilish yetarli samara beradi. Qo'shimcha tekshirish usullaridan bazal haroratni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Laboratoriya tekshirish usullarida keskin kamqonlik aniqlanishi mumkin.

Davolash: Ingichka kateter yordamida dezinfeksiya qiladigan eritmalar rivanol(1:5000), Furatsilin (1:10000), vodorod peroksidi 3% li eritmasi bilan qinni chayiladi. Qinga ekmalin(10MLN), penitsillin30000 birlikda, dizosin 4 ml 0,25% li bolon yordamida purkab turiladi. Polimiksin, furazolidon, neomitsin 100000 bir. Og'riqni kamaytirish va yallig'lanish jarayoniga qarshi dori vositalarini qo'llash tavsiya etiladi.

Nazorat savollari:

1. Ayol jinsiy a'zolarinig yallig'lanish kasalliklari qo'zg'atuvchilari, tarqalish yo'llari.
2. Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tasnifi.
3. Tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi.
4. Ichki jinsiy a'zolar yallig'lanishi.

Tayanch so'z va iboralar:

Vulvit, bartolinit, vaginit, kolpit, ektropion, endoservisit, psevdoroziya, chin eroziya, endometrit, biopsiya, krioterapiya, fizioterpiya.

Test savollari:

1. Vaginit bu...

- a) tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishi
- b) qinning yallig'lanishi
- c) bachadon shilliq qavatining yallig'lanishi
- d) bachadon naylarining yallig'lanishi
- e) qorin pardaning yallig'lanishi

2. Endometritda quyidagi belgilar ko'zga tashlanadi

- a) tashqi jinsiy a'zolar qichishi.
- b) bachadondan qon kelishi
- c) bachadondan yiringli chiqindi kelishi, bachadon bezillab turishi va salgina kattalashuvi.
- d) bachadon bo'yni kanali qizarib turishi.
- e) qin devori shishib, qizarib turishi.

XXV BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING YUQUMLI KASALLIKLARI

Trixomoniaz. Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm – qin trixomanadalarini chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi – kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko'zga tashlanavermaydi. O'tkir trixomoniyada ayollarda qindan ko'piksimon, yashil tusli, badbo'y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo'lishi mumkin. Obyektiv tekshirib ko'rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomoniaz to'g'risida 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'shib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachasiga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagida ko'rilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dumli va yadrosi bo'lgan trixomonoslar topilishi trixomoniaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari, qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib 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, 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. Kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi – trixomoniaz bilan kasallangan bemorlar 7 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (trixopol, tinidazol) tabletkasidan ichishi va bir vaqtning o'zida qinga ham qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi. 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 JYOYuK ning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba'zi 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 bo'lgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og'riq va achishish (dizuriya) paydo bo'lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So'zakning o'tkir darajasida bemolarni 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, pleveopertonit 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. Erkaklarda 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 (erkaklarda 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. Bakterioskopiyada har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir-biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokkolarni ko'rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi. Surunkali so'zakni poliklinika, xotin-qizlar maslahatxonalarida sharoitida maxsus provakatsiya (sun'iy ravishda kasallik xurujini chaqirish) -

biologik, fiziologik, kimyoviy, termik usullar yordamida kasallikni aniqlash mumkin. Bu haqida ginekologiya kitobida yetarlicha ma'lumot berilgan.

Davolash. O'tkir so'zakni davolashda bir marotaba 500 mg miqdorda siprofloksatsin, 400 mg miqdorda sefiksin ichiladi. Bundan tashqari, mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim+400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim, Oripriim), 3 kun davomida 10 tabletka ichiladi. 250 mg seftriakson (rosefin), 2 gr spektinomitsin yoki 2 gr kanamitsin muskul orasiga inyeksiya qilinadi. Kasallikni davolashda albatta er-xotin jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanganlik kriteriyalari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

Xlamidioz. Xlamidioz cheamydia 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'zolarga 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 servisit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yo'llardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, og'riqli bo'lishi, achishi kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi – xlamidioz ko'pincha jinsiy a'zolar yallig'lanish 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 hisoblanadi.

Davolash – 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksisisiklin ichiladi, umumiy dozasi 2 mgga yetishi kerak. Tetrasiklin 500 mgdan 4

marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun davomida ichiladi.

Genital herpes. 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'zolarining teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a'zolarida kasallik chaqiradi.

Klinikasi - herpesning 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 xarakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o'rnida og'riqli yaralar paydo bo'ladi, yaralar 2-4 haftada chandiqlik 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 - agarda herpesga xos klinik belgilar rivojlansa diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Anamnezi, shikoyati va obyektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologik tekshiruv natijasida herpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

Davolash - 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mgdan Asiklovir (Zoviraks, Famvir va boshqalar) ichiladi.

Zaxm. Zaxm (yunoncha sifilis) surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, uni oqish treponema (spirocheta pallida) qo'zg'atadi. 1905-yilda F. Shaudin va Ye. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Oqish treponema ilgarilanma, mayatniksimon, to'lqinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali tushadi. U bemor qonida, terisidagi yarada, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, nerv to'qimalarida va umuman, hamma a'zolarida hatto sutida yoki erkak shahvatida ham bo'ladi. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbaadir. Sog'lom kishi bilan o'pishganda, jinsiy aloqa qilganida, idish tovoqlaridan foydalanganida kasallik yuqadi.

Zaxmning birlamchi davri. Bu terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo'lganidan to teri va shilliq qavatlarda ikkilamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Bu muddat 6-7 haftani tashkil qiladi.

Qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng birlamchi zaxmning ikkinchi simptomi kuzatiladi, bunda regionar limfa tugunlari yallig'lanib shishadi, kattalashadi va biroz qattiqlashadi. Limfa tugunlaridagi oqish treponemalar limfa tomirlari orqali qonga tushadi va organizmda zaxm infeksiyasiga qarshi immunologik o'zgarishlarni vujudga keltiradi. Birlamchi zaxmning birinchi 3 haftasida Vasserman va cho'kma reaksiyalar manfiy bo'ladi, keyinchalik esa (odatda, qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng 4 hafta o'tgach) serologik reaksiyalar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm).

Zaxmning ikkilamchi davri odatda, qattiq shankr paydo bo'lganidan so'ng 6-7 hafta o'tgach boshlanadi. Shilliq qavatlarda rozeolyoz, papulyoz toshmalar toshadi. Zaxmning ikkilamchi davri 2-4 yil davom etib, bunda serologik reaksiyalar musbat bo'ladi. Ikkilamchi davrda toshmalar toshishi 3-4 marta qaytalanishi mumkin.

Zaxmning uchinchi davri, bemorning hammasiga ham kuzatilavermaydi. Vaqt o'tishi bilan organizmdagi oqish treponemalar soni kamayadi, lekin to'qimalarning infeksiya qo'zg'atuvchisiga nisbatan bo'lgan sensibilizatsiyasi oshadi. Yallig'langan infiltratlar, olcha donagidek do'mboqchalar yoki tuxumdek, ba'zan undan kattaroq gummalar paydo bo'lib, to'qimalarni yemiradi, yaraga aylanadi va chandiqlanib bitadi. Miya, yurak, tomir, jigar, kabi hayot uchun muhim a'zolar zararlansa, bemor hayoti xavf ostida qoladi, yuz zararlangan bo'lsa, burun skeleti yemirilib, bemor badbashara, burni egarsimon bo'lib qoladi. Harakat, ko'ruv, eshituv a'zolari, asab tizimining zararlanishi kishini umrbod nogiron qilib qo'yadi.

Yashirin zaxm. Yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarning badan terisi, shilliq qavatlari, ichki a'zolari, nerv sistemasi, harakat a'zolari tomonidan zaxmning klinik ko'rinishlari kuzatilmaydi.

Yashirin zaxmning erta va kechki hamda noma'lum turlari tafovut qilinadi. Erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlar terisi va shilliq qavatlarida yuqumli toshmalar toshishi mumkin. Anamnezni sinchkovlik

bilan yigish, bemorlar bilan jinsiy aloqada bo'lgan kishilarni tekshirish yashirin zaxmning muddatini va prognozini aniqlashga yordam beradi: kasallanish muddati qancha qisqa bo'lsa, prognoz shuncha yaxshi bo'ladi. Kechki yashirin zaxm epidemiologik jihatdan xavfli emas. Zaxmnig bu xili bilan og'rikan bemorni asosan serologik reaksiyalar va profilaktik tekshirish vaqtida aniqlanadi. Zaxm infeksiyasining simptomlarsiz kechishining sabablari hali to'liq ma'lum emas. Ba'zi olimlar fikricha, kasallikning bunday kechishi makroorganizm va mikroorganizm orasidagi muvozanatga ko'p jihatdan bog'liq. Bunda oqish treponema organizmning spesefik va tabiiy rezistentligini yenga olmaydi va kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi. Organizmning immun sistemasi esa oqish treponemalarni butunlay nobud qilish qobiliyatiga ega bo'lmaydi.

Tug'ma zaxm. Zaxm bilan kasallangan homilador onadan zaxm infeksiyasi qorindagi homilaga o'tadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deyiladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab 4 turga bo'linadi: 1. Homila zaxmi. 2. Erta tug'ma zaxm (tug'ilgandan to 4 yoshgacha bo'lgan davr). 3. Kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda). 4. Yashirin tug'ma zaxm turli yoshda uchraydi.

Zaxm infeksiyasi homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'sir ko'rsatadi. Zaxm bilan og'rikan homilador ayol spesifik davo olmasa, u holda 24-28 haftalar orasida uning bolasi nobud bo'lib tushadi yoki tug'ma zaxm belgilari bilan tug'iladi. Homiladorlikning 28 haftasigacha spesifik davo olgan ayolning bolasida tug'ma zaxm belgilari rivojlanmaydi. Homilador ayol ultratovush bilan tekshirilganda yo'ldoshning haddan tashqari qalinligi va anatomik strukturasi buzilgani aniqlanadi. Zaxm infeksiyasi bilan zararlangan homilada gepatosplenomegaliya, me'da ichak tizimining obstruksiyasi (berkilishi) kuzatiladi. Zaxm bilan og'rikan homilador ayolning nerv muskul apparati energetik qobiliyatining pasayishi oqibatida tug'ishning birlamchi va ikkilamchi jarayoni sustlashadi, tug'ruq faoliyati diskoordinatsiyasi va yo'ldosh tushish vaqtining uzayishi kuzatiladi. Zaxm infeksiyasi homilador ayoldagi gestozning rivojlanishi va og'ir kechishiga ham o'z ta'sirini o'tkazadi.

Davolash. 1. Benzatin penitsillin sutkalik dozasi 2,4 mln BRni tashkil etadi. Shu dozani kuniga 2 marta yuboriladi. 2. Prokain penitsillin 600000 BR muskul orasiga 10 – 14 kun davomida. 3. Benzil penitsillin 1 mln dan har kuni muskul orasiga 10 – 14 kun, 4. Doksisisiklin 200 mg dan har kuni yoki 100 mgdan, 2 mahal 14 kun, 5. Tetrasiklin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 6. Eritromitsin 500 mg dan kuniga 4 mahal 14 kun. 7. Azitromitsin 500 mg dan kuniga 1 marta 10 kun. 8. Seftriakson 250 – 500 mg dan muskul orasiga, kuniga 1 marta, 10 kun yuborilishi tavsiya etiladi.

Kandidoz (Achitqi infeksiyasi). Klinikasi – ayollarda qindan soʻzmasimon oq rangli ajralma kelishi, qin yoki tashqi jinsiy aʼzolarning qichishi, erkaklarda esa qichishadigan balanopastit boʻlishi.

Yuqish yoʻli – xuddi bakterial vaginoz singari.

Diagnostikasi – kasallik simptomlariga asoslanadi hamda qindan surtma olib, tuzli eritma tomizilib, mikroskop ostida koʻrilganda achitqi zamburugʻlarini koʻrish mumkin.

Davolash – ayollarda mahalliy davo qilinadi. Zamburugʻlarga qarshi – nistatin, 2 hafta davomida 100000 tibbiy birlikdagi tabletkadan har kuni kechqurun ichish, 7 kun davomida qinga klotrimazol, levorin mazidan tampon qoʻyish yoki mikonazol, nistatin shamchalari qoʻyiladi.

Erkaklarda kandidozli balanit boʻlganda kasal joyga gensian violet eritmasi yoki nistatinli krem surtib, kasallik belgilari yoʻqulganicha davolanadi.

ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI (OITS)

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi tez tarqaluvchi jinsiy yoʻl bilan yuqadigan kasallik hisoblanadi.

OITS birinchi boʻlib 1981-yilda qayd etilgan. Uni keltirib chiqaruvchi virus 1983-yilda aniqlangan, odam immun tanqisligi virusi (OIV-VICH) hisoblanadi.

Kasallikning tarqalganlik darajasi. Dunyoning koʻpgina mintaqalaridan olingan maʼlumotlar haqiqatga unchalik yaqin boʻlmasada, Butun jahon sogʻliqni saqlash tashkilotining axborotlariga koʻra koʻpgina mamlakatlarda bu kasallik keng tarqalmoqda, hattoki haqiqiy epidemiya holati sodir boʻlmoqda.

OITS ning oqibati asosiy e'tiborni o'ziga qaratmoqda, chunki bu kasallik asosan yosh kishilarda va inson umrining sermahsul davriga to'g'ri keladi. AQSH, Braziliyada OITS keng tarqalgan. Buyuk Britaniya, Meksikada kasallik o'rtacha darajada tarqalgan mamlakatlar hisoblanadi.

Odam 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-limfositlarini yemiradi, OIV tinch osuda holatidan faollikka o'tish xususiyatiga ega. Ayniqsa, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIV ning 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. OIV ni 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 mln. gacha kishini tashkil etadi. 1990-yilda esa ularning soni 100 mln. dan 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 holi 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. AQSH da 1988-yilda 73000 dan ziyod kasallik qayd etilgan bo'lib, uning 56%i olamdan ko'z yumgan. 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.

JSST kasallik tarqalishining quyidagicha variantlarini tavsiya etadi.

I variant. Shimoliy Amerika, G'arbiy Yevropa, Avstraliya, Yangi Zelandiya va Janubiy Amerikaning ba'zi bir mintaqalariga xos bo'lib, bu mamlakatlarda 80% hollarda OITS gomoseksualist erkaklarda, narkomanlarda (narkotik moddalarni vena ichiga qabul qiladiganlarda) qayd etilgan.

II variant. Afrika qit'asi mamlakatlari va Janubiy Amerikaning ba'zi mintaqalariga xos. Bu mamlakatlarda OITS kasalligi geteroseksualistlar orasida uchraydi. Uning 25% 20-40 yoshli aholi o'rtasida. Asosan fohishalarning 90% OIV ni yuqtirib olgan. Infeksiyaning asosiy manbai ko'p kishi bilan xususan JYOYuK lar bilan jinsiy aloqada bo'lish hisoblanadi.

III variant. Sharqiy Yevropa, Osiyo mamlakatlari va Janubiy Amerikaning qishloq tumanlariga xos bo'lib, bu yerlarga kasallik yaqin yillar davomida kirib kelgan. Bu mintaqalarda kasallikning tarqalishi keyingi yillarda aholining chet mamlakatlarga turli sabablarga ko'ra borib kelishlari, ular orasida fohishabozlikning rivojlanishi, kasallikni yuqtirib kelib, boshqalarga yuqtirishlari asosiy sabab bo'lmoqda.

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 inyeksiya 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.

OIV ni qonda, so'lakda, spermada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo'lindi. Asosan OIV qondagi limfosit, monositlarda, sperma va qin chiqindilarida jon saqlashi ma'lum.

Profilaktikasi

Hozirgi davrda OIV yuqtirishdan saqlanish OITS epidemiyasining oldini olishning yagona yo'li hisoblanadi.

OITS ga qarshi kurashning asosiy hal qiluvchi jihatlaridan biri bu xavfsiz jinsiy aloqa vositalarini targ'ibot qilish va JIOYuKning 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 ishlarini 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 bilan jinsiy aloqada bo'lmaslik, prezervativlardan foydalanish, narkomaniyaga qarshi kurash, turli xil inyeksiyalardan 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 belgilersiz 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:

1. Infeksiyaning boshlang'ich bosqichi. Aksariyat hollarda kasallikni yuqtirgan mijozlar hech narsadan shikoyat qilishmaydilar. Onda-sonda bemorlar isitmasining oshishi, darmonsizlik, charchoq va muskullarda og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Odatda, zararlanishdan 12-14 hafta o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar - antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oylar o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

2. OIV ni klinik belgilarisiz tarqalish bosqichi. OIV ni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham, ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imkoniyati bo'ladi.

3. 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 qinda kandidozga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat bir yil va undan ko'proq cho'zilishi mumkin.

4. 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'i nazar);

d) limfa tizimining OIV infeksiyasi bilan bog'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;

e) organizmdan OIV ning ajralib chiqishi;

f) kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

Diagnostikasi.

Organizmda OIV ga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning 1-11 bosqichlari, diagnostikasi uchun laboratoriya tekshirish yagona usul hisoblanadi. Kasal kishi bilan kontaktda bo'lgandan keyin organizmda o'rtacha 12 haftalardan keyin OIV ga qarshi antitela ishlab chiqiladi.

O'zbekiston Respublikasining barcha viloyatlarida OITS ga qarshi kurash markazlari faoliyat ko'rsatadi va ular qoshida maxsus laboratoriyalar mavjud bo'lib, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan va OITS ni laboratoriya usulida aniqlash imkoniyatiga ega.

OITS ni klinik manzarasiga qarab uning Sh-1U bosqichlarida faqatgina yuqumli kasalliklar mutaxassislari aniqlashi mumkin, agarda mijozda quyidagi belgilar aniq ko'zga tashlansa:

- a) tana vaznining 10% dan ko'proq miqdorda ozishi;
- b) bir oydan uzoqroq muddatda surunkali ich ketishi;
- d) bir oydan ko'proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;
- e) doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho'zilgan yo'tal;
- f) terida toshmalar keng tarqalgan;
- g) og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;
- h) limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

Yuqorida qayd etilgan klinik belgilar paydo bo'lishiga qarab malakali mutaxassislar OITS ning Sh-1U bosqichini aniqlashlari mumkin. Eng ishonchli diagnostik usul sifatida albatta OIV ni laboratoriya tekshirishi yo'li bilan aniqlash kasallik to'g'risida ishonchli ma'lumot beradi.

Davolash.

Bugungi kunga qadar OITS ni davolashning, ya'ni OIV ga kurashi antivirus preparatlarini qo'llashning aniq bir usuli ma'lum emas, lekin hozirga 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.

1. OIV bilan zararlangan yoki uning xavfi bo'lgan kishilar bilan jinsiy aloqadan o'zini tiyish.
2. Hayotda faqat bitta jinsiy juft bilan yashash.
3. Tartibsiz jinsiy hayotda bo'lgan mijozdan o'zini chetga olish.
4. Jinsiy aloqa paytida prezervativlardan foydalanish.

Mabodo OIV bilan zararlangan kishilar bo'lsa, infeksiyani boshqalarga yuqtirmaslik maqsadida quyidagilarga amal qilish lozim:

1. Turli xil kasalliklardan o'zini asrash. Chunki har turli yuqumli kasalliklar immun tizimini ishdan chiqarishi, organizmni toliqtirishini unutmang.

2. Mabodo biror bir juft bilan jinsiy aloqada bo'lishni rejalashtirsangiz, o'zingizda OIV borligi haqida juftingizni ogohlantiring.

3. Donorlik qoni, spermasi va transplantatsiya uchun organ va to'qimalarni berishdan o'zingizni saqlang.

4. 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. JYOYuK ning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik, o'smirlar, yosh yigit-qizlar orasida keng qamrovli sanitariya-maorif va profilaktika ishlarini olib borish, alkogolizm va narkomaniyaga qarshi kurashish, sog'lom turmush tarziga amal qilish asr vabosiga aylanayotgan mudhish kasalliklarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Nazorat uchun savollar:

1. JYOYuK larning tasnifi.
2. JYOYuK larning asoratlari.
3. JYOYuK xavfli guruhiga kiruvchi shaxslar.
4. JYOYuK yuqish yo'li va profilaktikasi.
5. OITS (ortirilgan immun tanqisligi sindromi) yuqish yo'llari, simptomlari, davosi.
6. Urogenital kandidoz. Achitqi infeksiyasi.
7. Trixomoniaz klinikasi, diagnostikasi va davolash.
8. Xlamidioz. Erkaklardagi va ayollardagi klinik belgilari diagnostikasi, davosi.
9. Donovanoz klinikasi, diagnostikasi, davosi. (Chov granulemasi).
10. Jinsiy a'zolar sohasi uchug'i. (Genital herpes)
12. So'zak sabablari, tasnifi, diagnostikasi, davosi.
13. Zaxm.

Tayanch so'z va iboralar:

JYOYuK

Kandidoz

Xlamidioz

Genital herpes

Bakteriologik tekshiruv

So'zak

OITS

Trixomoniaz

Donovanoz

Bakterioskopik tekshiruv

Zaxm

XXVI BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING O'SMA KASALLIKLARI

Chin o'smalar a'zo va organlarning xususiy to'qimalaridan iborat tuzilmalardir. Shishsimon o'smalar esa biror bir bezlarning sekret chiqarish yo'li bekilib qolishi hisobiga suyuqlik to'planib, kattalashuvi, ular tovuq tuxumidan ayol kishi mushtidek o'lchamda bo'ladi. O'smalarni morfologik tuzilishi va klinik jihatdan o'tishiga qarab xavfsiz va xavfli o'smaga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar qaysi a'zoda yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha a'zo doirasidan tashqariga chiqmaydi.

XAVFLI VA XAVFSIZ O'SMALAR HAQIDA TUSHUNCHA

Xavfli o'smalar quyidagi xususiyatlarga ega bo'ladi:

1. Taraqqiy etish jarayonida tevarak-atrofdagi to'qimalarni o'rab o'sadi, ularni yemirib boradi (o'smaning atipik, infiltratsiyalanuvchi, destruktiv o'sishi deb shunga aytiladi). 2. Birlamchi o'sma olib tashlangandan keyin residiv va metastaz beradi. 3. Bemorning umumiy ahvoliga va modda almashinuviga yomon ta'sir qilib, ko'pincha kaxeziyaga (cho'pday ozib ketishga) olib keladi.

Xavfsiz o'smalar esa shu organning to'qimalaridan tashqariga qo'shni a'zolarga tarqalmaydi, ularni qisishi, funksiyasiga ta'sir etishi mumkin. Ba'zi yaxshi sifatli o'smalar bemorni umumiy ahvoliga ta'sir qilishi mumkin. Masalan: fibromiomalarda uzoq vaqt qon ketishi tufayli anemiyaga olib keladi. Yaxshi sifatli o'smalar o'zgarib yomon sifatli o'smaga aylanishi malignizatsiya deyiladi. O'smaga o'xshaydigan tuzilmalmarga retension kistalar kiradi. (retintio-to'xtatmoq) ular biron bir bez sekretini to'xtalib qolishi yoki patologik produktlarning (ekssudatlar, transsudatlar, suyuq qonning) bo'shliqlarda saqlanib qolishidan hosil bo'ladi. Retension kistalar tevarak-atrofga tomon o'sib bormaydi, ichidagi suyuqlik ko'payib borishi hisobidan kattalashadi, oyoqchalik bo'lishi mumkin. Bunday o'smalarga follikulyar kista, sariq tanacha kistalari, paraovariol, intraligamentar kistalar va qindagi Gartner, Folf yo'li kistalari kiradi.

BACHADONNING XAVFSIZ O'SMALARI

Bachadon miomasi deb, mushak to'qimasidan, fibromioma deb, biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan, gormonlarga moyil bo'lgan xavfsiz o'smaga aytiladi. Mioma keng tarqalgan kasallik bo'lib, ginekologik bemorlarning 10-27%da, 30 yoshga yetgan bemorlarning 20% da, 40 yoshdan katta bemorlarning esa 40% da uchraydi. Ayollar organizmida bachadon miomasining kelib chiqishi, asosan, gormonal o'zgarishlar tufayli, ya'ni gipotalamus-gipofiz-buyrakusti bezi, tuxumdonlar orasidagi munosabatning biron-bir qismining shikastlanishi hamda bachadondagi o'zgarishlar natijasida xususan miometriyning giperplaziyasi tufayli vujudga kelishi mumkin.

Gipofizning gonadotrop gormoni tekshirilganda, hayz sikli davomida organizmda progesteron gormonining miqdori kamligi, bu esa, o'z navbatida, hayz siklining ikkinchi davri yetishmovchiligiga olib kelishi aniqlangan. 70-80% hollarda bachadon miomasi bemorlarda patologik hayz sikli mavjudligini ko'rsatadi. 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 qilinadi.

Klinikasi. Ayrim hollarda bachadon miomasi hech qanday belgilersiz kechadi, ayollarda shikoyatlar bo'lmaydi, ammo profilaktika maqsadida ayol tekshirilganda aniqlanadi. 60-80% hollarda asosiy belgilardan biri bemorda qon ketishi hisoblanadi. Qon ketishi alomatlari turli bemorlarda turlicha kechadi. Ba'zilarida hayz sikli uzayishi yoki hayz vaqtida qon miqdorining biroz ko'payishi – menorragiya kuzatilsa, ba'zilarida tartibsiz, juda ko'p to'xtovsiz qon ketib, og'ir turdagi kamqonlik kasalligiga sabab bo'lishi mumkin. Hayz 10-12 kungacha davom etib, juda ko'p miqdorda qon ketadi, bunga giperpolimenoreya deyiladi. Miomalarda ko'p uchraydigan belgilardan yana biri og'riqdir. Og'riq hudi 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. Og'riq, asosan, o'smaning o'lchamiga va uning qayerda joylashganligiga bog'liq. Agar o'sma butun kichik chanoq bo'shlig'ini to'ldirib turgan bo'lsa, o'sma qo'shni a'zolar

faoliyatini buzadi. Bachadon shilliq qavati ostida joylashgan o'smalarda hayz ko'rish vaqtida yig'ilgan qonni hamda shu bilan birga, shilliq qavat ostidagi o'smani ham bachadondan tashqariga chiqarishda kuchli dardsimon og'riq paydo bo'ladi. O'smaning infeksiyalanishi kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarining yallig'lanishi, bachadon miomasi birga uchraganda 2/3 hollarda bemorlarda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq subseroz o'sma oyoqchasi buralib qolgan vaqtda ham sodir bo'ladi, chunki bunda o'sma oyoqchasi tarkibidagi qon tomirlar buralib siqiladi o'smaning oziqlanishi buziladi.

Davosi. Miomasi bo'lgan hamma ayollar dastlab umumiy davolanadilar, konservativ davolash usuli samara bermasa, operatsiya yo'li bilan bachadon olib tashlanadi.

Endometrioz. Endometrioz deb, bachadon shilliq qavati (endometriy), hujayrasining bachadondan tashqarida joylashib, taraqqiy etishiga aytiladi. Endometrioz joylashgan o'choqda proliferatsiya, sekretsia yoki hayz ko'rganda ajraladigan qonga o'xshash qon quyilish belgilari, ya'ni bachadon shilliq qavatidagi tuxumdondan ajralib chiqadigan steroid va gonadotrop gormonlar ta'sirida bo'ladigan siklik o'zgarishlarga o'xshash alomatlar kuzatiladi. Endometriozlar o'z atrofida joylashgan to'qimalarga o'sib kirish xususiyatiga ega. Bu bilan to'qimalarga proteolitik ta'sir qilib ularni parchalab, undan ham chuqurroqdagi qismlarni zararlantirishi mumkin. Endometrioz chegarasi notekis bo'lib, u seroz, mushak va shilliq qavatlarga, teriga, suyakusti pardasiga, hatto suyak to'qimasiga ham o'sib kiradi. Endometrioz pufakchasi yorilganda a'zoning hamma qismlariga qon, limfa yo'llari orqali tarqalishi kuzatiladi. Ginekologik kasalliklar orasida endometrioz 8-30% hollarda uchraydi.

Klinikasi endometriozning qaysi sohada joylashganligiga bog'liq. Endometriozning asosiy va doimiy belgilaridan biri - og'riqdir. Bemor qorinning pastki sohasida va belida kuchsiz, uzoq davom etadigan og'riqdan, hayz sikli davrida og'riqlar kuchayganligidan shikoyat qiladi. Og'riq hayz kunlaridan oldin paydo bo'lib, kuchayib hayz kunlari va undan keyin ham bemorni bezovta qiladi. Bu og'riqlar endometrioz o'chog'idagi bez to'qimalarning bo'rtishi, to'qimalarning ichi berk bo'shliqlarida suyuqlikning to'planishi natijasida kelib chiqadi. Bachadon endometriози hayz siklining buzilishiga, qo'shni a'zoldan

- to'g'ri ichak, siydik chiqarish yo'llari faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra ayol siyish vaqtida og'riqlar bo'lishidan, tez-tez siyishidan shikoyat qiladi. Endometrioz bilan kasallangan a'zo hayz ko'rish oldidan kattalashganini va hayzdan so'ng esa yana dastlabki hajmda bo'lishi kuzatiladi. Bemorda ovulatsiya jarayoni bo'lmasligi tufayli sekretor fazaning yetarlicha rivojlanmaganligi, kichik chanoq bo'shlig'idagi a'zolarida ko'pincha yallig'lanish alomatlari bilan birgalikda kechganligi sababli chandiqlar paydo bo'ladi, bepushtlikka sabab bo'ladi.

Davosi. Bemorning yoshi, lokalizatsiyasi, tarqalish darajasi, atrof to'qimaning yallig'lanish alomatlari bor-yo'qligiga qarab konservativ yoki operativ davolanadi.

Tuxumdonning xavfsiz o'smalari. Tuxumdon o'smalari ayolning turli yosh davrlarida uchrab ginekologik kasalliklarning 6-8 %ni tashkil etadi. Bu kasallik juda xavfli, chunki asta-sekin o'sib, hech qanday belgi bermaydi. Asoratlari qo'shilgandan keyin belgilar paydo bo'ladi afsuski bu paytda davolashning foydasi bo'lmaydi. Ko'pincha tuxumdon o'smalari 20 dan 40 yoshgacha uchraydi, 20-25% hollarda xavfli o'smalarga aylanadi.

Tasnifi. Tuxumdonning chin o'smasi - "kistoma", retension yoki shishsimon o'smalari - "kista" deb yuritiladi. Retension kistalar sekret tutilib qolishi bo'lib, bu o'smasimon kistalar bezlarining ishlab chiqargan sekretlari to'planib qolishi natijasida paydo bo'ladi va kistalarning 34% ini tashkil etadi. Follikulyar kista (75%), sariq tana kistasi (5%), tuboovarial, paraovarial, intraligamentar kistalar (10%) ni tashkil etadi. Tuxumdonda endometrioz kistalar ham uchraydi. Follikulyar kistalar ko'pincha mioma bo'lganda, lyutein kistalar esa yelbo'g'oz va xorionepiteliomada uchraydi. Follikulalar yorilmay qolib, sariq so'nmasdan rivojlanadi, ya'ni hayz siklining izdan chiqishi kuzatiladi. Bu kistalar yumaloq shaklli, diametri 6-8 sm dan oshmaydi va ko'pincha klinik belgilersiz kechadi. Kistalar oyoqchalari buralishi tufayli kamdan-kam hollarda o'tkir qorin belgilari kuzatiladi. Retension kistalar odatda, konservativ usulda davolanadi (yallig'lanish jarayoniga qarshi preparatlar, immunokorrektorlar).

Blastomatoz kistomalar chin o'smalar bo'lib, tuxumdon o'smalarning 66% ini tashkil qiladi. To'qimalar proliferatsiyasi, bo'shliqlarning suyuqlik bilan to'lishi tufayli o'smalar o'sishi kuzatiladi. Turli-tuman to'qimalardan o'sishi bo'yicha - epitelial, biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan, teratoid va gormonal tuxumdon o'smalariga bo'linadi. Chin o'smalar, o'z navbatida, xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi. Xavfsiz o'smalar tuxumdon tashqarisiga chiqmay o'sib boradi. Oddiy seroz kistomalar eng ko'p uchraydigan tuxumdon o'smalaridan biri hisoblanadi. Uning hajmi 8 sm dan 30-40 sm gacha kattalashishi, hatto butun qorin bo'shlig'ini egallashi mumkin. Kistoma odatda, bir kamerali, po'stlog'i yupqa, tekis shar shaklida, elastik konsistensiyali bo'ladi. Uning bo'shlig'ida seroz suyuqligi yig'iladi. O'sma ko'pincha bir tomonda - chap yoki o'ng tomonda joylashadi va qorin ichida harakatchan bo'ladi, chunki uning tuxumdon boylamlari va bachadon naylaridan iborat anatomik "oyoqchasi" bor. Kistoma o'sgan sari bu boylamlar cho'ziladi, bir-biriga yaqinlashib o'smaning oyoqchasini paydo qiladi. Ayol yumush qilganda, egilganda, yonboshi bilan yotganda o'sma chapdan o'ngga yoki o'ngdan chapga siljib turadi va ko'pincha 180-360 gradusga aylanib qolishi mumkin. Bemor bunda qorin pastida bexosdan qattiq og'riq sezadi, ko'ngil aynishi, qayt qilishi mumkin, tomir urishi tezlashib, qorin pastida Shyotkin-Blyumberg belgisi paydo bo'ladi. Bu holat "o'tkir qorin" deb aytiladi. Bunday holda bemor tezda ginekologiya bo'limiga yotqizilib, darhol operatsiya qilinishi kerak. Tuxumdon fibromasi shu a'zoning biriktiruvchi to'qimasidan kelib chiqqan o'sma deb qabul qilingan. Tuxumdon fibromasi kam (7-5%), ko'pincha bachadon miomasi bilan birga uchraydi.

Teratomalarning eng tipik shakllari dermoidlardir. Dermoidlar xavfsiz o'smalardan bo'lib, jami tuxumdon o'smalarining taxminan 10% ni tashkil etadi. Ularning tuzilishida, odatda, uchala embrional qavat qatnashadi. Dermoidlar sharsimon silliq o'smalardan iborat bo'lib, sekin o'sadi, harakati chegaralangan va ko'pincha bachadon bilan qovuq o'rtasidagi bo'shliqdan joy oladi. Dermoid kista kesilganda suyuqlik to'la xaltachaga o'xshaydi. Bu suyuqlik, uy haroratida qotib yog'simon massa hosil qiladi. Ko'pincha yog'simon massa tarkibida inson embrional taraqqiyotining birlamchi davridagi elementlar - soch, tish, tirnoq va shunga o'xshash elementlar topiladi.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING XAFVLI O'SMALARI

Tashqi jinsiy a'zolar raki. Vulva raki 2-3% uchraydi (yoshlarda kam, qarilarda 70 yoshda ko'proq uchraydi) leykoplakiya, krouroz, eritroplniyadan keyin rakka olib kelishi mumkin. Simptomlari: jinsiy a'zolarida "so'gal" o'smalar paydo bo'lishidan boshlanadi. Bu o'simtalar sekin-asta kattalashib, tez yara bo'ladi. Vulvaning ko'p qismi zararlanganda ham o'sma siydik chiqarish kanaliga uzoq vaqt yoyilmay turadi. Chov limfa tugunlarida metastaz paydo bo'ladi. O'sma shakli har xil: Teridan ko'tarilib turadigan ekzofit tuzilmalar; zich diffuz infiltratlar; ko'pincha infiltrativ asosli va chekkasi zich noaniq qirrali yaralar paydo bo'ladi.

Ayol uretrasining raki kam uchraydi, uretra rakining turli shakllari uchrashi mumkin. 1. Ekzofit o'smalar - ko'pincha yaralanib va patologik karash bilan qoplanib turadi. Uretra devorlariga 2-3 sm chuqurlikda infiltratsiya beradi. 2. Polip yoki polipoz tuzilmalar. 3. Yarali shakli. Siydik chiqarish kanali sohasi bo'ylab, klitor sohasidagi to'qimalarning infiltratsiyalanishi yoki uretra bo'ylab qin oldingi devorining infiltratsiyalanishi. 4. Butun uretrada zich infiltratsiya paydo bo'lib, ayrim joylar yaralanadi.

Qin raki. Birlamchi raki kamroq uchraydi. Ko'pincha bachadon bo'yni rakidan tarqaladi, uning 4 darajasi tafovut qilinadi. Simptomlari: jinsiy aloqada qonli chiqindi (sub coits) kuzatiladi. O'sma qon tomirlarini yemirib yuboradi, bir talay qon ketadi, sassiq chiqindi kelishi parchalanayotgan o'smaga infeksiya tushganligidan darak beradi. Og'riq sezilishi o'sma jarayonining chuqur yoyilib, chanoqdagi nerv stvollari va chigallarini qisib qo'yganidan yoki yemirilishidan guvohlik beradi.

Davosi: ximioterapiya, nurlar bilan davolanadi.

Bachadon bo'yni raki bachadon rakining 80% gacha bachadon bo'yni rakiga to'g'ri keladi, ko'proq 40-60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon bo'yni raki g'oyat turli-tuman bo'ladi. O'sish yo'nalishiga qarab ekzofit (tashqari) va endofit (ichkariga), aralash (ham tashqariga ham ichkariga) o'sish shakli kuzatiladi. Ekzofit shaklida o'sma yirik mayda g'adir-budir o'simtalar shakliga kiradi, (bu o'simtalar gulkaramga

o'xshaydi) ular ba'zan qinning butun gumbazini to'ldirib turadi, ko'pincha qoramtir po'st (o'smaning irigan, parchalangan qismlari bilan qoplanib yotadi). Asbob tekizilganda qonaydi. Endofit shaklida bachadon bo'yni kattalashib, zichlashadi, shilliq pardasi to'q qizil tusga kiradi. Shilliq parda yuzida mayda qon tomirlari shaxobchalari ko'rinadi. O'sma parchalanib, bo'lak-bo'lak bo'lib ko'chganda bachadon bo'yni qisman yemirilib chuqur yara vujudga keladi. Chetlari noto'g'ri o'yilgan, tubi g'adir-budir bo'ladi. Yaradan loyqa serroz suyuqlik chiqib turadi. Simptomlari: suvga o'xshash oqchil kelib turadi, bu jinsiy aloqa qilinganda, hojat paytida, yuk ko'targanda, kasalni qin orqali tekshirib ko'rilganda keladi. Kontaktli qon kelishi, qonli selob (go'sht yuvganga o'xshash suyuqlik kelishi). Bachadondan asiklik qon ketishi kuzatiladi.

Diagnostikasi. Kolposkopiya, surtmani sitologik yo'l bilan tekshirish, biopsiya qilish, diagnostika maqsadida bachadon devori shilliq pardasini maqsadli qirish, sistoskopiya, rektoromanoskopiya va turli xil sinamalar o'tkaziladi.

Davosi: I darajada operatsiyagacha nur berish. Bachadon ekstirpatsiyasi. Operatsiyadan keyin nur berish, ximioterapiya. II darajada. Kengaytirilgan ekstirpatsiya (Vertgeym usulida) qo'shma nur bilan davolash. III darajada. Qo'shma nur bilan davolash. IV darajada. Simptomatik davo.

Bachadon tanasining raki. Bachadon rakining 15-20%, umuman jinsiy a'zolar rakining 5% gacha uchraydi, ko'pincha 50-60 yoshli ayollarda uchraydi. Bachadon tanasining rak oldi holatiga neyroendokrin boshqarishning buzilishi, gonodotrop gormonlar balansining o'zgarishi, endometriyning travmatik shkastlanishlari sabab bo'lishi mumkin. Rak oldi kasalliklariga: Adenomatoz (polipoz) giperplaziyaga uchragan endometriyning residiv berishi, menopauzadan keyingi giperplaziyalar kiradi. Simptomlari: aksariyat hollarda menopauza davrida (menstruatsiyadan qolgandan keyin) birdaniga asiklik qon ketish bachadon tanasi rakining dastlabki simptomi hisoblanadi. Ana shu simptomga e'tibor berib bemorning bachadoni devorlari shilliq qavatini alohida-alohida qirib olib, gistologik tekshirish eng muhim diagnostik ahamiyatga egadir.

Diagnostikasi: bachadon shilliq qavatini har bir devorini alohida qirish va gistologik tekshirish yo'li bilan kasallik aniqlanadi.

Davosi: operativ, nur va kimyoviy terapiya o'tkaziladi.

Tuxumdonning xavfli o'smalari. Tasnifi bo'yicha 3 xil rak farqlanadi: birlamchi, ikkilamchi va metastatik rak.

Birlamchi rak 4,5% hollarda, 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Klinik belgilari ko'zga tashlanmaydi, lekin tezda qorin bo'shlig'ida assit paydo bo'lishiga qarab tuxumdon raki haqida gumon qilinadi.

Ikkilamchi rak 60-50 % hollarda seroz papillyar o'smalar rakka aylanishidan rivojlanadi, tez o'sib, suyuqliklar hajmi oshib, assit paydo bo'ladi. 17-20% hollarda musinoz kistomalar rakka aylanadi. Ularning malignizatsiyasi asta-sekin, ko'pincha 50 yoshdan keyin kuzatiladi.

Metastatik rak (10-30%) tuxumdonga, asosan, oshqozon va ichak rakidan limfa va qon orqali o'tadi. Shuning uchun tuxumdonga siljimaydigan, notekis, qattiq konsistensiyali o'sma topilsa, albatta oshqozon ichak yo'llarini endoskopiya, irrigoskopiya, rentgenografiya usullari bilan tekshirish kerak. Chunki metastazli rakni operatsiya yo'li bilan davolab bo'lmaydi.

Tuxumdon sarkomasi juda kam uchraydi. Odatda, operatsiyadan keyin o'smani gistologik tekshirishdan o'tkazib, diagnoz qo'yiladi.

Davolash, asosan, o'z vaqtida operatsiya qilinib bachadonni ortiqlari bilan olib tashlashdan iborat, so'ngra rentgen va radiy nurlari chuqur ta'sir ettiriladi. Kimyoterapiya ham qo'llaniladi (siklofosfan, sarkolizin). Kasallikning oqibati ko'p hollarda yomon bo'ladi.

Jinsiy a'zolarida o'tkaziladigan operatsiyalardan oldin va keyingi davrda hamshiralik parvarishi.

Jinsiy a'zolarida operatsiya o'tkaziladigan bemorlar, operatsiya reproduktiv faoliyatga javob beruvchi a'zolarida amalga oshirilgani uchun bezovtalanish, ayollik hissini yo'qotish, jinsiy hayotdagi muammolar, bola tug'ish faoliyatidan judo bo'lish kabi juda ko'p muammolarga duch keladi. Bundan tashqari, operatsiyadan keyin kelib chiqishi mumkin bo'lgan kasallik, uning davolanishi cho'zilib ketishini inobatga olib, operatsiyadan keyingi davrda hamshiralik parvarishi individual bo'lishi, ruhiy va ijtimoiy muammolarni hisobga olishi kerak.

Operatsiyadan avvalgi hamshiralik parvarishi. Bemor operatsiyadan avval qo'rqadi, bezovtalanadi, shuning uchun unga operatsiyadan avval tekshiruvlarni to'g'ri tushuntirib, bezovtaligining oldi

olinadi. Bemor ruhiy va jismoniy holatini yaxshilash, operatsiya yaxshi o'tishiga zamin yaratadi.

Operatsiyadan avvalgi tekshiruvlar. Qon va siydikning klinik va biokimyoviy tahlili, EKG, jigar, buyrak, yurak qon tomir tizimi faoliyatini tekshirish, OITSGa, gepatit V va S ga, RW, qonning ivuvchanligini tekshirish, ko'krak qafasi flyurografiya, UTT, bemorning kasallik tarixini o'rganish, rentgenogramma qilish va boshqalar. Umumiy holatni kuzatish, Tana harorati, puls, arterial bosimni o'lchash, og'riq va qon ketishini kuzatish, ko'rsatmaga binoan qon quyish. Agar qon quyishga ko'rsatma bo'lsa, qon quyish markaziga qon guruhi va miqdori, qon quyiladigan vaqt haqida axborot beriladi. Qon kelgach, kasallik tarixidagi ko'rsatmalari aniqlanib, bemorga qonni mos kelishi tekshiriladi va qon quyishga mas'ul shaxslarga (direktor o'rinbosari, shifokor va anesteziolog) topshiriladi.

Tuklarni qirish. Qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalarda qorinning pastki qismidagi va jinsiy a'zolardagi tuklar qirib tozalanadi. Agar qin orqali operatsiya qilinsa faqat jinsiy a'zolardagi tuklar qiriladi (bemorning xohishi inobatga olinadi).

Tana gigiyenasi. Tana gigiyenasiga qat'iy rioya qilinadi, bemor ahvoliga qarab ko'rsatmalar bo'lsa, nam sochiq bilan butun tana artiladi.

Kechki ovqatni qabul qilmaslik. Ko'rsatmalarda ovqat qabul qilmaslik yozilgan bo'lsa, ovqat qabul qilinmaydi, 18.00 dan keyin ovqatlanmaslik kerak.

Uyquga ketishdan avval dori qabul qilish. Bemorning bezovtaligini oldini olish uchun uxlatadigan dorilar va sedativ preparatlar beriladi.

Operatsiyaga ko'rsatmalar varaqasi bo'yicha operatsiyadan bir kun avval anesteziolog tekshiruvchidan o'tiladi, tekshiruv tafsiloti operatsiya xonasiga anesteziolog e'tiboriga havola qilinadi.

Operatsiyaga yozma rozilik berish. Operatsiya boshlanmasdan avval, oila a'zolari maxsus shakldagi hujjatlarni to'ldirib berishlari kerakligi tushuntiriladi.

Operatsiyadan avval tushuntirish. Bemorning bezovtalanishi oldini olish uchun operatsiya qilish tartibi va xavfsizligini tushuntirish kerak. Operatsiyadan avvalgi muolajalarni zarurligini tushunib yordam berish; bemor shaxsiy buyumlari haqida: tilla taqinchoqlar,

soat, linzalar, tish protezlari, monikyurlarni olib tashlash; hamshira bemorning qimmatbaho jihozlarini olib, oilasiga berishini va hamshira bunga mas'ul ekanligini tushuntirish.

Operatsiya bo'ladigan kundagi hamshiralik parvarishi. Nonushta qilmaslik, ko'rsatmalarga binoan xuqna qo'yish (sovunli xuqna, yumshatuvchi shamchalar). Bemorni ichak va qovug'i bo'shatilganligini aniqlash, bemorni operatsiyadan 30 daqiqa oldin operatsiya xonasiga olib kelish; Anesteziya. Ko'rsatmalarda premedikatsiya yozilgan bo'lsa hamshira bosh hamshiradan ruxsat olgan holda uni bajaradi. O'rin joy tayyorlash: karavotga suv o'tkazmaydigan choyshab solinadi va kerak bo'ladigan shtativ, tonometr stetoskop, lotok tayyorlab qo'yiladi, bemorning ko'rsatmalar varaqasi tekshiriladi.

OPERATSIYADAN KEYINGI HAMSHIRALIK PARVARISHI

Bemor uchun g'ildirakli aravacha hozirlanadi, operatsiya tugagach kiyim-kechak kiydirib osonlik bilan operatsiya stolidan olish uchun shart-sharoit yaratiladi, bemorni katakaga olgach, umumiy ahvoliga e'tibor beriladi va issiq choyshab bilan usti yopib qo'yiladi, palataga olib kelib, oila a'zolariga operatsiya qanday o'tganligi haqida axborot beriladi. Anesteziyadan so'ng qanday ahvolda uyg'onganligiga ahamiyat beriladi, umumiy holatiga hamda jarohat yuzasiga, jinsiy a'zolariga, qusganiga va qon ketishiga e'tibor qaratiladi. Bemorni transportirovka qilayotganida silkinmasligiga e'tibor berish kerak. Bemorni palataga olib kelgach, ehtiyotlik bilan karavotiga yotqiziladi.

Issiqlikni saqlash: kerak bo'lganda isitgich va issiq adyol yopib qo'yiladi. Isitgichdan foydalanganda ehtiyot bo'lish zarur, chunki bemor anesteziyadan butkul uyg'onmagan bo'lsa, kuyib qolishi mumkin. Bemor anesteziyadan so'ng reflektor tarzda qusishi mumkin, shuning uchun bemor yoniga lotok qo'yiladi, unga alohida e'tibor qaratiladi.

Operatsiyadan 1 sutka o'tgach ko'rsatiladigan hamshiralik parvarishi.

Bemorning umumiy ahvoli, faolligi, siydik ajratishi, ich ketishi, ovqatlanishi, jinsiy a'zolar gigiyenasi, asoratlarning oldini olish masalalari qabul qilingan standartlar bo'yicha bajariladi. Hamshiralik

parvarishi operatsiyadan keyingi parvarish kabi olib boriladi.

Operatsiyadan keyin kelib chiqqan asoratlarda yordam berish. Operatsiya vaqtida ichki a'zolar, ya'ni ichak va siydik qopining asab tolalarini jarohatlab qo'yish mumkin, chunki ular bachadon bilan yonmayon yotadi. Ayniqsa, keng qamrovli total gisterektomiyada nervlar jarohatlanishi ko'proq uchraydi siydik ajratish va ich ketganda yordam berish uchun qo'llanmalardan foydalanish kerak. Defekatsiyaning buzilishi: defekatsiyani nazorat qilish. Ovqatlanish: operatsiyadan so'ng ichaklar perestaltikasi kamayadi, shuning uchun oson hazm bo'ladigan ovqatlar qabul qilish kerak. Qiyin hazm bo'ladigan ovqatlar ichaklar motorikasini pasaytiradi. Siydik ajratishni buzilishi: agar operatsiya jarayonida siydik ajratishga javob beruvchi nerv jarohatlansa, siydik ajratishiga xohishi bo'lmay qoladi va qoldiq siydik yig'ilib qoladi. Qovuqni trenirovka qilish va siydik ajratish uchun tavsiyalar berish (qorin orqali nafas olish uchun qo'llanmalar berish, siydik ajratish uchun qulay vaziyat egallashi kerak). Qoldiq siydik miqdorini aniqlash: siydik ajralgandan so'ng, siydik qopi faolligini aniqlash uchun kateterizatsiya qilinadi va qoldiq siydik miqdori aniqlanadi.

Operatsiyadan so'ng ayolning ruhiy holati. Ayollik a'zosini yo'qotish hissi bemorning yoshi, oilaviy sharoiti, kasallik tarixiga bog'liq bo'ladi. Agar bachadon menopauzadan avval olib tashlangan bo'lsa, hayz kelishi tugaydi. Shuning uchun, ba'zi bemorlarda a'zoni yo'qotish hissi emas, balki yengillik hissi paydo bo'ladi, chunki bachadonni olib tashlashdan avvalgi og'riqlardan xalos bo'ladi. Ba'zi ayollar esa, tushkunlikka tushadi, chunki o'zini ayollik sifatini yo'qotgan deb o'ylaydi. Bunda ayolni har tomondan qo'llab-quvvatlash katta ahamiyatga ega, chunki bemorning kayfiyati oilasi, turmush o'rtog'i va atrofidagi odamlarning kasallikka hamda operatsiya munosabatiga bog'liq.

Statsionardan chiqishiga qaratilgan qo'llanma. Bu kundalik hayotiga qaytishiga yo'naltirilgan boshqaruv bo'lib, jarrohlikdan, so'nggi stressdan qaytish hamda bachadon yoki tuxumdonning olib tashlanishi bilan bog'liq bo'lgan ruhiy va jismoniy zo'riqishni kamaytirishdan iborat. Operatsiyadan keyin paydo bo'lgan buzilishlarni aniqlab, bemorning aniqlab, uning ijtimoiy hayotiga bog'liq bo'lgan axborotni yig'ish: yoshi,

fe'l-atvori, oilaviy sharoiti, ijtimoiy sharoiti bundan tashqari, shaxsiy muammolarini aniqlab, unga mustaqil hayot kechirishi uchun yordam berish kerak. Statsionardan chiqqandan so'ng va ishga qaytganidan so'ng juda ehtiyod bo'lishi kerak (og'ir yuklarni ko'tarmaslik, toksik moddalar ishlatiladigan va qaltis harakatlar bajaradigan ishlardan saqlanishlari kerak) ayniqsa, operatsiyadan keyingi 3 oy davomida. Operatsiyadan keyingi muammolarni aniqlash uchun bemorni ko'rikdan o'tkazib turish kerak. Ko'rikka keladigan kunlarini aniqlash zarur bu jarayon operatsiyadan keyingi 1 oy davomida o'tkaziladi. Bemorga ko'rikka kelguniga qadar qorin pastida og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, jinsiy a'zolaridan qon kelishi, jarohat yuzasidagi o'zgarishlar (shish, qizarish, yiringlash), siydik ajratish, buzilishi kabi shikoyatlar bezovta qilsa, darhol shifokorga murojaat etish kerakligi tushuntiriladi. Bemor va uning oilasiga, ayniqsa, eriga ayoldagi jismoniy o'zgarishlar haqida va operatsiyadan keyingi reabilitatsiya bo'yicha ko'rsatmalar berishi kerak, chunki oila a'zolari va ayniqsa, eri uni tushunishi uchun bemorni shaxsiyatini saqlagan holda undan avval oila a'zolari va eriga bu haqida gapirish mumkinligini aniqlagandan keyin ko'rsatmalar berish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Xavfli va xavfsiz o'smalar. 2. Tashqi jinsiy a'zolarning rak oldi kasalliklari. 3. Bachadon bo'ynining rak oldi kasalliklari. 4. Bachadon bo'yni raki, tarqalish bosqichlari, diagnostikasi va davolash. 5. Bachadon raki, tarqalish boshqichlari, diagnostikasi va davolash.

Tayanch so'z va iboralar.

Krauroz, leykoplakiya, diskeratozlar, eritroplakiya, ektropion, o'tkir kandiloma, ekzofit rak, endofit rak, metastaz, infiltratsiya, kolposkopiya, sitologik tekshiruv, rektoromanoskopiya, menoragiya, metroragiya

Test savollari:

1. Qanday o'smalar kista deyiladi?

- a) a'zo yoki organlarning xos to'qimalaridan o'sadigan.
- b) muskul tolasidan o'sadigan.
- c) qo'shuvchi to'qimadan o'sadigan.

- d) seroz qavatdan o'sadigan.
- e) sekret ishlab chiqadigan bezlarning chiqarish yo'llari bekilib qolishi hisobiga suyuqlik bo'shliqda to'planib qolishidan.

2. Fibromioma qanday o'sma?

- a) qo'shuvchi to'qimadan o'sib chiqqan xavfsiz o'sma.
- b) muskul tolasidan o'sadigan xavfsiz o'sma.
- c) muskul tolasi va qo'shuvchi to'qima birgalikda o'sgan xavfsiz o'sma.
- d) bezli to'qimadan o'sgan xavfli o'sma.
- e) bachadon endometriy qatlamidan o'sgan xavfli o'sma.

XXVII BOB. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING TARAQQIYOT NUQSONLARI (ANOMALIYALARI)

TASHQI JINSIY A'ZOLAR RIVOJLANISHIDAGI NUQSONLAR

Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishining anomaliyalari germafroditizm ko'rinishida uchraydi. Germafroditizm homilada ham erkaklik, ham ayollik belgilari bilan namoyon bo'ladi. Chin va soxta germafroditizm farqlanadi. Chin germafroditizm juda kam uchraydi. Bu nuqson moyakda, tuxumdonda hamda jinsiy bezlar to'qimalarida kuzatiladi. Ikkilamchi jinsiy belgilar va ichki jinsiy a'zolar ko'pincha ayolga ham, erkakka ham xos bo'lishi mumkin.

Pseudogermafroditizm yoki soxta germafroditizm shunday nuqsonki, bunda tashqi jinsiy a'zolar ichki jinsiy a'zolarga - jinsiy bezlarga mos kelmaydi. Masalan, bachadon, bachadon ortiqlari, qin mavjud bo'lsa ham tashqi jinsiy a'zolar erkakka xos shakllangan bo'ladi (ayollar soxta germafroditizmi). Odatda, ayollar soxta germafroditizmi adrenogenital sindrom (AGS) da kuzatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar nuqsonlari ko'pincha siydik chiqarish kanali va to'g'ri ichak nuqsonlari bilan birgalikda o'tadi.

TUXUMDONLAR RIVOJLANISHIDAGI ANOMALIYALAR

Tuxumdonlar rivojlanishidagi nuqsonlarga tuxumdon bo'lmasligi: gonadalar disgeneziyasi va sklerokistozli tuxumdonlar kiradi.

Gonadalar disgenezyasi (Shereshevskiy - Turner sindromi) da tuxumdonlar bo'lmaydi. Bunday qizlarning tuzilishi erkaklarga o'xshaydi, bo'yi pastroq, ovozi yo'g'on, bo'yni kalta, ayrim joylari tuk bilan qoplanadi (soqol, mo'ylov o'sadi va hokazo). Bunday bemorlarda

hayz ko'rmaslik, ikkilamchi jinsiy a'zolar va sutbezlari chala rivojlangani kuzatiladi. Davolashda o'rinbosar gormonlardan foydalaniladi, ya'ni gonodotrop gormonlar qo'llaniladi.

Tuxumdonlar sklerokistozi sindromi. Shteyn-Livental sindromida tuxumdonlar to'qimasi o'rnida biriktiruvchi to'qima bo'ladi va jinsiy gormonlar sintezi buziladi. Natijada erkaklar jinsiy gormonlari ko'p miqdorda ishlab chiqiladi. Bemorni jun bosadi va hayz funksiyasi buziladi, ko'pincha hayz ko'rmaydi (amenoreya) yoki gipomenstrual sindrom yuzaga keladi. Bunday bemorlar semirib ketadi, ikkilamchi jinsiy belgilar yaxshi rivojlangani holda tuxumdonlar kattalashgan bo'ladi. Ular, odatda, farzand ko'rmaydi, chunki hayz siklining anovulator yoki amenoreya turi kuzatiladi.

Davolash dori-darmonlar (sikl bo'yicha gormonlar bilan) va jarrohlik yo'li bilan olib boriladi (tuxumdonlar ponasimon shaklda rezeksiya qilinadi).

BACHADON VA QINDA HOSIL BO'LADIGAN NUQSONLAR

Bachadon va qin nuqsonlaridan biri - qinning bo'lmasligidir (aplazia vagini). Qin a'zosi bo'lmagan ayollarda ko'pincha bachadon va tuxumdonlar yaxshi rivojlanmagan bo'ladi. Bunday ayollar hayz ko'rmaydi va ularda jinsiy hayot kechirishning imkoni bo'lmaydi. Qiz bolalarda ko'p uchraydigan nuqsonlardan biri qizlik pardasida teshik bo'lmaydi, natijada hayz qoni qinda yig'ilib qoladi va uni cho'zib yuboradi. Bunday dardga uchragan bemor hayz ko'rish paytida qini yorilib ketgudek bo'lib (hematocolpos) og'rishidan shikoyat qiladi. Bundan tashqari, qinda to'plangan qon chiqib ketish yo'li bo'lmaganligi sababli bachadon bo'shlig'ida (hematometra) bachadon naylarida (hematosalpinx) ham to'planadi. Ba'zan mexanik ta'sir tufayli qizlik pardasi o'zidan o'zi yorilib ketadi. Bunday holatda bemorga anamnez yig'ib, ginekologik kresloda tekshirish asosida tashxis qo'yiladi. Zarur holatlarda jarrohlik usulida davolanadi (qizlik pardasi xochsimon shaklda kesiladi). Qin bo'lmagan taqdirda, uni sun'iy usulda hosil qilinadi, qin siydik chiqarish kanali va to'g'ri ichak o'rtasida yasaladi.

Ikkita qin va ikkita bachadon ko'inishidagi nuqsonlar ham uchrashi mumkin. Odatda, bu ikkala nuqson birgalikda kuzatiladi. Bachadon ikki shoxli bo'lishi, ikki shoxli bachadonda ikkita bo'yin qin tomonga to'siq parda bilan bo'linishi mumkin. Ikki shoxli bachadonda ikkala shox bachadon bo'yniga ochilishi va bitta shoxi yopik bo'lishi ham (qin tomonga ochilmasligi) mumkin. Ayrim hollarda ikki shoxli bachadonda to'siq (parda) butunlay bo'lmaydi va bachadon tanasi egarsimon shaklda bo'ladi. Klinik manzarasi hech qanday alomatlarisiz kechishi, homiladorlik ikkala bachadonda, shuningdek, uning shoxlarida navbatma-navbat ro'y berishi mumkin. Bu hollarda tug'ruq faoliyati susayib, gipotonik qon ketish va boshqa asoratlar yuzaga kelish ehtimoli kuchayadi. Ba'zan nuqsonlar rudimentar shoxda homiladorlik ro'y berishi, natijada bachadondan tashqarida yuzaga kelgan homiladorlikni eslatadigan alomatlar kuzatiladi. Yuqorida qayd etilgan ko'pgina nuqsonlar befarzandlik va bola tushishiga sabab bo'ladi.

Davolash. Agar bemor shikoyat qilmasa, hayz funksiyasi buzilmagan bo'lsa, homilador bo'ladi va oson tug'ib oladi, bunday hollarda davolash tadbiri talab etilmaydi. Aytilgan nuqsonlar oqibatida ma'lum simptomatika - kasallik belgilari (farzandsizlik, bola tushishi va hokazolar) yuzaga kelgan taqdirda, kasallik turiga qarab jarrohlik usulida davolanadi.

Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishi. Jinsiy a'zolarining chala rivojlanishi (genital infantilizm) jinsiy rivojlanishdan orqada qolish sifatida namoyon bo'ladi. Genital infantilizm xastaligi yuzaga kelganda organizmning umumiy rivojlanishi ham kechikadi. Genital infantilizmga ovqatlanishdagi turli buzilishlar (gipovitaminoz), boshdan kechirilgan og'ir kasalliklar, ayniqsa, yuqumli xastaliklar, intoksikatsiyalar, homilador ayol organizmiga turli zararli omillarning ta'sir etishi, shuningdek, irsiy omillar sabab bo'ladi. Jinsiy a'zolari chala rivojlangan ayollar menarxe kechikkanidan, amenoreya yoki gipomenstrual sindromidan (hayz qonining kam kelishi) algodismenoreya (hayz davrida qorinning pastki qismida, belda kuchli og'riq) dan, jinsiy maylni susayganidan, befarzandlikdan, bola tushishidan,

patologik tug'ruqlardan shikoyat qiladilar. Bunday bemorlar tekshirib ko'rilganda ikkilamchi jinsiy belgilar mukammal emasligi (qovda jun kamligi, oraliqning cho'zilganligi, katta jinsiy lablar kichik jinsiy lablarni yopib turmasligi), qinning torligi, bachadon bo'ynining uzunligi va bachadonning kichikligi ma'lum bo'ladi. Genital infantilizmi bor bemorlarni davolash uchun organizmning umumiy rivojlanishiga yordam beradigan quvvat beruvchi terapiya tavsiya etiladi va hayz funksiyasini me'yorga keltirish hamda ikki fazali siklga erishish uchun gormonlar bilan davolanadi. Ayni paytda fizioterapiya muolajalari, balchiq bilan davolash, uqalash buyuriladi. Ayollarda jinsiy a'zolar noto'g'ri rivojlanishining oldini olish uchun homiladorlikni to'g'ri o'tkazish kerak (to'g'ri ovqatlanish, mehnat gigiyenasiga rioya qilish, jismoniy zo'riqishlardan o'zini saqlash va hokazolar). Bolalik davrida qizlar shaxsiy gigiyenasining barcha qoidalariga, umumiy va ruhiy zo'riqishlardan o'zlarini saqlashlariga, ovqatlanish, mehnat va dam olish tartibiga rioya qilishlari zarur. Jinsiy a'zolarning to'g'ri shakllanishi va normal faoliyatiga o'z vaqtida boshlangan jinsiy hayot, birinchi homiladorlik, uning to'g'ri kechishi kabi omillar muhim shartlardan biri deb hisoblanadi.

Nazorat savollari:

1. Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanish nuqsonlari haqida tushuncha bering?
2. Tuxumdonlarning rivojlanish nuqsonlari haqida tushuncha.
3. Bachadonda bo'ladigan nuqsonlar haqida tushuncha.
4. Qinda hosil bo'ladigan nuqsonlar.
5. Jinsiy a'zolarning chala rivojlanishi haqida tushuncha.

Tayanch so'z va atamalar:

1. Germafroditizm-homilada ham erkaklik, ham ayollik belgilarining bo'lishi.
2. Shereshevskiy-Terner sindromi - tuxumdonlarning bo'lmasligi.
3. Shteyn-Livental sindromi - tuxumdonlar to'qimasi o'rnida biriktiruvchi to'qima bo'lishi.
4. Aplaziya - qinning, bachadonning va boshqa a'zolarning bo'lmasligi.
5. Gipoplaziya - jinsiy a'zolarning rivojlanishdan orqada qolishi

Test savollari:

1. Genital infantilizmga nimalar kiradi?

- a) jinsiy a'zolarning bo'lmasligi (aplaziyasi)
- b) jinsiy a'zolarning rivojlanishdan orqada qolishi (gipoplaziyasi).
- c) bachadonning ikkita bo'lishi.
- d) qinning ikkita bo'lishi.
- e) qizlik pardasining bo'lmasligi.

2. Gemotometra nima?

- a) hayz qonining qinda to'planib qolishi.
- b) hayz qonining bachadon naylarida to'planib qolishi.
- c) hayz qonining bachadon bo'shlig'ida to'planib qolishi
- d) bachadondan to'xtovsiz qon ketishi.
- e) umuman hayz ko'rmaslik

XXVIII BOB. BEPUSHTLIK. BEPUSHT AYOL SALOMATLIGI MUAMMOLARI

Bepushtlik deganda – balog'atga (voyaga) yetgan organizmning urug'lanish (homilador bo'lish) qobiliyati yo'qligi tushuniladi. Birlamchi, ikkilamchi, ayollar va erkaklar bepushtligi tafovut qilinadi. Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) tavsiyasiga ko'ra muntazam ravishda jinsiy hayotda yashaydigan, homiladorlikdan saqlovchi vositalardan foydalanmaydigan ayollarda bironta ham homiladorlik bo'lmasa (1 yil davomida) birlamchi bepushtlik deyiladi.

Ikkilamchi bepushtlik esa ilgari anamnezida homiladorlik bo'lib, muntazam jinsiy hayotda yashovchi, homiladorlikdan saqlanmagan ayollarda, keyingi bir yil davomida homiladorlik bo'lmasligidir. Erkaklardagi bepushtlik (birlamchi va ikkilamchi) voyaga yetgan erkak organizmining urug'lantirish qobiliyati bo'lmasligidir. Bepushtlikni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar xotin-qizlar va erkaklar jinsiy a'zolarining turli xil yallig'lanish kasalliklari, organizmning taraqqiyot nuqsonlari va boshqa omillar hisoblanadi. Ayniqsa, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYuK) eng ko'p uchraydigan sabablardan biridir. Bepushtlik nafaqat ayol uchun, balki oilaviy juft va qarindosh urug'lar uchun ham turli muammolar keltirib chiqaruvchi holatdir, shuning uchun ham reproduktiv salomatlik markazlari bepushtlikning sabablarini aniqlash, ularni bartaraf etish borasidagi faoliyatlarini kengaytirmoqlari lozim. Erkaklar orasida ham tegishli davolash-profilaktika chora-tadbirlarini olib borishlari zarur.

Turli mamlakatlarda va aholi qatlamlari orasida bepushtlik turlicha tarzda uchraydi va u mintaqada JYOYuK tarqalganligi kasallikni o'z vaqtida aniqlash va davolash chora-tadbirlari qo'llanilmaganligi, abortlar va uning asoratlari hamda akusherlik va ginekologik xizmatning qay darajada tashkil etilganligi bilan chambarchas bog'liqdir.

Bundan tashqari, atrof-muhitning tozaligi, ovqatlanish shart-sharoitlari, irsiy omillar ham muhim ahamiyatga ega. Hozirgi kunda ko'pchilik mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra bepushtlik 10% dan

20%gacha uchraydi. Erkak va ayollarda mo'tadil ravishda urchish (homiladorlik, tug'ruq qobiliyatlari) qobiliyati quyidagi omillarga bevosita bog'liq.

Bepushtlikning oldini olish choralari

Reproduktiv salomatlik markazlarida, o'smirlar poliklinikalaridagi ginekologik kabinetlarda, birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish muassasalaridagi, qishloq shifokorlik punktlarida (QVP) xodimlar jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar, xotin-qizlar jinsiy a'zolarining turli-tuman yuqumli, parazitar va endokrin kasalliklarining oldini olish, ularni o'z vaqtida aniqlash va davolash chora-tadbirlarini amalga oshirmoqlari lozim. O'smirlar orasida sanitariya-oqartuv ishlarini yaxshi yo'lga qo'yishlari, ularning ushbu muassasalariga erkin murojaat qilishlariga sharoit yaratishlari maqsadga muvofiqdir. Seksual jihatdan faol o'smirlar bilan JYOYuK larning oldini olish, homiladorlikdan saqlovchi vositalaridan oqilona foydalanish borasida suhbatlar olib borish, maslahatlar berish yaxshi natija beradi. O'tkazilgan tadbirlar o'smir qizlar jinsiy a'zolari kasalliklarining uning oqibatida esa kelajakda bepushtlikning oldini olishda o'z samarasini beradi. Bepushtlikni bartaraf etish maqsadida reproduktiv salomatlik xizmati xodimlari quyidagilarga amal qilishlari tavsiya etiladi: 1. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (JYOYuK) va chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (ChAYaK) va ularni davolash haqida zamonaviy bilimga ega bo'lishlari; 2. Ba'zi bir xil zamonaviy kontraseptiv vositalarining ChAYaK ning ko'payishiga sabab bo'lishi mumkinligini yaxshi anglashlari; 3. O'smirlar orasida yaxshi davolanmagan JYOYuK va ChAYaK ning oqibati haqida tushuntirish ishlarini olib borish; 4. Aholi o'rtasida JYOYuK ni davolashning eng zamonaviy va qulay usullari mavjud ekanligi va undan unumli foydalanishlari haqida sanitariya-maorif ishlarini kuchaytirish; 5. Seksual jihatdan faol o'smirlarga homiladorlikdan saqlanishning prezervativ va diafragmadan foydalanish kabi usullarning afzalligi va BIV lardan o'smirlar foydalanishining zararli oqibatlari haqida maslahatlar berish.

BEPUSHTLIKNING RUHIY JIHATLARI (ASPEKTLARI)

Aksariyat hollarda bepusht oilaviy juftlar bolasizlik yuzasidan tekshirishdan o'tish jarayonlarida sabablari aniqlanib, bartaraf etilishi munosabati bilan homilador bo'lib ketishadi. Lekin ularda bachadondan tashqaridagi homiladorlik, homilaning o'z-o'zidan tushishi, homilaning ona qornida, tug'ruq paytida nobud bo'lishi kabi xavflar boshqalarga nisbatan yuqoriroq bo'ladi. Shu sababli, ba'zi bir xil juftlar bolasiz o'tishni afzal ko'rishadi. Shunday hollarda oilani rejalashtirish sohasi mutaxassislari ular bilan maslahatlar olib borganda quyidagi omillarni inobatga olishlar zarur: 1. Bolasiz oilalar murojaat qilishganda ular o'zlariga tarbiya uchun bola olishlari va uni farzandlikka qabul qilish imkoniyatlari borligini, bu borada tegishli tashkilotlar manzili, mas'ul shaxslar familiyalari, kerak bo'lsa telefonlari haqida ma'lumot berish; 2. Lozim bo'lganda ularni ruhshunos mutaxassis maslahatiga yo'llashga to'g'ri keladi; 3. Mijozlarni bepushtlik muammolari bilan shug'ullanadigan maxsus ixtisoslashgan tibbiy muassasalarga yo'llanma berish; 4. Bolasiz er va xotinlarning ruhiy jihatdan ancha tushkunlik holatida ekanligi, har bir ruhiy ta'sirga sezuvchanligi alohida e'tiborda bo'lishi.

Nazorat savollari:

1. Bepushtlik tushunchasi.
2. Bepushtlikni keltirib chiqaruvchi sabablar.
3. Ayollar va erkaklar bepushtligi haqida ma'lumot.
4. Bepushtlikning diagnostikasi va profilaktikasi

Tayanch so'z va iboralar:

Aspermiya – spermatozoidlarning bo'lmasligi, azospermiya spermatozoidlarning son jihatdan kam bo'lishi, nekrospermiya – spermatozoidlarning o'lik bo'lishi, seksual faollik – jinsiy faoliyatning kuchayishi, spermatogenez – spermatozoidlar ishlab chiqarish qobiliyati.

Test savollari:

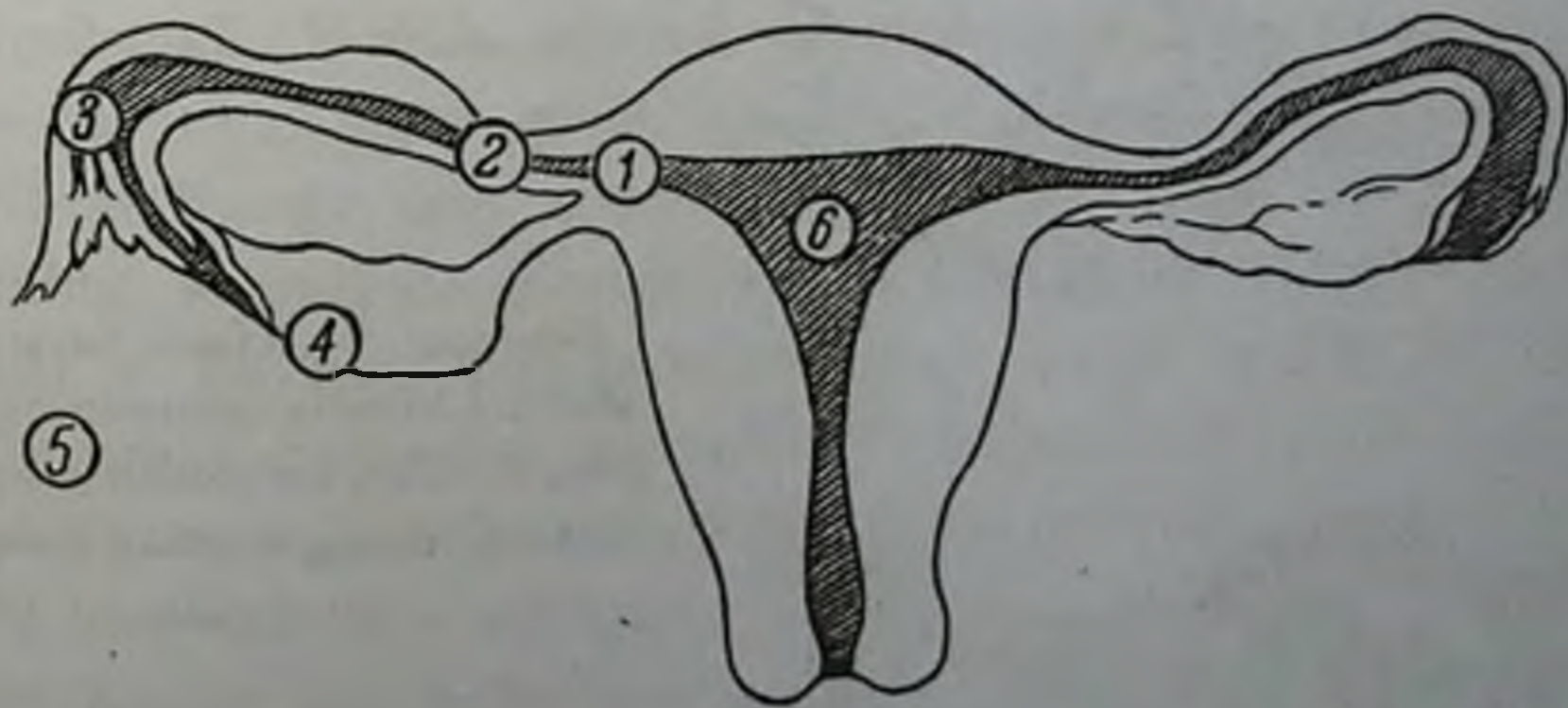
1. Bepushtlik bu...

- a) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 2 yil davomida homilador bo'lmaslik
- b) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 6 oy davomida homilador bo'lmaslik
- c) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 1 yil davomida homilador bo'lmaslik
- d) jinsiy hayotda bo'lgan juftlikda 2-3 oy ichida homilador bo'lmaslik
- e) jinsiy hayotda bo'lmagan ayollarda homiladorlik bo'lmaslik

XXIX BOB. BACHADONDAN TASHQARIDAGI HOMILADORLIK (GRAVIDITIS EXTRAUTERINA)

Urug'langan tuxum hujayra normal sharoitda tuxum yo'llari orqali bachadonga borib, uning shilliq qavatiga payvandlanib oladi. Tuxum hujayraning harakatlanish sharoiti buzilgan bo'lsa, u bachadondan tashqariga payvandlanadi. Bachadondan tashqari homiladorlik deb shunga aytiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning rivojlanishda (graviditis yexterauterina) Spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayra odatdagicha bachadon ichiga emas, balki bachadon naylarida (graviditis yexterauterina tubria), qorin bo'shlig'ida (graviditis yexterauterina abdominalis), tuxumdonda (graviditis yexterauterina ovarialis), bachadonning qo'shimcha shoxida, bachadon bo'ynida rivojlanishi ham mumkin (157-rasm). Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning 98-99% bachadon naylarida uchraydi.



157-rasm. Bachadondan tashqaridagi va bachadondagi homiladorlikda otalangan tuxum hujayraning payvandlanadigan joylari.

1-bachadon nayining intersitsial qismiga; 2-bo'g'iz (istmik) qismiga; 3-ampulyar qismiga; 4-tuxumdonga; 5-qorin bo'shlig'iga; 6-bachadon bo'shlig'iga.

Etiologiyasi. Homilaning bachadon naylarida rivojlanishida naycha muskullarini sust bo'lishi, naychalardagi yallig'lanishdan keyin qolgan chandiqlar, o'smalar, endometrioz, bachadon va uning naychalar sili, asabiy ruhiy holatlar sabab bo'lishi mumkin.

Infantil ayollarning naychalari uzun va egri-bugri bo'lganlari sababli spermatozoid qo'shilgan tuxum hujayra bachadonga yetib kelmay, u naychalarning biror qismida to'xtab rivojlana boshlaydi. Agar ayol bolasini uzoq vaqt emizib yursa, bachadon shilliq qavati atrofiyaga uchraydi. Bu ham bachadondan tashqaridagi homiladorlikka sabab bo'lishi mumkin. Bachadon bo'shlig'iga yod kiritilgan taqdirda bachadon nayining teshigi berkilib qoladi, shuning natijasida bachadondan tashqaridagi homiladorlik ro'y berishi mumkin.

Klinik kechishi: spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayra bachadon naylarida, tuxumdonga va qorin bo'shlig'iga, bachadon bo'yniga joylashishi mumkin. Ko'pincha homiladorlik 5-6 haftaligidayoq embrion joylashgan a'zo yoriladi va u yerdan qon ketadi. Homiladorlik qorin bo'shlig'ida bo'lganda kam - kam holatlarda muddatiga yetgan homila kuzatiladi. Homiladorlik bachadon naychalarida ro'y berib, keyin naychalarning teskari perestaltik qisqarishi natijasida homila qorin bo'shlig'iga tushishi mumkin. (naychalarning homila tashlashi - aborti). Yoki ayol jinsiy hujayrasining spermatozoid bilan qorin bo'shlig'ida qo'shilishidan kelib chiqadi.



158-rasm. Bachadon nayidagi abort. a-homila tuxumining nay devorlaridan ko'chishi; b-homila tuxumining naydan chiqq boshlashi.

Homiladorlik qayerda bo'lishidan qat'i nazar ayol boshqorong'i bo'lib, achchiq, sho'r, nordon narsalarni ko'ngli tusay boshlaydi. Sut bezlari qattiqlashadi, qin shilliq qavati va bachadon bo'ynining qin qismi ko'kintir bo'lib, barmoqlar bilan qin orqali tekshirganda bachadon bir oz kattalashgan bo'ladi. Hali homila tuxumi o'rnidan ko'chmagan, naycha yorilmagan bo'lsa, shu homilali naycha yo'g'onlashgan va yumshagan, homila tuxumi joylashishiga qarab shu yer ko'proq yo'g'onlashgan bo'ladi (kolbasasimon).



159-rasm. Bachadon nayining yorilishi.

Biologik, serologik va immunologik reaksiyalar homila tuxumi ko'chmagan bo'lsa, musbat bo'ladi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda ko'pincha homiladorlik to'xtaganda (naycha yorilganda yoki naychadagi abort bo'lganda) tashhis qo'yish oson.

Bachadon naylaridagi homiladorlik. Bu homiladorlik 5-6 haftalikdayoq to'xtaydi. Chunki naycha shilliq qavatida shilliq osti qavati bo'lmaydi. Desidual reaksiya sust bo'ladi. Muskul qavati ham sust rivojlanadi. Homila tuxumi naychalarda ancha chuqurga hatto muskul qavatiga, seroz qavati va undan ham chuquroqqa joylashib rivojlanadi. Bunda qon tomirlar yemiriladi. Agar homila tuxumi naychanning ampulyar qismiga joylashgan bo'lsa, naycha qisqarishi natijasida u ko'chib, qon laxtalari bilan qorin bo'shlig'iga tushadi. Shunday qilib bachadon naylaridagi homiladorlik ikki yo'l bilan tugallanadi: a) naychalar aborti (abortus tubaria); b) naychalarning yorilishi (ruptura tube uterina);

Agar homila naychalarning bachadon qismida joylashgan bo'lsa u 4-5 oylikgacha o'sishi mumkin, so'ngra shu qism yoriladi va ayol ko'p qon yo'qotadi.

Naychalardagi homila tuxumi turli muddatlarda so'rib, qorin bo'shlig'iga tug'ilishi, bu 1-2 hafta mobaynida sodir bo'lishi mumkin. Homila tuxumi nay devoridan ko'chib, nobud bo'ladi. Qon shimadi va sekin-asta parchalanadi. Bachadon nayi zo'r berib qisqara boshlaydi, ko'chgan homila tuxumi naydan qorin bo'shlig'iga chiqadi. Bachadon naychalari teskari qisqarganda (antiperistaltika) bemor dard tutgandagi kabi og'riq sezadi. Ko'pincha qorin pastining bir tomoni og'riydi. Naydagi abortda qon naycha yirtilganga qaraganda kamroq ketadi. Bunda ayol bo'shashadi, bosh aylanishidan shikoyat qiladi, pulsi tezlashadi. Naychalar yirtilib, qon ko'p ketganda shok holati kuzatiladi. Ba'zan ayolning o'limi ham kuzatiladi.

Nazorat uchun savollar

1. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning turlari. 2. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning etiologiyasi, klinikasi va davosi. 3. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda nayning yorilishi. 4. Naydagi abort.

Tayanch so'z va iboralar

Bachadondan tashqaridagi, implantatsiya, homiladorlik, Duglas bo'shlig'i, naydagi abort, qin orqa gumbazi punksiyasi, laparotomiya.

Testlar

1. Bachadondan tashqaridagi (naylardagi) homiladorlikda naylarning yorilishini ifodalovchi klinik belgilarni tasvirlang.

a) Tana haroratining ko'tarilishi, qorinda qattiq og'riq paydo bo'lishi

b) Qorinda qattiq og'riq bo'lishi, qindan yiringli ajralma kelishi.

v) Bachadondan kuchli qon ketishi, kamqonlik.

g) Qorin pastki qismining ung yoki chap tomonida dardsimon (o'qtin-o'qtin) og'riq, jinsiy a'zolardan kam-kam qoramtir rangli quyuqroq qon kelishi.

d) Qorin pastki qismida keskin og'riq, qon bosimining pasayishi, qorin bo'shlig'ida qon tuplanishining belgilari, kasal umumiy ahvolining og'irlashuvi.

2. Zudlik bilan yordam ko'rsatish zarur bo'lgan ginekologik kasalliklar.

- a) jinsiy a'zolarining septik yallig'lanish kasalliklari.
- b) ginekologiya amaliyotida o'tkir qorin holati (bachadondan tashqaridagi homiladorlik, o'sma oyoqlarining buralib qolishi, bachadondan qon ketishi).
- v) pelvioperitonit, parametrit
- g) tuxumdon va qorin bo'shlig'idagi homiladorlik
- d) yaxshi va yomon sifatli o'smalar

XXX BOB. KONTRASEPTIV VOSITALARNING ZAMONAVIY USULLARINI QO'LLASHDA HAMSHIRANING VAZIFALARI

*Homiladorlikni oqilona rejalashtirish –
sog'lom bola tug'ilishi va onaning sog'ligini
muhofaza qilishning garovidir*

Sog'lom oilani shakllantirish

Oiladagi mo'tadil psixologik muhit sog'lom oilaning shakllanishi uchun zarur bo'lgan dastlabki shartlardan biridir. Oilada er-xotin o'rtasidagi o'zaro hurmat, bir-birini to'g'ri tushunish, o'zaro ishonch, sevgi va sadoqatga asoslangan samimiy munosabatlar oilaning mustahkamlanishi uchun muhim omil hisoblangan mo'tadil psixologik muhit yaratib, sog'lom oilaning shakllanishiga olib keladi. Oilaning uy-joy bilan ta'minlanganligi, iqtisodiy ahvoli oilaviy muhitga o'z ta'sirini ko'rsatmay qolmaydi. Shundan kelib chiqqan holda er-xotinning birgalikda oila daromadini ko'paytirish to'g'risida qayg'urishi, ayniqsa, oilaning tayanchi bo'lgan erkakning bu jarayonda ustuvor harakatda bo'lishi talab qilinadi. Mo'tadil psixologik muhitga hamda sog'lom oilaning shakllanishiga erkak va xotin o'rtasida oilani yuritish bilan bog'liq vazifalarning to'g'ri taqsimlanganligi, bolalar tarbiyasi uchun birgalikda mas'uliyat sezish hissining shakllanganligi kabi holatlar o'zining ijobiy ta'sirini o'tkazib, sog'lom oilaning belgilari hisoblanadi. Oilaning jismoniy salomatligi oila a'zolari tomonidan sog'lom yashash tarzi qoidalariga amal qilib yashash qay darajada qabul qilinganligi, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, giyohvandlik kabi xavfli va zararli illatlarning mavjudligiga bog'liq bo'lib, bunday zararli

odatlarning bo'lishi nosog'lom oila belgilari hisoblanib, nafaqat oila a'zolari salomatligiga, balki oiladagi ma'naviy-ruhiy holatga, farzandlar tarbiyasiga, shuningdek, oilaning iqtisodiy ahvoriga o'z ta'sirini o'tkazadi.

Oila a'zolarining o'qimishli, kasb-hunar egallashi uchun sa'y-harakatda bo'lish, farzandlar kelajagi uchun qayg'urish, olgan kasbiga mos ish bilan ta'minlanishi oilaning kelajagi va sog'lom oila an'alarining davom ettirilishi uchun muhim asos bo'lib hisoblanadi.

Ayollarning reproduktiv salomatligi nuqtayi nazardan olib qaralganda, oilaning salomatligi va sog'lom oila tushunchasi oilani rejalashtirish bilan uzviy bog'liq.

Oilaning sog'lomligi belgilariga: tasodifiy va kutilmagan homiladorlikdan saqlanish orqali, oila a'zolarining optimal (2-3) sonini saqlay olganligi; oila a'zolarining ma'lumotlilik darajasining yuqoriligi; homiladorlik orasidagi oraliqning optimal davrini (kamida 3 yil) saqlay olganligi; yuqori darajadagi tibbiy madaniyat va tibbiy faollik; barvaqt (20 yoshdan oldin) va kech (35 yoshdan so'ng) turmush qurmaslik; oilaning iqtisodiy-ta'minoti, ishlovchilar soni ko'pligi; tug'ilishni tartibga solinganligi kabilarni kiritish mumkin.

Nosog'lom oila belgilariga: oilani rejalashtirilmaslik sababli ko'p bolalilikka yo'l qo'yilishi; homiladorlik orasidagi oraliqning tavsiya qilingan me'yoriga rioya qilmaslik; oilaning ijtimoiy-iqtisodiy ahvolidan nochorligi, oziq-ovqat ta'minotining kam-ko'stligi holati; oilada shaxsiy va jamoatchilik hamda uy-joyda gigiyenik talablariga rioya etilmaganligi, tibbiy madaniyat va tibbiy faolligining past darajasi; nosog'lom turmush tarzida yashash va zararli odatlarga berilish; oila a'zolari ma'lumotlilik saviyasining pastligi; oilada ishlovchilar soni kamligi tufayli daromadning pastligi kabilarni ko'rsatib o'tish mumkin.

Shuningdek, oilaning nosog'lomligi oqibatida vazni kam bolalar tug'ilishi, turli asoratlangan homiladorlik holatlari, bolaning jarohatlar bilan tug'ilishi, chaqaloqlarda yuqumli kassaliklar holatlari kuzatilishi mumkin.

Sog'lom oilani rejalashtirish masalasiga xavf omillari mavjudligi nuqtayi nazaridan yondoshilganda, ularni barvaqt aniqlash va xavflilik darajasini to'g'ri baholash oilani o'z vaqtida sog'lomlashtirish imkonini beradi. Xavf omillari ta'siriga duchor bo'lgan oilalarda ularni

sog'lomlashtirish uchun chora-tadbirlar majmuasini ishlab chiqish, malakali tibbiy yordam ko'rsatish, kadrlar malakasini oshirish va shu kabilarni amalga oshirish uchun sharoit yaratadi.

Ona uchun bunday keng qamrovli va ko'p qirrali xavf omillari qatoriga: birinchi tug'ish, tug'ruqlar sonining ko'pligi, tez-tez homilador bo'lib qolish, reproduktiv yoshining dastlabki yoki so'nggi davrlarida homilador bo'lish, tug'ish jarayonida bolalarning nobud bo'lishi, ovqatlanishining kam-ko'st bo'lishi kabilar kiritiladi. Bola uchun esa oilada bolalar sonining ko'pligi, yashash joyi tanqisligi, ota-onalarning malakasi, sanitariya sharoitlarining qoniqarsiz holati, tibbiy madaniyat va tibbiy faollikning pastligi, oilaning yupun yashashi kabilarni kiritish mumkin.

Respublikamizda olib borilayotgan samarali demografik va ijtimoiy siyosat bir tomondan kam ta'minlangan oilalarni moddiy qo'llab-quvvatlash, aholining turmush darajasini yuksaltirish, ish bilan ta'minlash, ish joylarini yaratishga qaratilayotgan bo'lsa, ikkinchi tomondan mavjud tibbiyot tizimini isloh qilish tug'ishga yordamlashuvchi muassasalar moddiy-texnik asosini mustahkamlash, malakali tibbiy kadrlar bilan ta'minlash va zamonaviy jihozlar bilan jihozlashga qaratilgandir.

Aholi o'rtasida sog'lom yashash tarzini shakllantirish, aholining umumiy va tibbiy madaniyati hamda tibbiy faolligini yuksaltirish borasida olib borilayotgan ishlar o'zining dastlabki natijalarini bermoqda. Tug'ilish, bolalar o'limi, onalar o'limi ko'rsatkichlari yildan-yilga kamayib, aholining o'rtacha umr ko'rish davomiyligi esa oshib bormoqda. Har bir ayolning o'z maqsadiga muvofiq tug'ish va oilaning soni masalasida homilador bo'lishi uchun qulay vaqtni tanlashi, homiladorlik va tug'ruqni o'zining, chaqaloq va bolaning sog'ligi uchun eng yaxshi imkoniyat tug'ilganga qadar orqaga surishi ona va uning oilasi uchun juda muhimdir. Homiladorlik va tug'ruq oralig'ini tartibga solish bilan ayol o'z sog'ligini mustahkamlaydi, bola tarbiyasi va parvarishi uchun ko'proq vaqt ajratadi, bolani to'g'ri ovqatlantiradi. Homiladorlik oralig'i (interval) haqida gapiradigan bo'lsak, ayol oldingi tug'ruqdan keyin kamida 24 oy davomida homilador bo'lmagani yaxshi.

Agar ayolda bola tashlash va sun'iy abort bo'lgan bo'lsa, u 6 oy davomida kutishi ma'qul bo'ladi. Birinchi homiladorlikni 18 yoshdan keyin rejalashtirish maqsadga muvofiq. Homiladorlikdan saqlanishning juda ko'p usullari mavjud: an'anaviy va zamonaviy, vaqtinchalik va doimiy; O'zbekiston sharoitida yetarli darajada topiladigan, sog'lom homiladorlikni rejalashtirish imkonini beradigan usullar mavjud. Bu haqida shifokor bilan maslahatlashilsin - u eng yaxshi usulni tanlashga yordam beradi. Homiladorlikni rejalashtirish usulini tanlash ayolning sog'ligi rejalashtirayotgan oila soni, shuningdek, shaxsiy ehtiyojidan va ishonchidan kelib chiqishi lozim. Ba'zi odamlar 15-18 yosh orasida homilador bo'lish hech qanday xavfli emas deb o'ylaydilar. Bu xato: 15-18 yoshli o'smir qizlarda homiladorlik va tug'ruq bilan bog'liq o'lim xavfi 20 yoshdan oshganlarga qaraganda 2 marotaba ko'proq. Ba'zi odamlar yoshlik paytda tez-tez bola tug'ib olish kerak, chunki bu davrda organizm kuchli bo'ladi deb o'ylashadi. Bu ham xato fikr. Tez-tez homilador bo'lish va tug'ish har qanday ayolda, har qanday yoshda sog'liq uchun zararlidir.

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti ona va bola salomatligini muhofaza qilish ishlarini yanada takomillashtirish maqsadida 2009-yil 1-iyulda PQ-1144 sonli "2009-2013-yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to'g'risida"gi Qarorini qabul qildi. Qarorida ko'zda tutilgan barcha sohalarda amalga oshirilishi lozim bo'lgan ishlar 2009-2013-yillar davomida mutasaddi tashkilotlarga taqsimlanib, tegishli vazifalar belgilandi.

Bu vazifalar quyidagilardan iborat. I. Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash tizimini takomillashtirish, sog'lom bola tug'ilishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish. 1) tug'ish yoshidagi, ayniqsa, olis va yetib borish qiyin bo'lgan tumanlarda ayollarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish. O'smir qizlarni majburiy profilaktik tibbiy ko'rikdan o'tkazilishini tizimli asosda olib borishni kengaytirish va sifatini oshirish. 2) Nikohdan o'tuvchi shaxslarni nikohdan oldingi tibbiy ko'rik bilan to'liq qamrab olish va aniqlangan bemorlarni davolash. 3) Ayniqsa, ekstragenital kasalliklar bilan "D" nazoratida

turgan, 35 yoshdan oshgan, tug'ruq intervali 3 yildan kam bo'lgan fertil yoshdagi ayollarni kontraseptiv vositalarning zamonaviy turlari bilan qamrab olish. 4) Homilador ayollarga birlamchi sog'liqni saqlash bo'g'ini mutaxassislari tomonidan antenatal yordam ko'rsatishni takomillashtirish. 5) Sog'liqni saqlashning barcha birlamchi bo'g'in muassasalarida tibbiy yordam ko'rsatishning zamonaviy ilg'or texnologiyalarni joriy etish, tug'ruqqa yordam ko'rsatish va bolalikni himoya qilish chora-tadbirlarini quyidagi dasturlarni bajarish orqali amalga oshirish: reproduktiv salomatlikni saqlash, samarali perinatal yordam ko'rsatish, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni birlamchi jonlantirish va parvarish qilish, emizishni targ'ib qilish, bolalar yoshidagi kasalliklarni integratsiyalashgan tartibda kuzatish, bolalarni o'sishi va rivojlanishini monitoring qilish, oilaviy ta'lim va boshqalar.

II. Tug'ruqqa yordam ko'rsatish, onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasalari hamda onalar va bolalarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'ini muassasalarining moddiy texnika bazasini yanada mustahkamlash. "Salomatlik-2" loyihasini amalga oshirish doirasida respublikadagi barcha tumanlarda QVPlarni zamonaviy tibbiy va diagnostik uskunalarni bilan jihozlash yo'li bilan sog'liqni saqlashni birlamchi bo'g'ini muassasalarining moddiy-texnik bazasini yanada mustahkamlash.

III. Aholi o'rtasida sog'lom bolalar tug'ilishi va ularni tarbiyalash, yoshlarda sog'lom va ahil oila qurishga, sog'lom turmush tarzini olib borishga intilishni shakllantirish bo'yicha tushuntirish ishlarini kuchaytirish.

1. Sog'lom oilani shakllantirish, sog'lom farzandlarni dunyoga keltirish va tarbiyalash masalalari bo'yicha tibbiyot institutlari va ilmiy tekshirish institutlari mutaxassislari tomonidan tushuntirish ishlarini olib borish.

2. Mahallalarda, ta'lim muassasalarida shuningdek, tashkilotlarda quyidagilarni:

- nikohdan o'tuvchi shaxslarni majburiy tibbiy tekshiruvdan o'tkazish yo'li bilan sog'lom oila qurish;

- tug'ruq orasidagi muddatni uzaytirish, sog'lom farzandlar ko'rish uchun maqbul yoshga rioya etish;

● nomaqbul homiladorlik va qarindoshlik nikohi profilaktikasini shakllantirish borasida aholi o'rtasida tushuntirish ishlarini kengaytirish.

3. Respublikaning barcha tug'ruq muassasalarida yosh onalarni "Ilk yoshdagi bolalarni parvarishlash asoslari"ga o'rgatish.

4. Umumta'lim maktablari uchun "Sog'lom turmush tarzi" va akademik litseylar, kasb-hunar kollejlari o'quvchilari hamda oliy ta'lim muassasalari talabalari uchun "Sog'lom avlod asoslari va oila" kurslarini yangilangan dasturini ishlab chiqish uchun takliflar berish.

5. Aholining keng qatlamlari uchun sog'lom turmush tarzi, oqilona ovqatlanish, reproduktiv salomatlik, sog'lom oilani shakllantirish masalalari bo'yicha "Bexatar onalik", "Sog'lom oilani shakllantirish", "Sog'lom turmush tarzi asoslari", "Sog'lom ovqatlanishga 12 qadam" va boshqa mavzularda bukletlar, plakatlar, broshyuralar, eslatma va videoroliklar ishlab chiqish hamda tarqatish.

IV. Bolalar va o'smirlarni jismoniy jihatdan bekamu kust hamda uyg'un kamol toptirish, jismonan baquvvat va ma'nan barkamol yosh avlodni shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish.

1. O'smirlar va yoshlar o'rtasida sog'lom turmush tarzini olib borish dasturlarini ishlab chiqish.

2. Maktabgacha tarbiya va umumiy o'rta ta'lim muassasalarida bolalarning to'g'ri kamol topishi hamda jismoniy yetilishi ustidan monitoring olib borish.

3. Bolalar va o'smirlarni faol jismoniy faoliyatga jalb qilish, shuningdek, ularni sport, turistik seksiya va tugaraklarga qiziqtirish.

V. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasida faoliyat ko'rsatayotgan tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish, ayollar va bolalarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam siftini yaxshilash.

Zamonaviy kontrasepsiya usullari

Bachadon ichi vositalari (BIV) BIV - bu kichik plastik yoki metall tizilma bo'lib, bachadon ichiga kiritiladi. BIV spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi va urug'lanishga yo'l qo'ymaydi. Hozirgi paytda BIVning ko'p turlari mavjud: eng ko'p tarqalgan turidan biri tarkibida mis, kumush yoki sun'iy progestin garmoni bo'lgan modellardir. BIV - homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli

hisoblanadi. BIV - xotin-qizlar maslahatxonalari, qishloq shifokorlik punktlari (QVP) sharoitida maxsus tayyorgarlik ko'rgan mutaxassislar (shifokor akusher-ginekolog yoki akusher) tomonidan qo'yiladi. Bu og'riqsizlantirishni talab qilmaydigan oddiy muolaja hisoblanadi.

Bachadon ichiga to'g'ri kiritilgan BIV xavfsiz va noqulaylik keltirib chiqarmaydi. BIVni hayz ko'rish siklining xohlagan kunida kiritish mumkin, qachonki ayol homilador emasligiga, boshqa biror xil moneliklar yo'qligiga ishonchi hosil qilinsa. BIVlarining turiga qarab 12 yilgacha foydalanish mumkin. Xohlagan paytda ayol xohishi bilan oldirib tashlashi mumkin. BIVlarini bittadan ortiq kishi bilan jinsiy aloqada bo'ladigan ayollarda qo'llash tavsiya etilmaydi. BIV jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va immun tanqisligi virusidan himoya qila olmaydi.

Kontrasepsiyadan foydalanilayotgan barcha ayollar har yili meditsina ko'rigidan o'tib turishi lozim. Ba'zi ayollar BIV bepushtlikka sabab bo'ladi deb o'ylaydilar. Bu fikr to'g'ri emas: BIVsini olib tashlagandan keyin ayolning tug'ish qobiliyati tezda tiklanadi. Agar ayolda kichik chanoq a'zolarining davolanmagan yallig'lanish kasalligi bo'lsa, unda BIV ishlatish, ishlatmasligidan qat'i nazar bepushtlik bo'lishi mumkin.



160-rasm. Bachadon ichi vositalari.

Kombinatsiyali oral kontraseptivlar (KOK). Kombinatsiyalangan oral kontraseptivlar tarkibida ayol organizmida ishlab chiqiladigan gormonlar bo'ladi. Ularni to'g'ri qabul qilsa, bu gormonlar ovulatsiyani bostiradi va homiladorlikdan samarali himoya qiladi. Tabletkalar juda

samarali va xavfsiz, undan uzoq yillar davomida foydalanishingiz mumkin. Hozirgi paytda tabletkadagi gormonlar deyarli kamaytirilgan, bu esa noxush ta'sirni kamaytiradi.

KOKlar paketida 21 va 28 tabletkaga bo'ladi: Agar 21 talik paketdan foydalansa, ikkinchi paketdagi tabletkani ichishdan oldin bir hafta tanaffus qilishi kerak. Agar 28 talik paketdan foydalansa, tanaffus qilish shart emas, birinchisi tugashi bilan ikkinchisini boshlashi mumkin. KOKni qabul qilayotgan ba'zi ayollarda boshida ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, kamroq semirishi, sut bezlari taranglashuvi va og'riq kuzatilishi mumkin, lekin bu belgilar odatda, 3 oylar ichida o'tib ketadi. Homiladorlikdan saqlovchi tabletkalarni har kimga ham tavsiya etib bo'lmaydi. Agar ayol 35 yoshdan oshgan bo'lsa, qon bosimi baland bo'lsa, cheksa, og'ir yurak qon-tomir yoki jigar kasalligi, migren bo'lsa, KOK tavsiya etilmaydi. Agar ayol bola emizayotgan bo'lsa, qaysi turdagi kontraseptiv tabletkalardan foydalanish yaxshiroq va uni qachon boshlash kerakligi haqida avval shifokor bilan maslahatlashib olish lozim. Ba'zi ayollar kontrasepsiv tabletkalar bepushtlikka olib keladi deb o'ylaydilar. Bu to'g'ri emas: Siz tabletkaga ichishni to'xtatishingiz bilan homilador bo'lish qobiliyati o'z qaddiga qaytadi. Boshqa ayollar gormonal tabletkalar badanda junlarning o'sishini tezlashtiradi deb hisoblaydilar. Bu ham noto'g'ri: aksincha ba'zi kam dozali gormonal tabletkalardan badandagi junlar o'sishini susaytirish maqsadida foydalaniladi. Gormonlar kontraseptiv tabletkalardan Rigevidon, Anteovin, Ovidon, Marvelon, Mikrogenon va boshqalar qo'llaniladi.



161-162-rasmlar kombinatsiyali va inyeksion vositalar.

Prezervativlar. Prezervativ dunyoda keng tarqalgan kontraseptiv vositalardan biri hisoblanadi, chunki u jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar va orttirilgan immun tanqisligi virusi (OIV)ning yuqish xavfini

kamaytiradi. Prezervativlar spermaning qinga tushishiga yo'l qo'ymaydi. Shu sababli, nafaqat homiladorlik, balki jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan ham saqlaydi. Prezervativlar lateksdan tayyorlanadi, ular turli xil rang va o'lchamlarda lyubrikantli, lyubrikantsiz bo'ladi. Lyubrikant tarkibida spermisidlar bo'lishi ham mumkin, ular spermatozoidlarni o'ldiradi. Prezervativlar xavfsiz va hech qanday nojo'ya ta'sir ko'rsatmaydi. Agar to'g'ri ishlatilsa, prezervativlar homiladorlikdan saqlanishning eng samarali usuli hisoblanadi. Prezervativning upakovkasidagi yaroqlilik muddati tekshirilib, faqat bir marotaba ishlatish lozim. Muddati o'tgan prezervativni ishlatish yaramaydi, shuningdek, paketi ifloslangan, yog'li yoki yirtilgan bo'lsa ham ishlatilmaydi. Jinsiy aloqa vaqtida tarkibida yog' bo'lgan surtmalar (M: vazelin) ishlatish mumkin emas, chunki ular lateksni ishdan chiqarib, prezervativ samaradorligini yo'qotadi. Prezervativni ishlatishdan oldin uning upakovkasini sekin-asta oching, uni yirtib yubormang. Kiyishga qadar ochmaslik muhim ahamiyatga ega. Jinsiy olat taranglashgan paytda prezervativni uning uchiga kiying, bir qo'lingiz bilan prezervativdagi sperma to'plagichdan ushlab, ikkinchi qo'lda prezervativni ag'darib, olat tubiga qadar kiydiring. Sperma to'plagich va olat uchi orasida bo'shliq qolishini tekshirib ko'ring. Shaxvatni to'kib bo'shashgandan keyin prezervativni qo'l bilan ushlab turib, olatni qindan chiqarish kerak va hali tarangligida uni yechish lozim. Ba'zi odamlar bitta prezervativni bir necha bor ishlatish mumkin deb o'ylashadi. Bu noto'g'ri: barcha prezervativlar bir marta ishlatishga yaroqli.



163-rasm. Prezervativlar.

Spermisidlar. Spermisidlar-kimyoviy modda bo'lib, ular spermatozoidlarni bachadon bo'yni kanaliga yetib bormasdan shikastlaydi. Ular dorixonalarda krem, gel, malham (maz), tabletka yoki aerosol shaklida sotiladi. Barcha turdagi spermisidlar jinsiy aloqadan oldin qinga kiritiladi. Ba'zi spermisidlarning 15 daqiqa vaqt ichida ta'sir kuchi boshlanadi. Bir doza spermisid faqat bir soat davomida samaralidir. Har bir jinsiy aloqadan oldin albatta spermisidning yangi dozasi qo'llanilishi shart, uning jinsiy a'zoning nojuya ta'siri kam, ayol va erkaklarda qisman achishi mumkin. Spermisidlar tarkibida gormonlar bo'lmaydi va kontrasepsiyaning boshqa usullariga qaraganda kam samara beradi. Uning samaradorligini oshirish maqsadida boshqa usullar bilan qo'shib ishlatish (M: prezervativ) maqsadga muvofiqdir. Agar ayol bezovta bo'lsa va homiladorlikni istamasa yoki meditsina ko'rsatmasiga binoan homiladorlikka monelik bo'lsa, bunday ayollarga spermisidlardan ko'ra boshqa kontrasepsiya usullarini qo'llash afzal. Ba'zi ayollar spermisid qo'llagandan keyin qinni chayish kerak deb o'ylaydilar. Bu noto'g'ri: spermisidlardan keyin qinni chayish qin normal mikroflorasiga zarar yetkazishi mumkin, bu esa infeksiya tarqalishiga sharoit yaratadi. Siz toza suv bilan tagingizni yuvib olishingiz mumkin, lekin qinni jinsiy aloqadan 8 soat o'tgandan keyin chayish tavsiya etiladi.

Tezkor kontrasepsiya tabletkalari. Tezkor kontrasepsiya tabletkalarini qachon ishlatish mumkin? Qancha vaqt ichida tezkor kontrasepsiya tabletkalari o'z ta'sirini ko'rsatadi? Tezkor kontrasepsiya tabletkalari – himoyalanmagan jinsiy aloqada bo'lgan, kontrasepsiya usuli muvaffaqiyatsiz bo'lgan yoki homiladorlikni istamagan ayollar uchun qulay imkoniyat. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari – xavfsiz va samarali, lekin uni doimiy ravishda qo'llab bo'lmaydi. Uni dorixonadan shifokor reseptisiz olish mumkin. Tabletkadan foydalanishdan oldin shifokor bilan maslahatlashish lozim. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari upakovkasida bir (EscapelR) yoki ikki'(PestinerR) dona tabletka bo'ladi. Ularni himoyalanmagan jinsiy aloqadan keyin dastlabki 120 soat davomida ichilsa ta'siri yaxshi bo'ladi, agar 48 soat ichida ichilsa yanada samaraliroqdir. Upakovkada 2 ta tabletka bo'lsa tezlik bilan bittasini ichiladi, ikkinchisini esa 12 soat o'tgandan keyin ichiladi.

Nojuya ta'siri - bosh og'rig'i, qorin og'rig'i, charchoq, ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanish, sut bezlari taranglashuvi, qindan tartibsiz qon kelishi shakllarida ko'zga tashlanadi. Tezkor kontrasepsiya tabletkalari jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va OIVdan himoyalamaydi. Tezkor kontrasepsiyadan foydalanganda quyidagi hollarda darhol shifokorga murojaat qiling: hayz qoni odatdagidan kamaysa; avvalgi hayz ko'rishdan keyin 4 hafta o'tishi bilan hayz qoni kelmasa; qorin pastida o'tkir og'riq bo'lsa. Ba'zi ayollar homilador bo'lib qolgan taqdirda ham tezkor kontrasepsiya tabletkalaridan foydalansa samara beradi deb o'ylashadi. Bu noto'g'ri: agar ayol homilador bo'lib, tuxum hujayra bachadonga payvandlangan bo'lsa, tezkor tabletka ta'sir qilmaydi. Tezkor kontrasepsiya ovulatsiyani bosadi va spermatozoidlarning harakatini qiyinlashtiradi hamda payvandlanishning oldini oladi. Tuxum hujayra payvandlangan bo'lsa, tezkor kontrasepsiya samara bermaydi va bolani tushirmaydi.

Kontrasepsiyaning tabiiy usullari. Hayz siklining davomiyligi qanday hisoblanadi? Hayz siklining qaysi kunlarida homilador bo'lish mumkin? Kontrasepsiyaning tabiiy usullari fertil kunlarni aniqlashga asoslangan. Tabiiy usullarni qo'llashning muvaffaqiyati ayollarning o'z fertil kunlarini aniqlash qobiliyati va erlarining tanlangan usul qoidalariga amal qilishiga bog'liq. Kombinatsion usul eng tarqalgan usullardan hisoblanadi. Ayollar o'zingizning fertil kunini aniqlash uchun hayz siklining davomiyligini bilishi zarur. Bu birinchi hayzning oxirgi va kelayotgan hayzning birinchi kuni oralig'idagi muddatdir. Agar ayolning hayz sikli 26 kundan kam 32 kundan ko'p bo'lsa, bu usulni qo'llash foyda bermaydi. Ayol hayz siklining faqat ma'lum kunlarida homilador bo'lishi mumkin. Siklning 8-19 kunlari ayollarning homilador bo'lishi mumkin bo'lgan kunlardir. Agar ayol homilador bo'lishni istamasan unda ushbu 12 kun davomida spermidlar yoki prezervativlardan foydalanish yoki butunlay jinsiy aloqadan voz kechishga to'g'ri keladi. Boshqa kunlar, ya'ni 8 kunga qadar va 19 kundan keyin homilador bo'lish xavfi juda kamayadi. Agar ayol yaqinda abort qildirgan yoki bola tashlagan bo'lsa, kelgusi hayz sikliga qadar kalendar usulidan foydalanmaganingiz ma'qul. Agar ayol yaqinda tuqqan yoki bolani emizayotgan bo'lsa, to 3 marotaba normal hayz sikli qaytarilmaguncha kalendar usulidan foydalanishi mumkin

emas. Ba'zi kishilar hayz siklining o'rtasida faqat 1-2 kunlari fertil kuni, shu kunlari homiladorlikdan saqlansa yetadi deb hisoblashadi. Bu xato: ayollarda hayz sikli davomida 12 kungacha fertil kuni bo'ladi.

Laktatsion amenoreya usuli. Ayollarga chilla davrida kontrasepsiyaning qaysi usuli ma'qul hisoblanadi? Laktatsion amenoreya usuli nima ekanligini bilasizmi? Laktatsion amenoreya usuli (LAU) - bu kontrasepsiyaning tabiiy usulidir. Laktatsion amenoreya atamasi (termini) lotin tilida - bolani emizish davrida fiziologik nuqtayi nazardan hayz siklining bo'lmasligi degan ma'noni anglatadi. LAU ilmiy isbotlarga asoslangan, agar ayol bolani faqat emchakdan emizsa, homiladorlik bo'lmaydi. Faqat emchakdan emizish deganda bola o'z talabiga ko'ra kunduz kuni ham kechasi ham ona sutini emadi, biror xil qo'shimcha ovqat hattoki suv ham berilmaydi. LAU quyidagi 3 ta mezonga amal qilgandagina butun laktatsiya davrida kontraseptiv himoya vazifasini bajaroladi. Agar ayol bolani faqat emchakdan emizsa, kamida 8 marotaba, bunga tungi emizish ham kiradi va hech qanday qo'shimcha ovqat hattoki suv ham bermaysa, tug'ruqdan keyin biror marta ham hayz ko'rmaydi. Shu yo'lda kamida 6 oy, iloji boriga 2 yil davomida bolani emizish tavsiya etiladi. LAU ona va bola uchun juda ko'p qulayliklarga ega. Kontraseptiv usul sifatida 98% ko'proq samara beradi. Tug'ruqdan keyingi 6 oy ichida hoimladorlikdan samarali himoya qiladi. Ona va bola jismonan va ruhan bir-biri bilan aloqada bo'lishiga imkoniyat yaratadi. Tug'ruqdan keyin darhol foydalanish mumkin. Moddiy jihatdan chiqim, asbob-uskuna va muolaja talab qilmaydi. Nojuya ta'siri iqtisodiy zarari bo'lmagan tabiiy usul hisoblanadi. Bu usul ta'sirli bo'lishi uchun bolani dastlabki talabi bo'yicha emizish kerak, ya'ni kunduzi ham, kechasi ham, hattoki ayol yoki bola kasal bo'lgan taqdirda ham emizishni davom ettiraverish kerak. Bola 6 oylik bo'lgunga qadar hech qanday ovqat, suv va boshqa suyuqliklar berishi man etiladi. Agar aytib o'tilgan 3ta mezonga amal qilishmasa kontrasepsiyaning boshqa usulidan foydalanish ma'qul. Ba'zi ayollar uzoq vaqt emachakdan emizsa, homiladorlikdan samarali himoya qiladi deb o'ylaydi, ammo laktatsion amenoreya usuli samarali bo'lishi uchun yuqorida qayd etilgan mezonlar amal qilish kerak.

Tug'ruqdan keyingi kontrasepsiya. Keyingi bolani tug'ish uchun kamida 3 yil sabr qilish kerak. Bu onaning va bolaning sog'ligi va umrini

saqlaydi, chala va kam vaznli bolalar tug'ilish xavfini kamaytiradi. Ayollar uchun bolani emizishi yoki emizmasligiga qarab kontrasepsiyaning bir necha usullari mavjud. Tanlangan kontrasepsiya usuli bolani emizishga salbiy ta'sir ko'rsatmasligi lozim. Tarkibida mis bo'lgan BIVni tug'ruqdan 48 soat o'tgandan keyin bolasini emizish, emizmasligidan qat'i nazar yoki 4 hafta o'tgandan keyin xohlagan vaqtda qo'yish mumkin. Emizikli yoki emizmayotgan onalar prezervativ yoki spermisidlardan tug'ruqdan keyin jinsiy hayotni boshlashi bilan foydalanishi mumkin. Bolasini emizmayotgan ayollar kombinatsiyalangan oral kontraseptivlardan tug'ruqdan 3 hafta o'tgandan keyin foydalanishi tavsiya etiladi. Ba'zi ayollar spermisidlar tarkibida ximikatlar bo'lgani uchun bolani emizmaslik kerak, chunki u sutning miqdorini kamaytirib bolaga zarar yetkazadi deb o'ylashadi. Spermisidlar tarkibida gormonlar va boshqa ximikatlar bo'lmaydi, ona sutiga o'tmaydi. Shuning uchun tug'ruqdan keyin uni bemalol qo'llash mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Gormonal kontrasepsiyaning qaysi turlarini bilasiz? 2. Kontrasepsiyaning tabiiy usullariga nimalar kiradi? 3. Tezkor kontrasepsiya haqida tushuncha bering. 4. Spermisidlar qanday qo'llaniladi? 5. Bachadon ichi vositalari sifatida nima qo'llanadi?

Test savollari

Kontrasepsiyaning tabiiy usullariga quyidagilar kiradi?

- a) spermisidlar
- b) bachadon ichi vositalari.
- v) kombinatsiyali oral kontrasepsiya.
- g) laktatsion amenoreya va standart usuli.
- d) prezervatilar.

Gormonal kontraseptivlar sifatida quyidagi tabletkalar ichiladi:

- a) Escapel R, Follikulin.
- b) Pestiner R, microphollin
- v) Testosteron, methyltestosteron dipropionat
- d) 17-oxypogisteron capronat, aestrادتol
- g) Ovidon, Rigevidon, Anteovin

XXXI BOB. KLIMAKTERIK DAVRDA HAMSHIRALIK ISHI

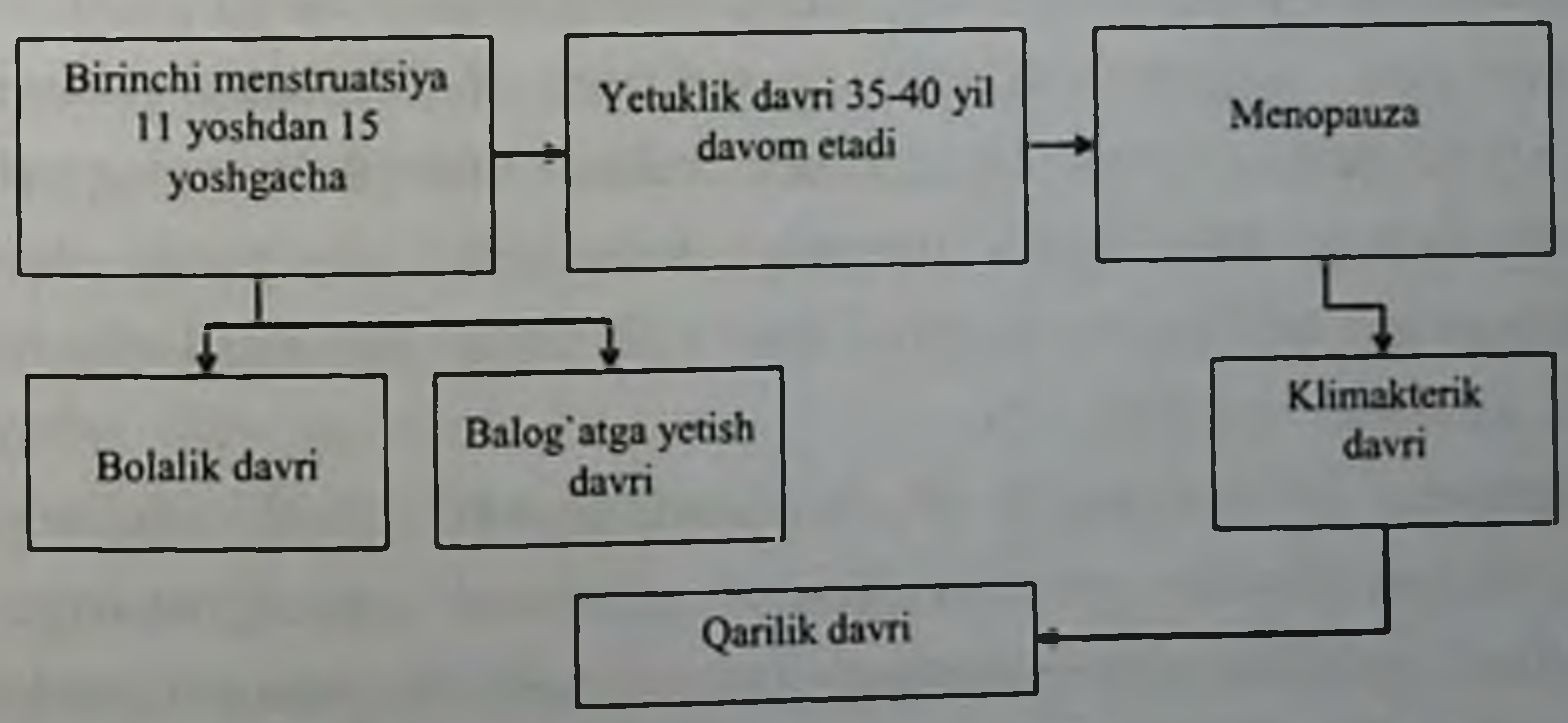
KLIMAKTERIK DAVRDA FIZIOLOGIK VA IJTIMOIIY RUHIY MUAMMOLARNING RIVOJLANISHI

Klimakterik davr (yunoncha klimakter) pog'ona, o'tish davri degani.

Klimakterik davr - bu davrda tuxumdonning funksiyasi asta-sekin so'na boshlaydi va to'liq to'xtaydi. Jinsiy yetuklik funksiyasining to'liq tugashigacha bo'lgan davr. Bu davr boshidan oxirigacha 10 yil davom etadi. Ba'zi bir ayollarda klimakterik davr 45-47 yoshdan, ba'zilarida esa 50 hatto 55 yoshdan boshlanishi mumkin.

Oxirgi vaqtlarga kelib o'rtacha yashash davri uzaydi. Taraqqiy etgan mamlakatlarda o'rtacha yashash davri 75-80 yosh, endi taraqqiy etayotgan mamlakatlarda 65-70 yoshni tashkil etadi, menopauza esa doimiy saqlanib 49-50 yosh bo'lib qolmoqda. Umrning uzayishi menopauza yoshidagilar sonining oshishiga va yoshidagilar ko'p qismi menopauza davriga to'g'ri keladi.

Insonning hayot sikli va klimakterik davr



Menopauza - oxirgi menustruatsiyadan keyin bir yil davomida hayz ko'rmasa menopauzani bildiradi. O'zbekiston tug'ish bo'yicha yuqori ko'rsatkichli region hisoblanadi. Ko'p tug'ish gipofizar - tuxumdon sistemasini toliqtiradi, klimakterik davrni patologik o'tishiga

olib keladi. Klimakterik sindromda ayolning jamiyatda va oilada faolligi susayadi. O'zbekistonda aholining 51,2% ni ayollar tashkil etadi, shundan o'rtacha 37% ayollarda klimakterik davr patologik kechadi. 60% gipomenustral tipda, 32% giperminustral tipda, 8% hayz sikli bir vaqtda to'xtaydi.

Muammoning dolzarbligi: Hozirgi vaqtda O'zbekiston Respublikasida ayollar aholining 50,2% ni tashkil qiladi, ulardan 37% klimakterik davrning patologik kechishidan zahmat chekadi.

Hozirgi vaqtda klimakterik sindromli ayollarning hayoti sifati, yurak ishemik kasalligi, ateroskleroz va gemorragik insultni rivojlanishi xavfi qon zardobidagi past zichlikdagi lipoproteidlar (PZLP) darajasiga bog'liqligi aniqlangan.

Shuningdek, perimenopauza davrida regulyar hayz sikllarining tiklanishi kuzatilgan bo'lib, bu esa estrogenlarning lipidlar perekisli oksidlanishi intensivligiga ijobiy ta'sir qilishi, azot oksidi hosil bo'lishini ortishi va endotelin hosil bo'lishini to'xtashi hamda tomirlar va silliq mushaklarning spastik holati xavfini kamaytirishi natijasida tomirlar endoteliysi faoliyati yaxshilanadi.

Shu narsa aniqlanganki, simpatoadrenal tizimni faollashishi lipidlarni perekisli oksidlanishini intensivligini ortishi bilan kechadi, bu esa ko'pchilik olimlar fikriga ko'ra menopauza davridagi ayollar organizmidagi metabolik o'zgarishlar darajasini belgilaydi.

Aterogen lipoproteidlarni perekisli oksidlanish intensivligi va fermentlar faolligi ko'rsatkichlari bilan kompleks o'rganish, bemor organizmining metabolik holatini baholash va yangi farmakologik preparatlarni qo'llagan holda davolashning samaradorligini aniqlash uchun muhim hisoblanadi.

Nimaga klimakterik davr boshlanadi? Follikulalar atreziyaga uchraydi, ayollarda ayollar jinsiy gormoni estrogenning kamayishi kuzatiladi, gonadotrop gormonning ko'p sekretsiyasiga qarshi reaktivlik susayadi yoki tugaydi, menopauza boshlanadi.

Klimaksning paydo bo'lishida endokrin mezonlar: follikulalarni stimullovchi, lyuteinlovchi gormonlar miqdorining oshishi, estradiol miqdorining va estradiol/estron indeksining pasayishi hamda androgen/estrogen nisbatining oshishi bilan ifodalanadi.

Estrogen – gormonining butun organizmga ta'siri:

1. **Jinsiy organlarga ta'siri:** a) follekulalar yetilishiga, bachadonni rivojlantiradi, homiladorlik va tug'ruqqa tayyorlaydi, hayz siklini regulatsiya qiladi. b) bachadon bo'ynidan shilimshiq chiqishini regulatsiya qiladi, shilimshiq jinsiy aloqani yengillashtiradi. d) ko'krak bezlarini rivojlantiradi.

2. **Suyakka ta'siri:** suyakni mustahkamlaydi, suyakdagi almashinuvga ta'sir qiladi.

3. **Qon aylanish sistemasiga ta'siri:** yurak va qon tomirlar funksiyasini nazorat qiladi.

4. **Teriga ta'siri:** teri tonusini saqlab turadi

5. **Psixikaga ta'siri miya hujayralarini qavvatlab turadi.**

Estrogen gormoni yetishmaganda: Hayz siklining buzilishi, vegetotomirlar distoniyasi (vazomotor buzilish) issiqlikni buzilishi, terlash, bosh aylanishi, psixonevrologik o'zgarishlar – bosh og'rig'i, uyqusizlik, depressiya, xotiraning sustligi, siydik tanosil organlar atrofiyasi, qarilikdagi kolpit, qindagi diskomfort, jinsiy aloqaning buzilishi, siydikni ushlab tura olmaslik, yurak qon tomir kasalliklari, ateroskleroz, koronar kasalliklari, insult, osteoporoz, umurtqa pog'onasi, son va boshqa suyaklarning sinishi holatlari kuzatiladi.

Birinchi bo'lib reproduktiv faoliyat buziladi, keyin gormonal, feyertil faoliyat menopauzadan oldin susayadi 35 yoshdan so'ng klimakterik davrni quyidagicha bo'lish mumkin

Perimenopauza 45-55 yosh klimakterik simptomlarning birinchi belgilari paydo bo'ladi hayz siklining o'zgarishi, issiq quyilishi, havotirlik, estrogen yetishmaslik holati bu menstruatsiya tugashiga 2 yil qolguncha davom etadi.

Menopauza oxirgi menstruatsiya 50 yosh 2,5 yil bu davr menstruatsiyani 12 oy davomida bo'lmasligi. Agar menstruatsiya 40-44 yoshda tugasa bu erta, 36-39 yoshda tugasa vaqtidan oldingi menopauza hisoblanadi, 1% ayollarda 60 yoshda, 1% hollarda 40 yoshgacha bo'lgan davrda boshlanadi.

Postmenopauza – hayzni 2 yil davomida bo'lmasligidan 65-69 yoshga qadar bo'lgan davr hisoblanadi. Menopauza davrdagi yosh irqqa, nasldagi xususiyatlar klimakterik davrga va ayolning sog'lig'iga

bog'liq. Gonadotropinlar miqdori ko'payadi. FSG 14 marta, LG 3-4 marta ko'payadi, LG 3-4 marta ko'payadi,, follikulyar apparat susayadi - estrogenlar miqdori kamayadi. 30-80% ayollarda klimakterik davr patologik kechadi va klimakterik yoki menopauzal sindrom paydo bo'ladi. Sun'iy menopauza ham tavofut etiladi tuxumdonlarni operatsiya yo'li bilan olib tashlanganda, radioaktiv va sitostatik vositalar qo'llanilganda. Bunda ayollarda postkastratsion yoki postovarioektomik sindrom yuzaga keladi.

ERKAKLAR KLIMAKSI

Erkaklar klimaksi 45 yoshdan boshlanadi. Klimakterik sindrom - bu yosh o'tishi bilan gormonal o'zgarishlar va moddalar almashinuvidagi o'zgarishlar, jinsiy bezlarning faoliyatini so'nishi bilan namoyon bo'ladi. Bu yoshda erkak organizmida patologik simptomlar paydo bo'ladi asab sistemasida, endokrin, yurak qon sistemasida bu esa patologik erkaklar klimaksi degan tushunchasini yuzaga keladi.

Erkaklar klimaksi belgilari turli xil bo'ladi. Erta klimaks 45 yoshgacha, asosan 46-60 yosh, kechki klimaks 60 yoshdan so'ng yuzaga keladi. Klimaks boshlanishiga ko'pincha endogen va ekzogen faktorlar ta'sir etadi. Avvolambor jinsiy a'zolari tug'ma neyrohumoral ta'minlashining sustligi, jinsiy a'zolar yetilishining buzilishi (Gipogonadizm, kriptorxizm), qandli diabet, hamma turdagi kastratsiya (travmatik, jarrohlik, medikamentoz, nur bilan va ionizatsiyalangan radiatsiya), alkogol va boshqa surunkali intoksikatsiyalar ta'siida. Erkaklardagi klimaks ayollarga nisbatan kech yuzaga keladi, kam hollarda sezilarli bo'lmaydi va qarilik belgilari bilan uyg'unlashib ketadi.

Erkaklar klimaksi psixosotsial buzilishlar bilan kuzatiladi. 1. Jahlning tez chiqishi, qo'rquv, tez urishib qolish, xavotirlik. 2. Bosh og'rishi, bosh aylanishi, eslash qobiliyatini susayishi, bir narsaga diqqat bilan e'tibor berishining susayishi. 3. Ayrimlarda qo'zg'aluvchanlik holati, qon bosimining ko'tarilishi, birdan jahilning chiqishi, aksincha ayrimlarda uyquchanlik, dormonsizlik, depressiya holati kuzatiladi.

Erkak jinsiy bezlari tuxum faoliyati susayadi, qonda erkak jinsiy gormonlarni miqdori kamayadi va ikkilamchi erkak jinsiy belgilarini qayta rivojlanishiga olib keladi, terini burishib qolishi, yog'

kletchatkasining dumba va son sohasida yig'ilishi, ko'krak bezlarining kattalashishi (ginekomatsiya). Boshqa endokrin a'zolarning faoliyati susayadi, qolqonsimon bezning (Giptireoz), oshqozon osti bezining faoliyati buziladi shuning oqibatida qandli diabet kasaligiga chalinadi. Erkaklar klimaksi 2-5 yil davom etadi, keyinchalik shikoyatlar sekin-asta yo'qoladi.

ERKAKLAR KLIMAKSINI DAVOLASH

Davolashni klimaks belgilari juda namoyon bo'lsa va organizimning asosiy sistemalariga ta'sir etsagina boshlash zarur.

Birinchi navbatda mehnat faoliyatini va dam olishni me'yoriga solish lozim. Ovqatlanish me'yoriga rioya qilish, tana vaznini sedativ vositali buyuriladi valeriana, piona, pustirnik, trankvilizatorlar sibazon, nozepam, trioksazin qo'llaniladi.

XXXII BOB. KLIMAKTERIK SINDROMDA HAMSHIRALIK ISHI

Klimakterik sindromning klinik belgilari

Ayollarda 35 yoshdan keyin anovulator hayz sikli kuzatiladi, tuxumdonning reproduktiv faoliyati buziladi, hayz sikli muntazam bo'lib turadi, menopauzaga 4 yil qolganda hayz sikli buziladi.

O'tish davrida hayz sikli 4 turga ajratiladi: 1. Muntazam takrorlanib turuvchi. 2. Muntazam takrorlanib turuvchi sikl kun yoki haftalab, ayrimlarda oylab hayz siklining tuxtashi bilan almashinib turadi. 3. Oligoamenareya hayz qonining kam kelishi va bachadondan. 4. Oligoamenoreya disfunktsional qon ketishlar bilan almashinib turadi.

5-10% ayollarda hayz sikli menopauza davrida muntazam bo'lib turadi, estrogen yetishmasligi kuzatilmaydi. Simptomlar kelib chiqishi vaqtiga qarab erta, o'rta, kechki simptomlarga bo'linadi. Ertangi simptomlar menopauza boshlanishi bilan boshlanib 1-5 yilgacha davom etadi. Bular orasida isib ketish, ko'p terlash, bosh og'rig'i, gipo va gipertenziya, qaltirash, yurakni tez urishi va psixoemotsional (uyquchanlik, holsizlik, depressiya, qo'rquv, eslash qobiliyatining buzilishi, libido (ishqiy moylning susayishi).

Psixoemotsional buzilishlar klimakterik depressiya emotsional affektiv sindromlarni yuzaga kelishi; kayfiyatning tushkunligi, o'ziga va atrofdagi odamlarga nisbatan qiziqishning yo'qolishi, holdan toyishi, qo'rquv, bezovtalik, qarilik oldidagi qo'rquv, tez jahl chiqishi, o'z-o'zidan yig'lash ayrimlarda agressivlik, jahildorlik, dushmanlik kabi fazilatlar ko'zatiladi. **Kognitiv buzilishlar** ish qobiliyatini susayishi boshqa faoliyat bilan shug'ullanishi, eslab qolish qobiliyatini susayishi. **Seksual buzilishlar** ishqiy mayiligini susayishi jinsiy aktivlik saqlanib qoladi, ayrim ayollarda aksincha libido zo'rayadi. **Endokrin metabolitik buzilishlar** tana vazinining ortishi, bel va son aylana indeksining oshishi, suyuqlikning ushlanib qolishi natijasida shish paydo bo'lish, dispepsiya, bug'inlardagi og'riq, ko'krak bezlarining kattalashishi, ko'p suv iste'mol qilishi.

O'rta-oraliqda paydo bo'ladigan simptomlar urogenital, doimiy abakterial sistouretritlar vaginitlar, jismoniy zo'riqishda, yo'talganda aksa o'rganda siydikni ushlab turolmaslik, jinsiy a'zolarining pastga siljishi, qinning quriqlashib qolishi, tashqi jinsiy a'zolar sohasida qichishish, sistalgiya. Teridagi o'zgarishlar (epiteliyni yupqalashib qolishi, atrofiyasi, infeksiyaga chalinuvchanligi). Terining qurishi, ajinlar paydo bo'lishi, tirnoqlarning sinuvchanligi, sochning quruqligi va tushishi. Ko'rish a'zolaridagi o'zgarishlar (quriq ko'zlar sindromi, katarakta) yuqorida ko'rsatilgan simptomlar menopauza boshlangandan keyin 1-3 kun o'tgach paydo bo'ladi. Bunday holatlarda davolashni quyidagi mutaxassislar (dermatolog, ginekolog, urolog, okulist) olib boradi.

Kechki simptomlar klimakterik sindromini xafvli simptomlari hisoblanadi. Bu simptomlar menopauza boshlagandan so'ng 5-10 yil o'tgach, yuzaga keladi. Osteoporoz skelet kasalligi suyak hajmining kamayishi, yurak qon tomirlar kasalligi (yurak va tomirlar baseynida o'tkir holatlar, yurak ishemik kasalligi xuruji) depressiya, Alsgeymer kasalligi. Osteoporoz katta ahamiyatga ega spirtli ichimliklar ichish, chekish, ovqat ratsionida kalsiy yetishmasligi, menopauzani erta boshlanishiga va darmonsizlik, tez-tez charchash, dumg'aza va bel sohasida og'riq, tez-tez suyak sinishlari kabi belgilar paydo bo'ladi.

Klinik tekshirish perimenopauza davrida shikoyat va anamnezni so'rab-surishtirish, umumiy va ginekolog tekshirish, genital organlar va ko'krak bezlarni ultratovush apparati yordamida tekshirish, glukoza miqdorini aniqlash, qon bosimini o'lchash, tana vaznini bo'yiga nisbatan munosabatini aniqlash. Umumiy quvvatlovchi vositalar, ratsional gigiyenik rejim yoshi o'tgan ayollarga tavsiya etiladi. Ovqat ratsioniga meva, sabzavot va vitamin preparatlari tavsiya etiladi. Vitamin A antigistamin xususiyatga ega vitamin S lipid almashuviga ta'sir etadi. Vitamin Ye gipofizdagi qon almashinuvini yaxshilaydi. Hozirgi vaqtda klimakterik buzilishlarni davolashda o'rinbosar gormonal terapiya eng effektiv davolash usuli hisoblanadi. Postmenopauzal buzilishlarni oldini olish va davolash uchun o'rinbosar gormonal terapiya qo'llaniladi. 1. Qisqa muddatli tuxumdonlar yetishmasligini ilk simptomlarini bartaraf etishga qaratilgan 3-6 oy muddat davomida tavsiya etiladi. 2. Uzoq (himoya) muddatli terapiya kechki metabolitik buzilishlar va Alsgeymer kasalligini davolashda qo'llaniladi.

O'rinbosar gormonol terapiya. Qisqa muddatli: simptomlarga terapevtik ta'siri, neyrovegetativ, kosmetik, psixologik, urogenital ta'siri.

Uzoq muddatli: osteoporoz, IBS, depressiya, Alzgeymer kasalligining oldini olish maqsadida qo'llaniladi.

O'rinbosar gormonal terapiya maqsadida estrogenlar bilan gestagenlar kombinatsiyasi, estrogenlar bilan androgenlar kombinatsiyasi, monoterapiya progestinlar yoki androgenlar qo'llaniladi.

Klimakterik davrda patologik klimaks sindromining oldini olish va garmonlar bilan davolash. 1. Tabiiy estrogenlar yoki uning analoklari (17β estradiol, estradiol vererat). 2. Estragenlar dozasi proliferatsiya fazasidagi miqdoriga teng. 3. Estragenlarni progestinlar yoki androgenlar bilan kombinatsiyada berish mumkin. 4. Osteoporo, miokard infarkti va insultni oldini olish uchun 5-7 yil davomida gormonal terapiya o'tkaziladi.

Klimakterik sindromda qo'llaniladigan chora-tadbirlar: issiqlik ko'tarilishi (yuzning isib ketishi va terlash) da, jinsiy xususiyatning susayishi va jinsiy aloqada og'riq sezishlikda va osteoporoz va suyaklar sinishining oldini olish uchun. Siydikni ushlab tura olmaslik hollarida: mijozga tushuntirish, yashash tarzini o'zgartirish tavsiya etiladi, sog'lomlashtirish muolajalari o'tkaziladi, oilasiga yordam beriladi.

Issiqlik kamayishi va suyak massatsining kamayish mexanizmi: Ayol jinsiy gormonlari sust ishlab chiqariladi, nerv sistemasi fiziologik aktiv moddalar ishlab chiqaradi, suyaklar rezorbsiyasi tezlashadi, siydik bilan kalsiy chiqariladi, suyak massasi kamayadi.

Siydikni ushlab tura olmaslikda hamshiralik parvarishi. Sababi: Oraliq mushaklarining, siydik pufagi pardalarining atrofiyaga uchrashi sababli, siydikni ushlab turish qiyinlashadi.

Hamshiralik parvarishi. Mijozga tushuntirish, ruhiy qo'llab-quvvatlash, chanoq mushaklarini gimnastika muolajalari yordamida mustahkamlash, kundalik hayotida yordam berishdan iborat.

Osteoporoz sabablari: Mineral almashinuv buziladi, siydik bilan kalsiy chiqishi kuchayadi. Ichaklarda kalsiy surilishi buziladi, natijada suyak miqdori kamayadi. Suyakning qattiqligi kamayib, osteoporoz rivojlanadi.

Osteoporozda hamshiralik parvarishi osteoporozni aniqlash, dietoterapiya, davolovchi gimnastikadan iborat.

XXXIII BOB. QARILIK DAVRIDA HAMSHIRALIK ISHI

Gerontologiya va geriatriya fani haqida tushuncha. Sog'liqni saqlash tizimining dolzarb muammolaridan biri bo'lgan «Gerontologiya» insonning qarish jarayonini o'rganadigan fan bo'lib, yunoncha geros - qari va logos - bilim degan ma'noni anglatadi.

«Gerontologiya» ning asosiy maqsadi insonning faol va to'laqonli hayotini uzaytirish yo'llarini izlab topishdir. Keksa yoshdagi bemorlarga xizmat qilish aksariyat tibbiyot xodimlarining kundalik vazifasi, chunki tibbiy xizmatga muhtoj barcha bemorlarning 25-30 foizi kesa yoshdagi bemorlardir. Jahondagi barcha mamlakatlarda demografik ko'rsatkichlar qariyalar hisobiga oshib bormoqda. Bu esa «Gerontologiya» va «Geriatrriya» sohasidagi bilimlar doirasini kengaytirishni taqozo etadi. «Gerontologiya» fani quyidagi tarkibiy qismlardan iborat: qarish biologiyasi, geriatriya, gerogigiyena, gerontopsixologiya, gerodermiya, gerodietetika, geroekologiya.

Keksalik - umrning qonuniy tarzda yuz beradigan yakunlovchi davridir. Biroq muddatidan oddin qarish hodisasi ham hayotda bor haqiqatdir. Barvaqt qarish boshdan kechirilgan kasalliklar yoki tashqi muhitning zararli omillari ta'sirida yosh bilan bog'liq o'zgarishlarning birmuncha erta rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Fiziologik qarish aqliy va jismoniy sog'lomlikni, ma'lum darajadagi ish qobiliyatini, dilkashlikni, tevarak-atrofdagi hodisalarga qiziqishni saqlab qolish bilan belgilanadi. Tashqi muhit ta'siri va organizmning ichki omillari qarish jarayonining tezlashuviga, organizmning erta qarishiga olib keladi, bu jarayon organizmning o'sish va rivojlanishi tuxtaganidan keyin boshlanadi.

«Gerontologiya» tibbiy biologiya bilan chambarchas bog'liq bo'lib, u molekula va hujayralardan tortib butun organizmning qarish sabablarini o'rganadi. Qarish-qarilik, ya'ni yosh ulg'aya borishi bilan organizmda paydo bo'ladigan o'zgarishlarning qonuniy tarzda ro'y berish jarayonidir. Umuman olganda, bugungi kunda qarilik muammolarini har tomonlama o'rganadigan turli fan sohalari paydo

bo'ldi va ular jadal rivojlanmoqda. Xususan, dunyo aholisi sonining qariyalar hisobiga oshishi «Geriatriya» fanining rivojlanishini yanada tezlashtiradi.

«Geriatriya» keksa, yoshi ulug' kishilarda kasallikning kechishi xususiyatlarini o'rganadigan fan bo'lib, sog'liqni saqlash tizimi amaliyotiga tobora chuqurroq kirib bormoqda. «Gerogigiyena» esa keksaygan va katta yoshdagi kishilar gigiyenasini o'rganmoqda. «Gerontopsixologiya» - keksalar ruhiy holati va fe'l-atvorini; «Gerodietetika» - keksaygan kishilar ovqatlanishi va uning xususiyatlarini; «Gerodermiya» - keksaygan kishilar teri qoplami xususiyatlarini o'rganuvchi bo'lim. «Geroekologiya» - qarish jarayoniga ekologik omillarning ta'sir etishini o'rganuvchi fan.

Bugungi kunda jahonda genetik olimlarning chuqur izlanishlari natijasida, qarish jarayoniga ta'sir etuvchi genlar borligi taxmin qilinmoqda. Agar bu taxmin tasdiqlansa, «Gerontologiya» fanida keskin o'zgarishlar yuz berishi va insonning hozirgidan ham uzoqroq umr qurishiga erishiladi. Genetikaning rivojlanishi juda ko'p geriatrik kasalliklarning kamayishiga sabab bo'ladi.

Umuman, qarilik davrini qanday aniqlash mumkin? 1963-yil Kiyevda o'tkazilgan Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash tashkilotlarining qarilik jarayoni haqidagi seminarida qabul qilingani bo'yicha: 45 yoshdan 59 yoshgacha-o'rta yoshlilar; 60 yoshdan 74 yoshgacha-keksalar; 75 yoshdan 89 yoshgacha-qariyalar;

90 yosh va undan katta yoshdagilar-uzoq umr ko'ruvchilar deb hisoblanadi.

Inson hayotida qarish jarayonining kechishi. Qarilik-yosh ulg'aya borishi bilan organizmda ro'y beradigan qonuniy o'zgarishlarning yakuniy bosqichidir. Qarish biologik parchalanuvchi jarayon bo'lib, bunda organizmning moslashish qobiliyati cheklana borib, turli patologik o'zgarishlar rivojlanadi va o'lim muqarrarligi tezlashadi. Ko'p hujayrali murakkab organizmlar umri davomida nafaqat anatomik, balki funksional jihatdan ham ma'lum bir o'zgarishlarni boshidan kechiradi. Bu o'zgarishlar yoshi o'tgan sari ularning tashqi ko'rinishi yoki ularning «nabitus» ida ham namoyon bo'ladi. Qarilikda yuz terisi quruq, burishgan, serajin, ilvillagan, rangsiz tus oladi, yupqalashganligi natijasida teri ostidagi tomirlar bo'rtib ko'rinib turadi. Bosh qismida soch

tolalari oqargan, siyraklashgan, ko'zlari nursiz, og'iz bo'shlig'ida tishlar yetishmaydi, umurtqa pog'onasi bukchaygan, harakatlari sustlashgan, qiyinlashgan mana shular qarilikka xos bo'lgan ayrim belgilardir.

Ko'rish va eshitish qarilikda pasayadi. Qari odamning eti tez-tez junjikadi. Buyi va vazni ham kamayadi. Erkak kishi 50-85 yoshlar o'rtasida kamida 3 sm. ga, ayollar esa 4 sm. ga pasayadi. Me'yorda erkaklarda tana vazni 40 yoshda, ayollarda esa 50 yoshda maksimal holatida bo'ladi. Yoshi ulg'aygan odam organizmining barcha fiziologiya tizimida asta-sekin o'zgarishlar rivojlanadi va ularning pasaygan imkoniyatlarga moslashuvi yuz beradi.

Organizmda chuqur anatomik va funksional o'zgarishlar qarilik involutsion jarayoni tushunchasini anglatadi va bu jarayon uzoq vaqt davom etadi. Anatomik o'zgarishlar qarilik atrofiyasi ko'rinishida, skelerozga moyillik holatida xarakterlanadi. Bu holat moddalar almashinuvining boshqacha bo'lib qolishiga, shuningdek, jinsiy bezlar funksiyasining susayishiga hamda endokrin muvozanatining buzilishiga, ya'ni yangilanish va yemirilish muvozanatining buzilishiga olib keladi. Qarilikda ro'y beradigan anoreksiya - ishtahaning pasayib ketishi holati bunga yorqin misoldir. Bu holat to'qimalarning yashash uchun zarur bo'lgan energiya manbai, ozuqa moddalariga bo'lgan talabining pasayib ketishi ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Qarilik atrofiyasi deganda hujayralarda yuz beradigan regressiv o'zgarishlar yig'indisi, ya'ni hujayralar hajmining, sonining kamayishi va ular protoplazmasida fizikaviy va morfologik o'zgarishlar ro'y berishi, terining yupqalashuvi, suyak va tog'ay tuqimalarining mo'rtlashuvi, teri osti yog' qatlamining yuqolishi tushuniladi. Ayollarda «mensis» tugaganidan keyin, ya'ni «klimaks» boshlanganidan so'ng tuxumdonlar va bachadon kichrayadi. Involutsion jarayonida bosh miya vazni ham kamayadi. Nerv to'qimalarida pigmentli yog'li degeneratsiya va trofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Qon aylanish sistemasida - ateroskleroz holati vazomotor o'zgarishlarga sababchi bo'ladi. Bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi bilan ifodalanadi, arterial bosim ko'pincha ko'tariladi. Yurakda miokardioskleroz qayd etiladi, bu esa yurak faoliyatini susaytiradi, qon aylanish sistemasining yetishmovchiligaga,

organlarning ozuqa moddalariga va kislorodga to'yinmasligiga hamda ma'lum bir klinik simptomlarning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Bular bosh aylanishida, xotiraning pasayishida, uyquning buzilishida, oyoq-qo'llarning kuchsizlanishi, qaltirashida va boshqa belgilarda namoyon bo'ladi. Qarilik har bir organizmda individual rivojlanadi. Insonning yoshini kalendar, ya'ni xronologik tarzda o'rganish mumkin. Ko'pincha, qarish jarayoni insonning yoshiga mos kelmaydi. Masalan, 60 yoshli odam organizmida 70 yoshga kirgan odam organizmiga xos bo'lgan struktur o'zgarishlar, funksiyalar buzilishi kuzatilishi mumkin. Demak, fiziologik qarish bilan bir qatorda, erta qarish jarayoni ham mavjud ekan. Insonning kalendar yoshi biologik yoshidan qancha katta bo'lsa, qarish jarayoni shuncha sekin kechadi, umri uzayadi. Hozirgi tibbiyotning vazifasi erta qarishning oldini olish va unga qarshi kurashdan iborat. Insonning turmush tarzi, ijtimoiy muhit qarishga ta'sir etadigan omillardir.

Gerontologiyada hamshiralik parvarishining o'ziga xos xususiyatlari. Hamshiralik ishi bo'yicha yuksak malakali mutaxassislar mavjudligi odamlar sog'lomligi va jamiyat jadal rivojlanishining muhim omillaridan biridir. Respublikamizda jahon andozalariga mos, davr talabiga to'la javob bera oladigan shunday mutaxassislar tayyorlash uchun izlanishlar olib borilmoqda. Shuning uchun «Gerontologiya»da hamshiralik ishiga: «Gerontologiyada hamshiralik jarayoni», «Gerontologiyada kommunikatsiya», «Hamshiralik faoliyati falsafasi» kabi yangi tushunchalar kiritildi.

Zamon hamshiralik ishini «fan» sifatida rivojlantirishni taqozo etmoqda. Bugungi hamshira kasallik belgilariga asoslanib bemorga «Hamshira tashxisi» qo'ya olishi lozim. Keksa va qari bemorlarning dardini eshita, tushuna olish, ular bilan insoniy muloqotga kirisha bilish, bemor oldida javobgarlikni to'la his etib, uning sog'ligini ijobiy tomonga o'zgartirish shu kunning talabidir. Hamshiralik ishini fan va sanoat darajasiga ko'targan amerikalik nazariyotchilardan biri V. Xenderson tibbiyot hamshiralarining noyob vazifasi- inson, sog'lom odam yoki bemorga o'zining sog'ligini tiklashi, mustahkamlashi, umrini osoyishta yashab o'tishga ko'mak bera oladigan darajada malaka va bilimga ega bo'lishdan iborat deb hisoblaydi. Demak, gerontologiyada

hamshiralik ishining maqsadi quyidagilardan iborat: 1. Keksa va qari yoshdagi kishilarning asosiy ehtiyojlarini tushunmoq. 2. Yoshi o'tgan va qari kishilarning sog'lom bo'lishiga, sog'ligini saqlashga va tiklashga erishish. 3. Keksa va qari yoshdagi kishilarning o'ziga o'zi qaray olishiga erishish. 4. Vaqti soati kelgan yoki og'ir, tuzalmas kasallik bilan og'rikan insonning (keksaning) umrini osoyishta yashab o'tishiga imkoniyat yaratish. 5. Qariyalar uchun sog'lom turmush tarzini yuzaga keltirish va rivojlantirish zarur.

Gerontologiyada hamshiralik jarayoni - hamshira tafakkurining va harakatining alohida bir turi. Chunki keksa yoki qari kishilarga qarash, ularni davolash hamshiralardan alohida mas'uliyat, muomala madaniyati, ilmini talab etadi. Gerontologiyada yoshi o'tgan, keksaygan shaxsning muammosini hal etishda hamshira rejali ravishda ish olib borishi zarur. Hamshiralik jarayoni - dinamik, o'sib boruvchi va o'zgaruvchan harakatli jarayondir.

Keksa, qari kishi yoki bemorlarning dardi ko'p. Demak, ularning parvarishiga bo'lgan munosabat ham shunga mos ko'p qirrali bo'lishi lozim. Boshqacha aytganda qariyalarni parvarishlash rejasi vaziyatga qarab muttasil o'zgarib turadi. Bu jarayon ularning ehtiyojlarida mujassamlangan. Demak, parvarish rejasi bunday bemorlarning asosiy ehtiyojlariga asoslanib tuziladi.

Hamshiralik jarayoni aniq bir maqsadga yo'naltirilgan, moslashuvchan jarayon. Hamshiraning ishi shifoxonalarda, oilalarda, qariyalar uylarida, poliklinikalarda olib boriladi. Hamshira bu jarayonda o'z mutaxassisligi bo'yicha bilimi, iste'dodi, tajribasi va mantiqiy fikrlash qobiliyatini bemorning sog'ligini tiklash, uni parvarish qilishga, muammolarini hal etishga sarflashi zarur. Gerontologiyada hamshiralik jarayoni 5 ta bosqichdan iborat:

1-bosqich. Ma'lumot to'plash, tahlil qilish va ularni baholash. Bu shaxs muammolarini aniqlash va parvarishni rejalashtirish uchun bajariladi. Ushbu bosqichda bemorning holatini kuzatish o'zidan, yaqinlaridan, tanishlaridan, tibbiy kartasidan ma'lumot to'plashdan iborat. Bu bosqichda to'plangan ma'lumot bo'yicha hech qanday xulosa qilinmaydi. Lekin bemorning muammosini bilish uchun undagi kasallikning obyektiv va subyektiv belgilari bilan bir qatorda

bemorning asosiy ehtiyoji aniqlanadi. Demak, bemor bilan muloqotda uning asosiy ehtiyojlarini bilish uchun biz har tomonlama mutaxassislik kommunikatsiyasidan foydalanishimiz lozim. Gerontologiyada kommunikatsiya – keksa yoki qari bemor bilan hamshira o'rtasidagi muloqot bo'lib, bu bemorning shaxsiyatiga tegmaydigan tarzda uning ruhiy kechinmalarini bilish, agar sog'ligiga salbiy ta'sir etsa ularni bartaraf etish yoki yengillashtirish usullarini aniqlab, bemor atrofida psixoemotsional osoyishtalik yaratib, parvarishni olib borishdir.

Hamshira keksa yoki qari bemor bilan muloqotda mutaxassislik kommunikatsiyasi tamoyillari qoidasiga amal qilishi kerak. Bunda:

1. Muloqotda aniq va ravshan murojaat etish.
2. Faol ravishda eshitish – bemorning dardini tinglay bilish.
3. Savol berish texnikasidan foydalanish.

Keksa va qari bemorni suhbatga – dardlashishga chorlovchi, tinch, osoyishta muhitni yaratish.

Keksa bemorning ruhiyati, emotsional holatidan kelib chiqqan holda, muloqot kuproq ularni qiziqtiruvchi yo'nalishda olib boriladi. Buning uchun alohida faol ravishda eshitish qoidalarini qo'llash zarur.

1. Tashqi qiyofasi bilan (bosh qimirlatish, tasdiqlash). 2. Fikrni davom ettiruvchi so'zlarni ishlatish. Misol uchun: Keyin nima bo'ldi? – Siz uchun ma'qulmi? va hokazo.

Bemorning fikrini bilish, buning muhimligini bildirish.

3. Avaylash, g'amxo'rlikni his qildirish.
4. So'zlashganda yuz va tana harakatlariga e'tibor berish.
5. Yoshi o'tgan va qari kishilar tashvish-muammosini hal etish uchun uning mohiyati negizini qayta-qayta aniqlash va bilib olishga erishish. Buning uchun verbal (so'z orqali), noverbal (harakat orqali) muloqot turidan foydalanish zarur.

Inson yoshi o'tganda, keksayganda katta hayotiy tajribaga ega bo'ladi. Bunday odamlar hamshiraning muloqotidan o'ziga nisbatan munosabatni va hamshira haqidagi ma'lumotni ham bilib olish qobiliyatiga ega bo'ladi.

Muloqotda ma'lumotning 30% gapda ifodalanadi. Bunda 7% so'zdan, 13% ohangidan, 10% mazmunidan bilib olinadi. 70% ni esa tashqi ko'rinish: qo'l, yuz, tana harakati bilan, hatto hid orqali bilib olish mumkin.

Kommunikatsiyada savol berish usulidan to'g'ri foydalanish zarur. Savollar uch xil yo'nalishda beriladi. 1. Yopiq savollar - izoh talab qilmaydigan savollar. Misol: - Siz bugun yaxshi uxladigizmi? Ha yoki yo'q.

2. Ochiq savollar - izoh talab qiladigan savollar. Misol: Nega bugun yaxshi uxlay olmadingiz? 3. Yo'naltiruvchi savol - fikrni davom ettirishga undovchi savol. Misol: - Balki havo ta'sir qilgandir? Demak, savol berish qoidasi bemorning muammosini chuqur aniqlash uchun yordamchi vosita hisoblanadi.

Hamshiralik jarayonining barcha bosqichlarida hamshira kommunikatsiya tamoyillariga amal qilishi kerak.

2-bosqich. Hamshiralik tashxisi. Ya'ni kasallik etiologiyasi va klinik belgilarga asoslanib, bemorning asosiy muammosi aniqlanadi va belgilab olinadi. «Hamshira tashxisi»-Hamshiralik jarayonining asosidir. Hamshira tashxisini qo'yishdan maqsad, bemorning ahvoriga va kasallikning kechishiga to'g'ri baho berishdir. Bemor bilan kommunikatsiyada bo'lish bemorda kasallik oqibatida paydo bo'lgan muammolarni aniqlash, shu asosida bemorni kuzatuv kundaligini olib borish, bemorni sog'lomlashtirishni tashkil qilishdir. Hamshira hamshira tashxisi qo'yishda nazariy bilimlarni egallash bilan birgalikda mukammal amaliy ko'nikmalarga ham ega bo'lishi kerak. Bemor muammosini aniqlashda MASLOU ehtiyojlar pog'onasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

MASLOU pog'onasida keksa yoki qari kishining o'z kasaliga yoki holatiga munosabati, kasallikni yengishiga ishonchi, umuman fiziologik jarayonlar kechishiga qanday munosabatda bo'lishi va bunga nima ta'sir ko'rsatishi, tashqi muhitning ta'siridan o'zini himoya qila olish, olmasligi, yordamga muhtoj, muhtoj emasligi, o'zini jamiyat, yaqinlari bilan hamnafas his etishi yoki yolg'izlanib qolganligi kabi holatlar aniqlandi. MASLOU pog'onasiga asoslanadigan bo'lsak inson pog'onaning eng pastki qatoridagi ehtiyojlarini qondirgandagina yuqori pog'onadagi ehtiyojlarga intilishi mumkin. Ehtiyojlar va talab pog'onasi pastdan yuqoriga qarab quyidagi tarzda joylashadi: 1. Hayotiy zaruratdan kelib chiqqan holda ehtiyojlarni qondirish. 2. Xavfsizlikka ishonch, barqarorlik, erkinlikni his qilish (pul, sug'urta, oila, do'stlar).

3. Odamlar bilan muloqotga bo'lgan ehtiyojini qondirish (yolg'izlik - katta muammo). 4. O'zini o'zi hurmat qilish (ehtiyoj qondirilmasa odam o'zini kuchsiz, ishonchsiz sezadi). 5. Yaratishga, yashnatishga, rivojlantirishga ehtiyoj (san'at, sport, ijod) sezishi zarur.

3-bosqich. Muammoni hal qilish yo'llarini rejalashtirish. Rejalashtirish imkoni boricha bemor bilan birgalikda olib boriladi. Hamshira bemor holatini yengillashtirish, kasallik asoratlarining oldini olish, ya'ni bemorning sog'ligi muammolarini hal qilish rejasini tuzadi va buni hamshiraning kuzatish kartasiga belgilab boradi.

4-bosqich. Rejalashtirilgan vazifani bajarish va uni hujjatlashtirish. Bu bemorni parvarishlash va ma'lumotlarni navbatchi hamshiraga topshirish uchun parvarishlash jarayonini qayd etib borishdir.

5-bosqich. Yakuniy natijani, xulosani baholash yoki parvarish rejasi asosida olib borilgan ishlardan ijobiy natija olingan yoki olinmaganligini baholash, agar kerak bo'lsa, hamshiralik tashxisini o'zgartirib yangi tashxis asosida boshqa reja tuzish va muolajani shu asosda olib borishdan iborat.

Xulosa qilib aytganda, hozirgi zamon talabiga javob bera oladigan yetuk hamshira gerontologiya faniga tayangan holda, keksa va qari yoshdagi kishilarga nafaqat kasallik paytida, balki fiziologik qarish jarayoniga moslashish, to'laqonli hayot faoliyatini davom ettirishda yordamchi mutaxassis bo'lishi shart.

Geriatrik yordamni tashkil qilish

Aholi sonining qariyalar hisobiga ortib borishi geriatrik yordamini to'g'ri tashkil qilish, uning tibbiy va ijtimoiy asoslarini bilishni taqozo etadi. Qariyalarga yordam ko'rsatish, sog'liqlarini tiklash faqat tibbiy choralar bilan cheklanib qolmay, balki masalaga ijtimoiy nuqtayi nazardan yondashishni talab qiladi. Bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish bilan bir qatorda, uning ish qobiliyatini tiklashga, ruhiy tetikligini oshirishga va Qizil Yarim Oy jamiyati bilan aloqani o'rnatishga yordam bermoq lozim. Yolg'iz yashaydigan, o'ziga-o'zi xizmat qila olmaydigan qariyalar uchun qariyalar uyi tashkil qilingan bo'lib, ularda barcha shart-sharoitlar yaratilgan.

Geriatriyada qon aylanish doirasining yoshga aloqador o'zgarishlari va kasalliklari, qon tomirlarning morfologik o'zgarishlari kuzatiladi. Yirik qon

tomirlar devorlarida sklerotik o'zgarishlar, muskul qavatining atrofiyasi va elastikligining susayishi namoyon bo'ladi. Bu esa qon tomirlarning kengayishi va qisqarish qobiliyatini pasaytirib, qon aylanishini izdan chiqaradi, arterial bosim ko'tariladi. Miokarddagi sklerotik o'zgarishlar yurak qisqarishlarini kamaytiradi. Shu nuqtayi nazardan qarilik yoshidagi ayollar organizmini zo'riqtirmaydigan jismoniy mashqlar, sekin-asta piyoda yurish, tez va oson hazm bo'ladigan ovqatlarni ichak faoliyatini tartibga soluvchi oziq va moddalarni iste'mol qilishi, shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilishlari ko'proq toza havoda sayr qilishlari lozim. Kasal bo'lib yotib qolgan paytlarida yotoq yaralarining oldini olish parvarishlarini, o'pka ventilatsiyasini kuchaytirish mashqlarini hamshira yordamida bajarishlari kerak.

Bu borada ayniqsa, qarovchisi bo'lmagan qariyalarning uylariga doimiy ravishda sog'ligini nazorat qilish, kerakli hamshiralik parvarishini tashkillashtirish maqsadida maxsus hamshiralar biriktirilishi maqsadga muvofiqdir. Bu masala Qizil Yarim Oy jamiyati hamda oilaviy poliklinikalar xodimlari bilan hamkorlikda amalga oshirilishi lozim.

Nazorat savollari:

1. Klimakritik davr haqida tushuncha
2. Klimakterik davrda tuxumdonda bo'ladigan o'zgarishlar.
3. Jinsiy gormonlarning kamayishi natijasida organizmdagi o'zgarishlarning ro'y berishi.
4. Klimaktirik sindrom.

Tayanch so'z va iboralar:

1. Klimaks
2. Menopauza oldi davri
3. Klimakterik davr
4. Klimakterik sindrom
5. FSG gormoni
6. LG gormoni
7. Neyro vegetativ o'zgarishlar
8. Psixoemotsional o'zgarishlar
9. Urogenetal simptomlar
10. Keksalik.
11. Qarilik.

III QISM. AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA AMALIY KO'NIKMA VA MUOLAJALAR

XXXIV BOB. AKUSHERLIKDA AMALIY KO'NIKMA VA MUOLAJALAR

HOMILADOR AYOLNI KO'ZDAN KECHIRISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Obyektiv tekshirishning mohiyatini.
2. Tana tuzilishining me'yoriy darajasini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Homilador ayolni umumiy ko'zdan kechirishni:

Muolajaning bajarilishi:

1. Homilador ayoldan o'rnidan turishi so'raladi. Uning tana tuzilishiga e'tibor beriladi (normostenik, giperstenik, astenik).
2. Dastlab ayolning bo'yi o'lchanadi.
3. So'ngra skelet suyaklaridagi nuqsonlarga: oyoq, qo'l suyaklariga, umurtqa pog'onasining va ko'krak qafasining holatiga, shakliga va Mixaelis rombining shakliga e'tibor beriladi.
4. Dumg'aza sohasida Mixaelis rombini aniqlashda – homilador ayolni tik turg'izgan holda, chanoqning orqa yuzasi ko'zdan kechiriladi. Agar romb to'g'ri burchak shaklida bo'lsa, nuqsonsiz chanoq hisoblanadi.
5. So'ngra ayolning tana terisi tozaligi, toshmalar bor-yo'qligi, yuzida, sut bezi so'rg'ichi atrofida, qorin devorining oq chiziq sohasida qoramtir dog'lar bor-yo'qligi tekshiriladi.
6. Sut bezlarining to'lishgan-to'lishmaganligi aniqlanadi.
7. Ayolning yuzida, qornida, oyoqlarida shish bor-yo'qligi aniqlanadi.
8. Homilador ayol qornining shakliga e'tibor beriladi.
9. Jinsiy a'zolarining yetukligi va tuk bilan qoplanganligi, qo'ltiq ostidagi tuklariga e'tibor beriladi.

10. Ayolning barcha ikkilamchi jinsiy belgilari mukammal ketma-ketlik bilan ko'zdan kechiriladi, so'ngra unga baho beriladi.

Eslatma:

1. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinni ko'zdan kechirib ba'zan homiladorlikni normal o'tayotganligini bilishga imkon beradi.

2. Homiladorlik normal o'tayotgan va homila to'g'ri yotgan bo'lsa qorin tuxum shaklida bo'ladi. Homila ko'ndalang yotgan bo'lsa qorin yon tomonga kengayadi. Qog'onoq suvi ko'p bo'lsa qorin shar shaklida kattalashib ketadi.

3. Chanoq tor bo'lganda ham qorin shakli o'zgarishi mumkin.

HOMILADOR AYOLNING TANA VAZNINI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

Tibbiy tarozidan foydalanishni.

Tarozida homilador ayol tana vaznini aniqlashni.

Homilador ayolda ro'y beradigan fiziologik o'zgarishlarni.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Homilador ayol tana vaznini tibbiy tarozida o'lchashni.

Kerakli anjomlar:

Tibbiy tarozi, dezinfeksiyalovchi eritma.

Muolajaning bajarilishi:

1. Tibbiy tarozi muvozanatga keltiriladi.

2. Ayol ustki kiyimlari yechintiriladi.

3. Ayol tarozi maydonchasining o'rtasiga zatvorning ko'tarib qo'yilgan holatida ehtiyotlik bilan chiqariladi.

4. Ayolni qattiq silkinib ketishdan saqlash lozim.

5. Muvozanat holati yuzaga keltirilgach zatvor pastga tushiriladi.

6. Gavda massatsini tarozi pastki va yuqorigi plankalarda yuklar to'xtagan bo'linmalarining ikkita soni yig'indisi bo'yicha aniqlanadi.

7. O'lchangandan olingan ma'lumot dinamik varaqaga belgilanadi.

Eslatma: Homiladorlikda ayolning tana vazni ortib boradi, tana vazniga bir haftada 300-400 g dan qo'shiladi. Butun homiladorlik davrida tana vazniga normada 10-11 kg dan qo'shiladi.

PULSNI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Puls nimaligini.
2. Pulsni aniqlash nuqtalarini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Pulsni aniqlashni.

Kerakli anjomlar.

Sekundomerli soat, ruchka, tomir urishining grafik tasvirini qayd qiluvchi 004-shakl, varaqa.

Muolajaning bajarilishi:

1. Pulsni bilak oldi yuzasida bir barmoq asosida bilak arteriyasidan aniqlanadi.

2. Muskullar va paylar tarangligi paypaslashga xalaqit bermasligi uchun ayolning qo'li bo'sh qo'yiladi.

3. Tekshiriluvchi ayolning qo'lini o'ng qo'lning barmoqlari bilan bilak - kaft bo'g'ini soqasida bo'shgina ushlanadi va o'ng qo'l bilan tekshiriluvchining yuragi sathiga qo'yiladi.

4. Birinchi barmoqni tirsak tomoniga, 2-3-4 barmoqlar esa bilak tomoniga qo'yiladi.

5. Pulsatsiya qilayotgan arteriyani uchala barmoq bilan paypaslab, uni bilak suyagining ichki tomoniga bosiladi.

6. Tomir urishini kamida 30 sekund sanab, olingan raqam 2 ga ko'paytiriladi.

Eslatma: Pulsning sekinlashuvi bradikardiya, tezlashuvi taxikardiya deyiladi; Pulsni chakka, uyqu va son arteriyalaridan ham aniqlash mumkin.

ARTERIAL BOSIMNI O'LCHASH

O'quvchi bilishi kerak:

Arterial bosimning hosil bo'lish mexanizmini.

Arterial bosimning o'zgarib turish sabablarini.

Qon bosim ko'tarilib ketganda yordam ko'rsatishni.

O'quvchi bajarishi kerak:

Tonometrni ishlatishni.

Bemorni to'g'ri o'tqizishni.

Arterial bosimni o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tonometr (Apparat Riva-Rochi). Fonendoskop. Homiladorlar individual kartasi yoki tug'ruq tarixi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Arterial bosimni o'lchash uchun bemor yotgan yoki o'tirgan holatda bo'ladi.
2. Bemorning o'ng qo'li yelkasigacha kiyimdan holi qilinadi.
3. Bemor qo'li karavotga yotgan yoki stulga o'tirgan holda kafti yuqoriga qilib qo'yiladi.
4. Tonometr manjeti havo yuborgich naychasi pastga qaratib olinadi.
5. Bemorning qo'lga tirsak bo'g'imidan 2-3 sm yuqoridan manjet sal bo'shroq qilib o'raladi.
6. Bemorning qo'lga tirsak bo'g'imidan yelka arteriyasining urishi 2-3 barmoqlar yordamida topiladi.
7. Tomir o'rgan joyga fonendoskopni bosmasdan qo'yilib, eshituv naychasi quloqqa ulanadi.
8. Vintni berkitib balon yordamida manjetkaga havo yuboriladi.
9. Vint sekinlik bilan ochilib, havo chiqariladi.
10. Havo chiqarish bilan fonendoskopdan arteriya devorlaridan tomir urishi eshitiladi - bu sistolik bosim.
11. Keyinchalik havo chiqishi davomida tovushlar to'xtaydi - bu diastolik bosim.
12. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmasdan qolgan joylaridagi sonlar yozib olinadi.
13. Vint to'liq ochilib, manjetka ichidagi havo chiqariladi.
14. Manjetka manometr ulangan rezina naychadan ajratiladi.
15. Manjetka bemor bilagidan olinadi.

DEZINFEKSIYALOVCHI ERITMALARNI TAYYORLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

Xloramin eritmasi ta'sirini (zararli va foydali).

Xloramindan tayyorlangan eritmalarni ishlatish joylarini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Kerakli narsalarni tayyorlashni.

Xloraminni har xil % li eritmalarini tayyorlashni.

Kerakli anjomlar.

Xloramin poroshogi; 10 litrli bak; tarozi; menzurka;

Dezeritmalarni tayyorlash algoritmi.

0, 2 % li xloramin eritmasi - 2 g xloramin + 1 l suvga;

0, 3 % li xloramin eritmasi - 3 g xloramin + 1 l suvga;

2 % li xloramin eritmasi - 20 g xloramin + 980 ml suvga;

3 % li xloramin eritmasi - 30 g xloramin + 970 ml suvga;

5 % li xloramin eritmasi - 50 g xloramin + 950 ml suvga

qo'shiladi.

Eslatma: Xloramin poroshogi tarkibida 24-28 % gacha aktiv xlor bo'ladi. Xloramin eritmaları bevosita ishlatishdan oldin tayyorlanadi. Idishlarga eritma % va tayyorlangan vaqti yozib qo'yiladi.

XLORAMIN ERITMASINI TAYYORLASH FORMULASI

$$\text{Suvning umumiy miqdori (H}_2\text{O)} = \left[\frac{\% \text{ Konsentrat}}{\% \text{ Eritma}} \right]$$

$$\text{Suvning umumiy miqdori (H}_2\text{O)} = \left[\frac{5,0\%}{0,5\%} \right] - 1 = 10 - 1 = 9$$

XLORAMIN ERITMASINI QURUQ POROSHOKDAN TAYYORLASH FORMULASI

$$\text{Gramm/litr} = \left[\frac{\% \text{ Eritma}}{\% \text{ Konsentrat}} \right] \times 1000$$

$$\text{Gramm/litr} = \left[\frac{5\% \text{ Eritma}}{35\% \text{ Konsentrat}} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ gramm/litr}$$

QO'LNII YUVISH USULLARI

O'quvchi bilishi kerak:

1. Qo'lni yuvishning ahamiyatini.
2. Yuvuvchi eritmalarni tayyorlashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

Tirnoqlarni kalta olish.

Kerakli asbob-anjomlarni tayyorlab qo'yish.

Kerakli asbob-anjomlar:

Yuvuvchi eritmalar, steril rezina qo'lqop, yod nastoykasi, 0,5 % li nashatir spirti, steril doka salfetka, spirt eritmasi.

Spasokukoskiy-Kochergin usuli

1. Emallangan tog'ora spirt bilan tozalanib kuydiriladi.
2. Tog'orachaga yangi tayyorlangan 0,5 % li nashatir spirtini quyib, unda qo'l 3 daqiqa mobaynida salfetka bilan yuviladi.
3. Qo'l steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.
4. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.
5. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Fyurbringer usuli

1. Qo'l tirsakka qadar iliq suv oqimi ostida 10 daqiqa sovunlab va cho'tkalab (ikki cho'tkada) yuviladi.
2. Qo'l steril salfetka bilan quritiladi.
3. Spirt shimdirilgan paxta sharik bilan 3-5 daqiqa ishlov beriladi.
4. Yod nastoykasi bilan tirnoqlar ostiga, teri burmalariga ishlov beriladi.
5. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Alfeld usuli

1. Qo'l tirsakka qadar 10 daqiqa davomida sovunlab iliq suv oqimida steril cho'tka bilan (ikkita cho'tkada, har biri 5 daqiqadan) yuviladi.
2. Steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.
3. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.
4. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Eslatma: Qo'lni tozalashdan oldin tirnoqlar kalta olingan bo'lishi va maxsus asbob yordamida tirnoq ostidagi kirlar tozalanishi shart. Qo'l tozalangach, steril rezina qo'lqop kiyish tavsiya etiladi. Qo'lni quyidagi muolajalardan oldin tozalash shart:

Ayollarda qin orqali tekshirishdan oldin;

Tug'ruqni qabul qilishdan oldin;

Akusherlik operatsiyalarini bajarishda;

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ishlov berishda.

QO'LGA ANTISEPTIK ISHLOV BERISH TEXNIKASI

1. Yetarli miqdorda antiseptik vosita kaftga to'kiladi (taxminan bir choy qoshiq miqdorida).

2. Suyuqlik qo'lga yaxshilab ishqalanadi, asosan barmoqlarning orasi va tirnoq ostiga, suyuqlik quriguncha davom ettiriladi.

Antiseptik ishlov samarali bo'lishi uchun antiseptik vositani yetarli miqdorda ishlatish kerak.

Antiseptik vositalar qo'ldagi kir-chirlarni va biologik suyuqliklar tekkan bo'lsa, ularni yo'qotmaganligi sababli, qo'lni avval toza suv va sovun bilan yuvish kerak. Qo'lga ishlov berishda qo'llaniladigan effektiv antiseptik eritmani tayyorlash ancha oson va qimmat emas.

QO'LGA ISHLOV BERISHDA QO'LLANILADIGAN, ASOSIDA SPIRT BO'LGAN ANTISEPTIK ERITMANI TAYYORLASH

Qo'l terisini ta'sirleydigan antiseptik eritma quyidagi yumshatuvchi moddalardan birini qo'yish yo'li bilan tayyorlash mumkin: glesirin, propilengikol yoki sorbit.

2 ml yumshatuvchi moddaga 100 ml 60-90 % etil spirti yoki izopropil spirt qo'shiladi.

Antiseptik ishlov berish uchun 5 ml (taxminan bir choy qoshiq) eritmadan foydalaniladi va toza quriguncha (10-15 sekund) ishqalanadi.

QO'LNING MUKAMMAL YUVISHNING BOSQICHLARI

1. Qo'l yaxshilab ho'llanadi.
2. Sovun bilan sovunlanadi antiseptik vosita shart emas.
3. Qo'lning hamma qismlari ayniqsa, barmoqlarining orasi tirnoqlarning tagi yaxshilab 10-15 sekund davomida ishqalanadi.
4. Qo'l yaxshilab chayiladi.
5. Qo'lni qog'oz salfetka bilan quritiladi va kranni yopish uchun o'sha salfetkadan foydalaniladi.

QO'LLAR ANTISEPTIKASINI QUYIDAGI HOLLARDA O'TKAZISH KERAK

Kasalliklarga beriluvchan mijozlarni tekshirish yoki parvarishlashdan avval, masalan, chala tug'ilgan chaqaloqlar, keksa bemorlar, OITS bilan kasallangan bemorlar.

Invaziv muolajalarni bajarishdan oldin.

Kontakt yo'li bilan yuqadigan kasalliklar masalan, gepatit A, V va b.q bilan kasallangan bemorlar yotgan palatadan chiqqandan so'ng.

QON GURUHI, REZUS-FAKTORNI, RW VA OITS KASALLIGINI ANIQLASH UCHUN VENADAN QON OLISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Rezus-faktor va qon guruhini aniqlashning mohiyatini.
2. Rw va OITS kasalligini aniqlashning mohiyatini.

O'quvchi bajarish kerak:

Rezus-faktor va qon guruhini, Rw, OITS kasalligini aniqlash uchun venadan qon olishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

1. Bir martalik 5-10 ml shpris, igna, 96 gradusli spirt eritmasi, yostiqcha, rezina jgut. steril paxta sharchalar, 5 ml lik probirka, shtativ.

Muolajaning bajarilishi:

1. Kerakli asbob va anjomlar tayyorlanadi.
2. Akusherka qo'llarini yuvib zararsizlantiradi, rezina qo'lqop kiyadi va niqob taqadi.
3. Homilador ayol stulga o'tiradi yoki kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
4. Homilador ayolni tirsak bo'g'imi venasini terisi spirt shimdirilgan sharik bilan surtib artiladi.
5. Tirsak bo'g'imi ostiga yostiqcha qo'yiladi va qo'li stol yoki kushetkada yozilgan bo'ladi.
6. Tirsak bo'g'imidan yuqoriroq yelkaning uchdan bir ($1/3$) o'rta qismiga rezina jgut venalar burtib chiqadigan qilib bog'lanadi.
7. Akusherka shprisga igna kiygizgach o'ng qo'lga oladi, chap qo'li bilan bo'rtib chiqqan vena terisini ushlab ignani 45 gradus burchak ostida sanchib venaga tushgach. Jgutni yechmasdan igna uchiga toza probirka tutib turadi va kerakli miqdorda qon olib bo'lgach, avval jgutni bo'shatib so'ng ignani chiqaradi.
8. Igna sanchilgan joyga spirt eritmasidan surtib, 2-3 daqiqa steril paxta sharcha bosiladi yoki steril quruq bog'lam qo'yiladi.
9. Probirkadagi qon sekin shtativga qo'yiladi.
10. Yo'llanma yozib, tekshirish uchun laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma:

1. Qon guruhi va rezus-faktorni aniqlashga 5 ml alohida probirkaga qon olinadi.
2. Rw Vasserman reaksiyasiga qon alohida probirkaga 5 ml olinadi va zaxm kasalligini aniqlash uchun teri-tanosil dispanseri laboratoriyasiga jo'natiladi.
3. OITS kasalligini aniqlash uchun alohida probirkaga 5 ml qon olib, markaziy OITS laboratoriyasiga jo'natiladi.
4. RW va OITSGa qon homiladorlik davomida 2 marta, ya'ni homiladorlikning 1-va 2-yarim davrida olinadi.
5. Qon tekshiruvi natijalari homilador ayolning maxsus varaqasiga yopishtiriladi.

6. Kasalliklar aniqlansa, shifokor kerakli choralarni qo'llaydi.
7. Homilador ayolning rezus-faktori manfiy aniqlansa, erining rezusi musbat aniqlanganda bunday ayollar dispanser nazoratiga olib davolanadi.

QON GURUHINI ANIQLASH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Qon guruhini aniqlashdan maqsadni.
2. Tekshirish natijalarini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Ish joyini jihzlash va tayyorgarlik ishini.

Kerakli asbob-anjomlar:

Uchta qon O (I) A (II) B (III) guruhleri standart zardoblar, maxsus petri kosachasi yoki likopcha (oldindan qon guruhleri yozib qo'yilgan), shisha tayyoqchasi, paxta, spirt, 0, 85% natriy xlorid eritmasi, skarifikator.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Likopchaga har bir qon guruhi belgisiga to'g'ri qilib 2 tomchidan standart zardob tomchilab tushiriladi.
2. Bemorning nomsiz barmog'i falangasining yumshoq qismi spirt bilan artiladi va quritilgandan so'ng unga skarifikator sanchiladi.
3. Barmoqqa skarifikator sanchilgandan so'ng birinchi qon tomchisi paxta bilan artib tashlanadi.
4. Undan keyin qon tomchilarini har bir qon guruhi ro'parasiga 2 tadan tomizib chiqiladi.
5. Ingichka shisha tayyoqcha bilan bemorning bir tomchi qoni olinib uni 1:10 nisbatda zardob bilan aralashtiriladi.
6. Keyin shisha tayyoqcha yuvilib quritiladi yoki har bir guruhni alohida shisha tayyoqcha ishlatiladi va yana keyingi zardob tomchisiga qon tomiziladi.
7. Psevdoagglutinatsiyani bilish uchun 5 daqiqadan keyin bir tomchidan izotonik natriy xlorid eritmasi qo'yiladi, keyin esa reaksiya natijasi uzil-kesil baholanadi.

Tekshirish natijalarini baholash:

1. Eritrositlar agglutinatsiyasiga qarab qon guruhini aniqlab olinadi.
2. Eritrositlar agglutinatsiyasi mayda-mayda qizil donachalar paydo bo'lishidan ko'zga yaxshi ko'rinib turadi, bu donachalar asta-sekin bir-biri bilan qo'shilib noto'g'ri shakldagi birmuncha yirik donalar yoki ipir-ipirlarga aylanib qoladi, bu holda zardob rangsizlanadi.
3. Agar agglutinatsiya ro'y bermasa, bu vaqtda aralashma bir tekis pushti rang bo'lganicha qolaveradi.
4. a) Uchta tomchilarda agglutinatsiya ro'y bermasa, qon birinchi guruh O (I) guruhga mansub;
- b) A (II) belgida agglutinatsiya bo'lmasdan, O (I), B (III) belgilarida agglutinatsiya sodir bo'lsa, qon A (II) guruhiga mansub;
- d) B (III) belgisida agglutinatsiya bo'lmasdan, O (I), A (II) belgilarida bo'lsa qon B (III) guruhiga mansub;
- e) agarda uchala O (I), A (II), B (III) belgilarda agglutinatsiya sodir bo'lsa qon AB (IV) guruhga mansub.

Eslatma: Aniqlangan qon guruhi to'g'ri ekanligiga ishonch hosil qilish uchun bir vaqtning o'zida 2 standart zardob bilan aniqlanadi. Bemorga qo'yiladigan qon va bemorning qon guruhi bir xil bo'lishi shart.

GEMOGLOBIN MIQDORINI ANIQLASH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Tahlil uchun qon olishni.
2. Sali gemometridan foydalanishni.
3. Qondagi gemoglobinni aniqlashning prinsiplari va bosqichlari.

O'quvchilar bajarish kerak:

1. Qonni tahlil uchun olishni.
2. Qondagi gemoglobinni Cali gemometri bilan aniqlashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Sali gemometri, skarifikator, xlorid kislotaning 0,1 H eritmasi, distillangan suv, spirt, paxta, yodning spirtli eritmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Gemometrni darajalarga bo'lingan probirkasining belgisigacha 0,1 H xlorid kislota eritmasidan qo'yiladi.
2. Gemometr pipetkasidan aniq 0,02 ml qon olinadi va uni probirkadagi eritma tubiga puflab tushiriladi.
3. Pipetkani probirkadan olmay turib uni xlorid kislotasi bilan chayiladi.
4. Probirkani chayqatib undagi suyuqlik yaxshilab aralashtiriladi.
5. Aralashma 5-10 daqiqa qo'yib qo'yiladi.
6. 5-10 daqiqadan keyin tekshirilayotgan suyuqlik rangi standart eritmalar rangi bilan bir xil bo'lguncha distillangan suvdan tomchilab qo'shiladi.
7. Xlorid kislotali gematin eritmasining balandligini shkalaning darajasi bo'yicha belgilanadi.
8. Olingan raqamni 10 ga ko'paytiriladi.
9. Bu raqamlar tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdorini grammlarda ko'rsatib beradi.

ESLATMA:

1. Bu usul kalorimetrik prinsipga, ya'ni tekshiriladigan va standart eritmalar rangini taqqoslashga asoslangan.
2. Sali gemometri kulrang oynali shtativ va 3 ta probirkadan iborat. Probirkalardan 2 tasiga xlorid kislotali gematinning standart eritmasi qo'yilgan va og'zi berkitilgan bo'ladi.
3. Gemometrning 3 chi darajalarga bo'lingan probirkasida tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdori aniqlanadi.
4. Gemometrning darajalarga bo'lingan probirkasi 100 ml qondagi gemoglobin miqdorini grammlarda, ya'ni NB ning konsentratsiyasini gramm (%) ko'rsatadigan 1 ta shkalaga olingan raqamlarni SI sistemasi birligiga (g, l) o'tkazish uchun uni 10 ga ko'paytirish zarur.

QON QUYISH ALGORITMI

Maqsadi: Ketgan qon o'rnini qoplash, davostimul berish.

Ko'rsatmalar:

- akusherlik qon ketishlari oqibatida kelib chiqadigan kamqonlik;
- homiladorlik paytidagi surunkali kamqonlikning og'ir darajasi.

Kerakli anjomlar va qon quyish vositalari:

- shtativ va sistema;
- donor qoni;
- suv hammomi;
- qon guruhini aniqlash uchun maxsus likobcha;
- qon guruhi standart zardoblari;
- petri kosachasi, shisha tayoqchalar;
- probirkalar;
- steril qo'lqop;
- rezus faktorni aniqlash uchun maxsus antirezus zardobi;
- fiziologik eritma;
- suyultirilgan jelatin.

Qon quyishdan oldin:

1. Kerakli jihozlarni tayyorlash.

2. Ayolga (yoki uni kuzatib kelgan odamga) qanday muolaja o'tkazishni tushuntirish lozim. Ayolni barcha savollariga javob berib uni roziligini olish kerak.

3. Qon quyish yaroqli ekanligiga ishonch hosil qilish kerak.

- qonning tayyorlangan muddati 3 kundan oshmasligi kerak;
- plazma tillarang, tiniq bo'lishi lozim, agarda uning rangi pushti rangga aylanib, laxta donalar borligi, xira tortishi, flakonda yoriq paydo bo'lganligi, qon quyishga yaroqsizligidan darak beradi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Qo'lni sovun bilan yuvib tozalanadi va quritiladi.

2. Qo'lga steril qo'lqop kiyiladi.

3. Donor va resipiyent qon guruhi aniqlanadi:

- uning uchun maxsus likobchaga 10 tomchidan standartlangan zardob tomiziladi;
- har bir chuqurchaga 1 tomchidan qon tomiziladi;
- shisha tayoqcha bilan aralashtiriladi (har bir chuqurchani alohida tayoqchasi bo'lishi shart);
- likobchani 5 daqiqa davomida chayqab turish lozim;
- agglutinatsiya natijalariga qarab baholanadi (qon guruhini aniqlash sahifasiga qaralsin);

4. Rh faktorni aniqlash, buning uchun toza probirkaga 2 tomchi anti rezus zardob quyiladi.

- uning ustiga 1 tomchi qon quyiladi;
- 5 daqiqa davomida qo'lga ushlab turiladi;
- 5-7 ml fiziologik eritma quyiladi;
- yorug' xonada ko'zdan kechiriladi.

Natijasi:

Agar dona-dona agglutinatlar paydo bo'lsa, qon Rh+. Agar agglutinatsiya ro'y bermasa, probirkada yengil tuman paydo bo'lsa Rh-.

5. Qon guruhleri mosligi sinamasi. Petri kosachasiga 10 tomchi resipiyent zardobi, 1 tomchi donor qoni tomiziladi.

- yaxshilab aralashtirilib 5 daqiqadan keyin ko'zdan kechiriladi. Agglutinatsiya ro'y bermasa donor va resipiyent qoni mos hisoblanadi

6. Rh moslikni aniqlash:

Petri kosachasiga 2 tomchi resipiyent zardobi, 1 tomchi donor qoni, 2 tomchi jelatin qo'shib aralashtiriladi so'ngra quyidagi amallar bajariladi:

- 5 daqiqaga harorati 46-48^o suv hammomiga qo'yiladi;
- undan keyin olib ko'zdan kechiriladi, gumonli bo'lsa ustiga 5-7 ml fiziologik eritma qo'shib aralashtiriladi;
- yaxshilab ko'zdan kechirilib, agarda agglutinatsiya bo'lmasa, qon Rh mos hisoblanadi.

7. Biologik sinamani o'tkazish:

- 15-20 ml qonni 3 marotaba 3 daqiqa interval bilan qon tomiriga tez oqiziladi.

Interval vaqtida quyidagilarga jiddiy ahamiyat beriladi:

- terining rangiga;
- bemorning subyektiv shikoyatlariga;
- bel sohasida og'riqqa;
- ko'krak qafasida og'riq bo'lishiga;
- ko'ngil aynishiga;
- nafas olishning qiyinlashuviga;
- qaltirash, titrash paydo bo'lishiga.

Yuqoridagi shikoyatlar paydo bo'lishi bilan qon quyish to'xtatiladi.

Shikoyat bo'lmasa 1 daqiqada 50-60 tomchi qon tomchilab flakondagi qon qo'yiladi. Oxirida 5-10 ml flakonda qon qoldiriladi. Lozim bo'lganda tahlil qilish uchun.

TOZALOVCHI KLIZMA QILISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Klizma qilish mumkin bo'lgan va bo'lmagan holatlarni.
2. Klizma uchun ishlatiladigan narsalarni yuqumsizlantirishni.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Kerakli narsalarni tayyorlashni.
2. Uchlikni to'g'ri ichakka to'g'ri kiritishni.
3. Bemorni to'g'ri yotqizishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Esmarx krujkasi, Rezina naycha bilan jo'mrak, vazelin, uchlik, tog'ora, iliq, suv, kleyonka, kushetka, termometr.

Muolajaning bajarilishi:

1. Kerakli narsalarni tayyorlab, kushetka yoniga qo'yiladi.
2. Esmarx krujkasiga iliq suv to'ldiriladi, suv 1-2 l gacha, 370 darajada.
3. Naycha ichida havo qolmasligi uchun uchi pastga qaratilib, Esmarx krujkasi yuqoriga ko'tariladi.
4. Havo chiqarilgandan so'ng jo'mrak bekitiladi.
5. Kushetka ustiga kleyonka to'shaladi.
6. Bemor kushetka ustiga, chetiga yaqin, chap yonboshi bilan, tizzalarini bukib, qorniga tortib yotqiziladi.
7. Naychaga steril vazelin yupqa qilib surtiladi.
8. Bemorning dumbalari chap qo'l yordamida keriladi, orqa chiqaruv teshigiga vazelin surtiladi.
9. Uchlik orqa chiqaruv teshigiga 8-10 sm yuqoriga ol-dinga qaratib, keyin sal orqaga qaratib, aylanma harakat bilan kiritiladi.
10. Jo'mrak ochiladi.
11. Esmarx krujkasi ko'tarib turiladi.
12. Krujkada ozgina suv qolganida jo'mrak yopiladi.

13. Uchlik orqa chiqaruv teshigidan chiqarib olinadi.
 14. Bemor bir necha daqiqadan so'ng hojatxonaga borib, ichaklarni bo'shatadi.
 15. Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yuqumsizlantiriladi.
- Eslatma:** Ichaklar toza bo'lmagan bo'lsa, muolaja bir necha soatdan so'ng qaytariladi.

SIYDIK PUFAGINI KATETERLASH VA YUVISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Kateter turlarini.
2. Kateterlash mumkin bo'lgan va mumkin bo'lmagan holatlarni.
3. Siydik chiqmagach yordam ko'rsatishni.
4. Kateterni sterillashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Ayolni qulay vaziyatga yotqizishni
2. Ayolni kateterlashni
3. Tashqi jinsiy a'zolarni yuvishni
4. Kateterni to'g'ri ushlashni
5. Qovuqni yuvishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Rezina yoki metall kateter, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi eritma, Jane shprisi, paxta, tog'ora, iliq suv, vazelin, banka, sterilizator, kornsang.

Muolajaning bajarilishi:

1. Akusherka qo'lini sovunlab iliq suvda cho'tka yordamida yuvadi.
2. Qo'lini spirt yoki yod eritmasida artadi.
3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari iliq suvda sovunlab yuviladi.
4. Tashqi jinsiy a'zo biron bir dezinfeksion eritmada (furatsilin, kaliy permanganat, borat kislota eritmasi) artiladi.
5. Ayol tizzalarini bukib, sonlarini kerib, chalqancha holda yotadi.
6. Akusherka kateterni olib uchiga vazelin surtadi.
7. Kateterning uchi pinset bilan, tashqi uchi esa o'ng qo'lning 4-5-barmoqlari bilan ushlab turiladi.

8. Chap qo'lning 2-3-barmoqlari bilan ayolning tashqi jinsiy lablari kerilib, siydik chiqarish teshigi ochiladi.

9. Kateter ehtiyotlik bilan pinset yordamida siydik chiqarish teshigiga kiritiladi.

10. Kateterning tashqi uchidan siydik chiqishi kateterning qovuqda ekanligidan darak beradi.

11. Siydik to'liq chiqib bo'lgandan so'ng, Jane shprisiga dezinfeksiyalovchi eritma olinadi.

12. Jane shprisi kateterning tashqi uchiga ulanadi.

13. Jane shprisidan suyuqlik kateter orqali qovuqqa yuboriladi.

14. Keyin shpris kateterdan olinib, kateter uchi pastga tog'oraga tushiriladi.

15. Bu holat bir necha marta takrorlanadi, to qovuqdan toza suyuqlik oqib chiqquncha.

16. Kateter asta- sekin tortib olinadi.

17. Bemor 30-60 daqiqa yotishi lozim.

18. Kateter sovunli suvda tozalab yuviladi, qaynatish usulida sterilizatsiyalanadi.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Jinsiy a'zolar anatomiyasini.
2. Homilador ayolni ko'zgular yordamida tekshirishning mohiyatini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Homilador ayollarni ko'zgular yordamida tekshirishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Ginekologik kreslo, steril kleyonka, tavaqali yoki qoshiqsimon ko'zgu, yassi ko'targich, rezina qo'lqop, 0,5% li xloramin eritmasi solingan idish va biks.

Muolajaning bajarilishi:

1. Akusherka qo'lini yuvib zararsizlantirgach, ikkala qo'lga rezina qo'lqop kiyadi.
2. Ginekologik kresloga steril kleyonka to'shaladi.

3. Homilador ayol yechingan holda ginekologik kresloga yotqiziladi.
4. Akusherka o'ng qo'lga qoshiqsimon ko'zguni oladi.
5. Chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmog'i bilan jinsiy lablar ochiladi.

6. Ko'zgu qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi.

7. Orqadagi ko'zguga parallel holda qinning oldingi devoriga yassi ko'targich ko'zgu kiritiladi va qinning oldingi devori ko'tariladi.

8. Ko'zgu kiritilgandan so'ng bachadon bo'yni yaxshilab ko'zdan kechiriladi.

9. Ko'zgularni qindan chiqarib olishda qin devori, shilliq pardaning rangi, burmalariga e'tibor beriladi.

10. Ko'zgular qindan chiqarilib, 0,5% li xloramin eritmasida 5 daqiqa zararsizlantirilgach, yuvib quritiladi va biksga joylanib sterilizatsiyaga jo'natiladi.

Eslatma: Qinni ko'zgular bilan tekshirishda tavaqali, qoshiqsimon va silindrik ko'zgulardan foydalaniladi.

QO'L BILAN QIN VA BACHADONNI TEKSHIRISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Qin orqali tekshirishning mohiyatini
2. Aseptika va antiseptika qonun qoidalarini

O'quvchilar bajarishi kerak:

1. Homilador ayolni qin orqali tekshirishni

Kerakli asbob- anjomlar.

Ginekologik kreslo, steril kleyonka yoki bir martalik steril salfetka, 3% li xloramin eritmasi solingan idish, biks, rezina qo'lqop.

Muolajaning bajarilishi:

1. Homilador ayol beligacha yechintirilib, steril kleyonka to'shalgan ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Tekshiruvchi qo'llarini dezinfeksiyalovchi eritmada yuvib artadi va steril rezina qo'lqop kiyadi.

3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolar sohasi yuvilib, quritib artiladi.

4. Tekshiruvchi chap qo'lining ishora va bosh barmoqlari bilan ayolning jinsiy lablari keriladi.

5. O'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab kirgiziladi.

6. Bunda bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi, shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanib turadi.

7. Qinga suqilgan barmoqlar bilan chanoq tubi mushaklari, qin devorlari, qin gumbazlari, bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi tekshiriladi.

8. Keyin o'ng qo'lning barmoqlari qinning oldingi gumbaziga o'tkaziladi.

9. Chap qo'lning barmoqlari bilan qorin devori orqali bachadon tanasi topilib, bachadon tanasining katta-kichikligi, shakli, konsistensiyasi, harakatchanligi aniqlanadi.

10. Qindagi barmoqlar qinning yon gumbazlariga o'tkazilib, chap qo'l va qindagi barmoqlar bilan bachadonning ortiqlari ikki yondan paypaslanadi.

11. Qindagi qo'llar sekin - astalik bilan chiqariladi.

12. Qo'l oqar suvda yuvilib, qo'lqoplar ag'darib yechiladi.

13. 3 % li xloramin eritmasida 30 daqiqaga qoldiriladi.

Eslatma:

1. Tekshirishdan oldin qovuq va to'g'ri ichak bo'shatilgan, jinsiy a'zolar sanitariya ishlovidan o'tkazilgan bo'lishi kerak.

2. Qin orqali tekshirishda aseptika, aptiseptika qoidalariga rioya qilish shart.

HOMILADOR AYOLNING QORIN AYLANASI VA BACHADON TUBI BALANDLIGINI ANIQLASH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Qorinda homilaning joylashuvi, turi va pozitsiyasini.

2. Homilador ayolning qorin aylanasi va bachadon tubi balandligini aniqlashning mohiyatini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Homilador ayolning qorin aylanasi va bachadon tubi balandligini aniqlashni.

Kerakli asbob-anjomlar.

Kushetka, santimetrli lenta, homilador ayolning maxsus varaqasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Akusherka o'lchash uchun santimetr lenta tayyorlaydi.
2. Homilador ayol kushetkaga chalqancha yotqizilib, qorinning oldingi devori yalong'ochlanadi va oyoqlari to'g'ri uzatiladi.
3. Akusherka ayolning o'ng tomoniga o'tib, sm lentani bir uchini simfizning yuqori chekkasiga qo'yib bachadonning tubigacha bo'lgan, eng ko'p turtib chiqqan nuqtasigacha bo'lgan sohangacha qo'yib o'lchab belgilab, oladi.
4. Shu sm lenta bilan oldingi tomondan kindik ro'parasiga, orqa tomondan bel sohasining o'rtasiga qo'yib o'lcham necha sm ekanligi belgilab olinadi.
5. Olingan ma'lumotlar homilador ayolning maxsus varaqasiga qayd etiladi.

Eslatma: qorin aylanasi va bachadon tubi balandligi aniqlanayotganda siydik pufagi bo'shatilgan bo'lishi shart. Yuqoridagi o'lchamlar homiladorlik davomida muntazam o'lchanib turiladi.

HOMILANING TAXMINIY VAZNINI ANIQLASH**O'quvchi bilishi kerak:**

1. Homilador ayolning bachadon tubi balandligini aniqlashni (b.t.b.).
2. Homilador ayolda qorin aylanasi aniqlashni (q.a.).

O'quvchi bajarishi kerak:

Homilador ayolda qorin aylanasi va bachadon tubi balandligini aniqlash tartib-qoidalarini.

Kerakli asbob-anjomlar:

Santimetrli lenta, paxtali sharcha, homiladorlar individual kartasi yoki tug'ruq tarixi.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Homilador ayol qattiq kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
2. Homilador ayol qornining oldinigi sohasi yalong'ochlanadi.
3. Akusherka ayolning o'ng tomoniga o'tadi.
4. Santimetrli lentani qo'lga olib, homilador ayol qornining oldingi yuzasini paypaslaydi va bachadon tubini topadi (qovning yuqori qirrasidan to bachadonning eng bo'rtib chiqqan qismigacha), shu masofa santimetrli lenta bilan belgilab olinadi.
5. Homilador ayolda qorin aylanasi aniqlash uchun, ayol belining o'rtasidan santimetrli lentani o'tkazilib kindikning ro'parasida birlashtiriladi, masofa belgilab olinadi.

6. Homila taxminiy vaznini aniqlashning Jordania formulasi:

$$M = B.T.B \times q.A.$$

Masalan: B.T.B.(38)sm x q.A.(100)sm = 38 x 100 = 3800 g.

BTB - bachadon tubining balandligi

qA - qorin aylanasi

M - homilaning massasi

7. Jonson formulasi:

$$M = (B.T.B. - 11) \times 115$$

M-homilaning massasi

B.T.B.-Bachadon tubi balandligi.

11 - Jonson bo'yicha o'zgarma koeffitsiyent, agar ayolning massasi 90 kg dan ortiq bo'lsa 12 bo'ladi.

115- o'zgarma koeffitsiyent.

$$M = (BTB - 11) \times 115 = (38-11) \times 115 = 27 \times 115 = 3105 \text{ g.}$$

Eslatma: Homila taxminiy vaznini aniqlashda ko'psuvlilik yoki kam suvlilikda 200, hatto 500 g gacha adashish mumkin.

TEKSHIRISH UCHUN HOMILADOR AYOL QINI, SIYDIK KANALI VA BACHADON BO'YNI KANALIDAN SURTMA OLISH

O'quvchi bilishi kerak:

Surtma olishning mohiyatini.

Surtmani olish ketma - ketligini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Homilador ayoldan surtma olishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril kleyonka yoki salfetka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblari tayyorlanadi.
 2. Akusherka qo'lini yuvib, rezina qo'lqop kiyadi.
 3. Ginekologik kresloga steril kleyonka yoki bir martalik salfetka to'shaladi.
 4. Homilador ayol beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
 5. Tekshirish uchun uretradan, bachadon bo'yni kanalidan, qinning oldingi yoki asosan orqa gumbazidan surtma olinadi.
 6. Uretrani orqa devori o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan yuqoridan pastga qarab yengil massaj qilinadi, so'ngra surtma olinadi.
 7. O'ng qo'ldagi Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan uretradan surtma olib, chap qo'ldagi buyum oynachasiga yupqa qilib surtiladi.
 8. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kirgiziladi.
 9. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan bachadon bo'yni kanalidan surtma olinib buyum oynachasiga surtiladi.
 10. Folkman qoshiqchasining ikkinchi uchi bilan qinning orqa gumbazidagi ajralma sekretidan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
 11. Ko'zgular qindan chiqariladi.
 12. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
 13. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.
- Eslatma:** Homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas. Surtmani siyishdan oldin olinadi. Normal homiladorlik davrida 2 marta 1 chi va 2 chi yarim davrida qinning tozalik darajasiga surtma olinadi. Surtmani buyum oynachasiga surtish tartibi quyidagicha:

V	U	C	Vagina - qin
			Urethra - siydik kanali
			Servicilis - bachadon bo'yni kanali

KATTA CHANOQ O'LCHAMLARINI O'LCHASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Chanoq suyagining tuzilishini, o'lchamlarini.
2. Chanoq suyagini o'rganishning mohiyatini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Chanoqning tashqi o'lchamlarini o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tazomer, kushetka, homilador ayolning maxsus varaqasi.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Kerakli asbob va anjomlar tayyorlanadi.
2. Homilador ayol yechingan holda kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
3. Akusherka chanoqni o'lchagich - tazomerni qo'llariga olib, ayolning o'ng tomonidan o'tib o'lchamga kirishadi.
 - a. Chanoqning 3 ta ko'ndalang va 1 ta to'g'ri o'lchami o'lchanadi.
 - b. Tazomerning tugmachalari chanoqning oldingi yuqori o'siqlariga o'ng, chapga qadaladi va ular orasidagi masofa - *distantia spinarum* o'lchanadi. Normada bu masofa 25-26 sm ga teng.
 - d. Tazomerning tugmachalari yonbosh suyaklari qirralari orasidagi eng katta masofaga qadaladi. Bu masofa - *distantia cristarum* bo'lib, normada 28-29 sm ga teng.
 - e. Ayolning oyoqlari bir - biriga yaqinlashtiriladi. Tazomerning tugmalari son suyaklarining katta ko'stlariga qadaladi. Bu masofa - *distantia trohanterica* bo'lib, 30-31 sm ga teng.
- Δ. Homilador ayol yoniga yotqiziladi, pastdagi oyog'i chanoq son va tizza bo'g'imlaridan bukiladi, yuqoridagi oyog'i uzatiladi. Tazomerning bir tugmasi simfizning yuqorigi tashqi chekkasiga va ikkinchi tugmachasi dumg'aza ustidagi chuqurchaga (Mixaelis rombinning yuqori burchagiga mos tushadi) qadaladi. Bu masofa *conjugata externa* bo'lib normada 20 sm ga teng.

4. O'lchashning natijasi homilador ayolning maxsus varaqasiga qayd etiladi.

Eslatma: Chanoq o'lchamlarini o'lchab olib, tug'ruqning kechishi, tug'ruqdagi og'irlashuvlar, tug'ish tabiiy tug'ruq yo'llari bilan kechishi mumkin yoki mumkin emasligi to'g'risida xulosa qilinadi.

HOMILADOR AYOLLARDA SOLOVEV INDEKSINI ANIQLASH

O'quvchi bilishi kerak:

Solovev indeksini aniqlashning mohiyatini.

Katta chanoqning anatomik tuzilishini.

O'quvchi bajarishi kerak:

Solovev indeksini aniqlashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Santimetrli lenta, paxtali sharik, spirt.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Homilador ayol o'tirgan yoki yotgan holatda bilak-kaft bo'g'imini yalang'ochlaydi.

2. Santimetrli lenta qo'lga olinadi.

3. Santimetrli lenta homilador ayolning bilak-kaft bo'g'imi atrofidan aylantirib, mos kelgan masofa belgilab olinadi.

4. Belgilangan raqam homiladorlar individual kartasiga yoki tug'ruq tarixiga qayd qilinadi.

Eslatma: Solovev indeksini aniqlash asosan suyaklari yo'g'on deb gumon qilingan ayollarda o'tkaziladi. Solovev indeksi normada 14-16 sm bo'lishi kerak.

DIAGONAL KONYUGATANI ANIQLASHNI FANTOMDA O'RGANISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Chanoqning tuzilishi va o'lchamlarini.

2. Chin va diagonal konyugatani o'lchashning mohiyatini.

3. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilib, qin orqali tekshirishni.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Qin orqali ikki qo'llab tekshirishni.
2. Chin va diagonal konyugatani o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Ginekologik kreslo, steril kleyonka, rezina qo'lqop, dezinfeksiyalovchi eritmalardan birontasi (rivanol, furatsilin, kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi va boshqalar).

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Tug'uvchi ayol ginekologik kresloga yotqiziladi, jinsiy yoriq va tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuvib, artiladi
2. Akusherka qo'llarini yuvib zararsizlantiradi.
3. Steril rezina qo'lqop kiyadi.
4. Akusherka chap qo'lining bosh va ishora barmoqlari bilan jinsiy yoriqni keradi.
5. O'ng qo'lning ishora va o'rta barmoqlari qinga kirgiziladi, nomsiz barmoq bilan jimjiloq bukiladi, bu barmoqlar oraliqqa tayanib turadi.
6. Qinga suqilgan barmoq bilan bachadon bo'yni topilib, dumg'aza burni tomonga suriladi.
7. O'rta barmoq uchi dumg'aza burniga qadaladi.
8. Kaft qirrasi simfizning pastki chekkasiga tegib turadi.
9. Chap qo'lning ishora barmog'i o'ng qo'lni simfizning pastki chekkasiga tegib turgan joyini belgilab oladi.
10. Chap qo'lning ishora barmog'ini o'ng qo'lning belgilangan joyidan olmasdan, o'ng qo'l qindan tortib olinadi.
11. O'ng qo'lning o'rta barmog'i uchidan chap qo'lning ishora barmog'i bilan belgilab olingan joygacha bo'lgan masofa tazomer yoki lineyka bilan o'lchanadi.
12. Bu masofa diagonal konyugata bo'lib, u normada 13 sm ga teng.
13. Diagonal konyugata o'lchangach undan 2 sm olib tashlanadi ($13 - 2 = 11$ sm) 11 sm. Bu ko'rsatkich chin konyugata hisoblanadi.

Eslatma:

1. Diagonal konyugatadan olib tashlangan 2 sm simfizning balandligidir.

2. Diagonal konyugatani faqat tug'ruq boshlangach, barchadon bo'yni 2 barmoq enicha ochilgandan so'ng o'lchab bo'ladi.

3. Normada diagonal konyugatani hamma vaqt ham aniqlab bo'lmaydi. Anatomik tor chanoqlarda diagonal konyugatani o'lchab bo'ladi. Demak, qin orqali tekshirishda barmoqlar dumg'aza burniga yetmasa, chanoq normada hisoblanadi.

MIXAELIS ROMBINI ANIQLASH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Chanoq tuzilishini.
2. Mixaelis rombini tuzilishining mohiyatini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Mixaelis rombini santimetrli lenta bilan o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Santimetrli lenta, paxtali sharik.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Homilador ayolning bel sohasi yalong'ochlanadi.
2. Santimetrli lenta qo'lga olinib, uning bir uchi Mixaelis rombining yuqori burchagi 5-bel umurtqasining o'sig'i ostidagi chuqurchaga (dumg'aza usti chuqurchasi) qo'yiladi.
3. Santimetrli lentaning ikkinchi uchini dumg'aza suyagining uchiga - dumba burmalari boshlangan joyga qo'yiladi.
4. Ikki yon tomondan yonbosh suyaklarining orqadagi yuqori o'siqlar orasidagi o'lchamlari o'lchanadi.
5. Olingan ma'lumot tug'ruq tarixiga yoki homiladorlar individual kartasiga qayd qilinadi.

Eslatma: Mixaelis rombining uzunligi - vertikal o'lchami 11 sm, eni - gorizontal o'lchami 10,5 sm bo'lishi kerak.

TASHQI KONYUGATADAN CHIN KONYUGATANI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

Chanoqning tuzilishi va o'lchamlari.

Tazomer bilan ishlashni.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Tashqi konyugatani o'lchashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tazomer, kushetka.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Katta chanoqning ko'ndalang o'lchamlari o'lchab bo'lingach, homilador ayol yonlamasiga yotqiziladi.

2. Pastdagi oyog'i chanoq-son va tizza bug'imlaridan bukiladi, yuqoridagi oyog'i uzatiladi.

3. Tazomerning bir tugmachasi simfizning tashqi yuqorigi qirrasiga va ikkinchi tugmachasi dumg'aza ustidagi chuqurchaga (Mixaelis rombinning yuqori burchagiga mos tushadi) qadaladi.

4. Olingan o'lchamda o'zgarmas 9 sm chegirib tashlanadi. 20 sm - 9 sm 11 sm. (11 sm - bu chin konyugatadir).

PLASENTADA SUV-HAVO SINAMASINI O'TKAZISH

Maqsadi:

Plasentaning butunligini aniqlash

O'quvchi bilishi kerak:

1. Tug'riqni III davri va uni boshqarishni.

2. Yo'ldoshning ajralganlik belgilarini va ularni aniqlashni.

O'quvchi bajarishi kerak:

Plasentada suv-havo sinamasini o'tkazishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tog'ora, suv, rezina nokcha, Jane shprisi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Katta tog'oraga 3-4 l miqdorida suv solinadi.
2. Ajralib chiqqan plasenta kindik va pardalari bilan tog'oradagi suvga tushiriladi.
3. Kindik tizimchasining uchidan Jane shprisi yoki rezina «nokcha» bilan havo yuboriladi.
4. Havo yuborilayotgan vaqtda plasenta butun bo'lsa, suvning yuziga qalqib chiqadi.
5. Plasenta butun bo'lmasa, ya'ni plasentaning biror qismi yoki bo'lakchalari bachadon bo'shlig'ida qolib ketgan bo'lsa, plasenta suvning tagida turaveradi va suvning yuziga havo pufakchalari chiqadi.
6. Kindik tizimchasidan shpris chiqariladi.
7. Plasentani suvdan olinib kuydirish uchun krimatoriyga yuboriladi.

Eslatma:

1. Sinama musbat – plasenta tog'oraning tagida turadi, suv yuzida havo pufakchalari paydo bo'ladi, demak, plasenta butun emas.
2. Sinama manfiy – plasenta suv yuziga qalqib chiqadi, havo pufakchalari bo'lmaydi, demak, plasenta butun.

CHAQALOQLARDA ANTROPOMETRIK O'LCHOVLAR O'TKAZISH

O'quvchi bilishi kerak:

1. Chaqaloqni qanday o'lchamlari bo'lishini.
2. «Antropometriya» nima ma'noni bildirishini.
3. Barcha o'lchamlarning normadagi ko'rsatkichlarini.

O'quvchi bajarishi kerak:

1. Chaqaloqni gavda og'irligini (vaznini) o'lchashni (turli yoshlarda).
2. Chaqaloqni bo'y uzunligini o'lchashni (turli yoshlarda).
3. Chaqaloqda bosh va ko'krak aylanasi o'lchashni.

Kerakli anjomlar:

Gorizontal va vertikal tarozi, gorizontal va vertikal bo'y o'lchagich, santimetrli tasma.

Muolajaning bajarilishi:

1. Avvalo tarozining posongisini to'g'rilab olish kerak.
2. Taroziga steril taglik tushaladi.
3. So'ngra chaqaloq chaqaloqlar tarozisida o'lchanadi.
4. Chaqaloqning kiyimlari uchun ma'lum raqam ajratib tashlanadi.
5. Bo'y o'lchanayotganda chaqaloqni ensasi, yelkasi, tovoni bo'y o'lchagichga tegib turishi lozim.
6. Bosh va ko'krak aylanasi quyidagicha o'lchanadi: santimetrli tasma bilan ko'kraklarning uchi, qo'lتيq osti, sut bezlarining uchi bilan ko'krak aylanasi, ensa, quloqlarning yuqorisi, qoshlarning usti bilan bosh aylanasi o'lchanadi.

XXXV BOB. GINEKOLOGIYADA AMALIY KO'NIKMA VA MUOLAJALAR

QABUL QILINGAN BEMORNI SANITARIYA QAYTA ISHLOVIDAN O'TKAZISH

Sanitariya qayta ishlovi kasalxonaning qabul bo'limidagi filtrda o'tkaziladi.

Hamshira bemor ayollarda sanitariya qayta ishlovini asboblari va parvarish vositalarini tayyorlashdan boshlaydi. Sanitariya qayta ishlovi uchun hamshira quyidagi ishlarni amalga oshiradi:

- qo'llarini yuvib qo'lqop kiyadi;
- bemorning oyoq va qo'llaridagi tirnoqlarini oladi;
- qo'ltiq ostidagi tuklarni bir martalik usturada olib tashlaydi;
- steril suyuq sovunda namlangan tampon yordamida qov sohasi artiladi va qovdagi tuklarni qirib tashlanadi;
- ayolni dush qabul qilishi uchun sharoit yaratiladi;
- bemorni artinib ko'ylak kiyishi nazorat qilinadi.

Qabul qilinayotgan ayolning teri qoplamlari ko'zdan kechiriladi. Tana harorati, puls, arterial qon bosimi, bo'yi va vazni aniqlanadi. Boshi tekshiriladi, shundan so'ng qin orqali ko'rish va tashxis qo'yish uchun ko'ruv xonasiga o'tkaziladi.

QINDAN SURTMA OLISH

O'quvchi bajarishi kerak:

- bemor qinidan surtma olishni:
 - a) tozalik darajasini aniqlash uchun;
 - b) qin epiteliyasi sitologiyasi uchun;
 - d) gonokokklarni aniqlash uchun.

Kerakli asbob-anjomlar: Rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril kleyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblari tayyorlanadi.
2. Hamshira qo'lini yuvib rezina qo'lqop kiyadi.
3. Ginekologik kresloga steril kleyonka yoki bir martalik salfetka to'shaladi.
4. Ayol beligacha yechintirilib ginekologik kresloga yotqiziladi.
5. Tekshirish uchun bachadon bo'yni kanalidan, qinning oldingi yoki asosan orqa gumbazidan surtma olinadi.
6. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kirgiziladi.
7. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan bachadon bo'yni kanalidan surtma olinib buyum oynachasiga surtiladi.
8. Folkman qoshiqchasining ikkinchi uchi bilan qinning orqa gumbazidagi ajralma sekretidan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
9. Ko'zgular qindan chiqariladi.
10. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
11. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma: Homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: Qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas; surtma siyishdan oldin olinadi.

KO'ZGULAR YORDAMIDA TEKSHIRISH

O'quvchilar bajarishi kerak:

- homilador ayollarni ko'zgular yordamida tekshirishni.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, steril kleyonka, tavaqali yoki qoshiqsimon ko'zgu, yassi ko'targich, rezina qo'lqop, 0,5% li xloramin eritmasi solingan idish va biks.

Muolajaning bajarilishi:

1. Hamshira qo'lini yuvib zararsizlantirgach, ikkala qo'lga rezina qo'lqop kiyadi.
2. Ginekologik kresloga steril kleyonka to'shaladi.
3. Homilador ayol yechingan holda ginekologik kresloga yotqiziladi.
4. Hamshira o'ng qo'lga qoshiqsimon ko'zguni oladi.
5. Chap qo'lning ko'rsatkich va bosh barmog'i bilan jinsiy lablar ochiladi.

6. Ko'zgu qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi.

7. Orqadagi ko'zguga parallel holda qinning oldingi devoriga yassi ko'targich ko'zgu kiritiladi va qinning oldingi devori ko'tariladi.

8. Ko'zgu kiritilgandan so'ng bachadon bo'yni va kanalining tashqi teshigi yaxshilab ko'zdan kechiriladi.

9. Ko'zgularni qindan chiqarib olishda qin devori, shilliq pardaning rangi, burmalariga e'tibor beriladi.

10. Ko'zgular qindan chiqarilib, 0,5% li xloramin eritmasida 5 daqiqa zararsizlantirilgach, yuvib quritiladi va biksga joylanib sterilizatsiyaga jo'natiladi.

Eslatma: Qinni ko'zgular bilan tekshirishda tavaqali, qoshiqsimon va silindrik ko'zgulardan foydalaniladi.

AYOLLARNI IKKI QO'L BILAN (BIMANUAL) QIN ORQALI TEKSHIRISH

O'quvchilar bajarishi kerak:

- homilador ayolni qin orqali ikki qo'l yordami (bimanual) da tekshirishni.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, steril kleyonka yoki bir martalik steril salfetka, 3% li xloramin eritmasi solingan idish, biks, rezina qo'lqop.

Muolajaning bajarilishi:

1. Homilador ayol beligacha yechintirilib, steril kleyonka to'shalgan ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Tekshiruvchi qo'llarini dezinfeksiyalovchi eritmada yuvib artadi va steril rezina qo'lqop kiyadi.

3. Ayolning tashqi jinsiy a'zolar sohasi yuvilib, quritib artiladi.

4. Tekshiruvchi chap qo'lining ishora va bosh barmoqlari bilan ayolning jinsiy lablari keriladi.

5. O'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab kirgiziladi.

6. Bunda bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi, shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanib turadi.

7. Qinga suqilgan barmoqlar bilan chanoq tubi mushaklari, qin devorlari, qin gumbazlari, bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi tekshiriladi.

8. Keyin o'ng qo'lning barmoqlari qinning oldingi gumbaziga o'tkaziladi.

9. Chap qo'lning barmoqlari esa qorin devori orqali bachadon tanasi topilib, bachadon tanasining katta - kichikligi, shakli, konsistensiyasi, harakatchanligi aniqlanadi.

10. Qindagi barmoqlar qinning yon gumbazlariga o'tkazilib, chap qo'l va qindagi barmoqlar bilan bachadonning ortiqlari ikki yondan paypaslanadi.

11. Qindagi qo'llar sekin - astalik bilan chiqariladi.

12. Qo'l oqar suvda yuvilib, qo'lqop ag'darib yechiladi.

13. 3% li xloramin eritmasida 30 daqiqaga qoldiriladi.

Eslatma: 1. Tekshirishdan oldin qovuq va to'g'ri ichak bo'shatilgan, jinsiy a'zolar sanitariya ishlovidan o'tkazilgan bo'lishi kerak. 2. Qin orqali tekshirishda aseptika, aptiseptika qoidalariga rioya qilish shart.

BACHADON ICHI VOSITALARI (BIV) NI BACHADON BO'SHLIG'IGA KIRITISH

Ko'rsatma: Istalmagan homiladorlikning oldini olish

Moneliklar: homiladorlik, ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va o'sma kasalliklari.

Bajarish texnikasi

1. Hamshira qo'llarini yuvib, quritib artadi.

2. "Copper- T" BIV ning ishlatilishi muddati tekshirib ko'riladi.

3. BIV ning germetik yopiqligiga ishonch hosil qilingach, paketning 1/3 qismi ochiladi.

4. Hamshira qo'llariga rezina qo'lqop kiyadi.

5. BIV ning ikki qanoti paketni ustidan sterillikni buzmaganda holda sterjinni ichiga kiritiladi.

6. Paketni ichidan porshenni olib, sterjenni ichiga kiritiladi (orqa tomonidan).

7. Qinga ko'zgu kiritilib, bachadon bo'yni va qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

8. Antiseptik eritma bilan bachadon va qin devorlariga ishlov beriladi.

9. Bachadon bo'ynining yuqori labi tishli qisqich bilan qistiriladi.

10. Bachadon bo'shlig'i zondlanadi (bachadon holati va bachadon bo'shlig'ining uzunligi aniqlanadi).

11. BIV bachadon bo'shlig'ining uzunligiga qarab moslashtirib olinadi, paket butunlay ochilib, BIV o'ng qo'lga olinadi.

12. Bachadon bo'shlig'iga kiritishga tayyorlangan BIV ni maxsus shpris orqali bachadon bo'shlig'iga kiritiladi, toki identifikatsion o'lchagich bachadon bo'yniga tekkunicha.

13. Oq sterjenni ozgina oldinga itarib keyin BIV ning qanotlari bo'shagach sterjen chiqariladi.

14. Moslamaning naychasi 3-4sm chiqarilib, BIVning ipi kesiladi.

15. Moslamaning naychasi qindan butunlay chiqariladi.

16. Bachadon bo'ynidan qisqich yechiladi.

17. Quruq paxtali sharikni 30-60 sekund bachadon bo'ynining qisqich olingan joyga bosib turiladi.

18. Qindan ko'zgu chiqariladi.

19. Ishlatilgan asboblarni xloramin eritmasiga dekontaminatsiya uchun 10 daqiqaga qoldiriladi.

20. Qo'ldan qo'lqop yechilib qo'l yuviladi.

21. Ayol 15-20 daqiqadan so'ng o'rnidan turishi mumkin.

ISHLATILGAN ASBOBLARNI STERILLASHGA TAYYORLASH

Ishlatilgan asboblarni nisbatan xavfsizroq holga keltiradigan jarayon (ya'ni gepatit V, S va OITS virusi va boshqa mikroorganizmlarni kamaytiradi, lekin butunlay yo'qotmaydi).

● Yuvish.

Ishlatilgan asboblardan ko'zga ko'rinadigan chang, kir-chirlar, qon yoki organizmning boshqa biologik suyuqliklarni yuvib tashlash jarayonidir. Yuvishda toza sovun yoki yuvuvchi vositadan foydalaniladi. Yuvilgandan so'ng yaxshilab chayqab quritiladi.

● Sterilizatsiya.

Yuqori bosimli bug' (avtoklav), quruq issiqlik (termostat), kimyoviy sterilizatsiya yoki radiatsiya bilan ishlov berish yo'li orqali barcha mikroorganizmlarni (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar, parazitlarni) jumladan, bakterial endosporalarni ham yo'qotish jarayonidir.

- Chuqur dezinfeksiya.

Qaynatish, bug' yoki kimyoviy dezinfektantlar bilan ishlov berish orqali ba'zi bakterial endosporalardan tashqari barcha mikroorganizmlarni yo'qotish jarayonidir.

QINNING TOZALIK DARAJASINI ANIQLASH UCHUN QINDAN SURTMA OLISH

O'quvchi bajarishi kerak:

- bemor qinidan surtma olishni

Kerakli asbob-anjomlar: Rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril kleyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblarni tayyorlanadi.
2. Hamshira qo'lini yuvib rezina qo'lqop kiyadi.
3. Ginekologik kresloga steril kleyonka yoki bir martalik salfetka to'shaladi.
4. Ayol beligacha yechintirilib ginekologik kresloga yotqiziladi.
5. Tekshirish uchun bachadon bo'yni kanalidan, qinning oldingi yoki asosan orqa gumbazidan olinadi.
6. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kirgiziladi.
7. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan bachadon bo'yni kanalidan surtma olinib buyum oynachasiga surtiladi.
8. Folkman qoshiqchasining ikkinchi uchi bilan qinning orqa gumbazidagi ajralma sekretidan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
9. Ko'zgular qindan chiqariladi.
10. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
11. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma: Homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas, surtma siyishdan oldin olinadi.

QIN EPITELIYASI SITOLOGIYASINI ANIQLASH

Ko'rsatmalar:

- hayz funksiyasining buzilishi (aminoreya, anovulator, hayz sikli, gipo, gipermenstrual sindrom);
- bepushtlik;
- jinsiy a'zolar gipoplaziyasi.

Tekshiruv maqsadi: Ayol organizmi rivojlanishi, jinsiy yetuklik uchun zarur bo'lgan esterogen va progesteron gormonlari bilan ta'minlanish darajasini aniqlash.

O'quvchi bajarishi kerak:

- qin orqa gumbazidan surtma olishni;
- surtmani buyum oynachasiga surishni;
- surtmani quritishni;
- surtma olish uchun kerakli asboblarni jamlashni;
- mikroskop orqali surtmani ko'zdan kechirishni;
- surtmani laboratoriyaga yo'llanma yozib tekshiring.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, qin ko'zgulari (qoshiqsimon), kornsang, paxtali sharik, Folkman qoshiqchasi, buyoqlar (gemotoksilin, iozin, fuksin), spirt efir, mikroskop (emirson sistemali), buyum oynachalari.

Bajarish algoritmi:

1. Ayol beligacha yalong'ochlanib ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar kornsang yordamida paxtali sharik bilan sovunli suvda artib tozalanadi.
3. Qoshiqsimon ko'zgular qinga kiritiladi va yordamchi qo'lga tutqaziladi.
4. Folkman qoshiqchasi bilan qinning orqa gumbazidan surtma olinadi.
5. Olingan surtma buyum oynachasiga surtiladi.
6. Ochiq havoda quritiladi yoki spirt va efir aralashmasi bilan fiksatsiya qilinadi.
7. Laboratoriyaga yo'llanma yozib, yuboriladi.
8. Laboratoriyada gemotoksilin va iozin yoki fuksin buyog'ida bo'yaladi.

9. Bo'yalgan surtma ustiga 1 tomchi emirson yog' tomizilib mikroskop ostida ko'riladi.

10. Obyektivda ko'ringan qin epiteliyalari shakli, hajmi, yadrosining katta kichikligiga qarab sanaladi va baho beriladi.

Eslatma: Qin devorining shilliq qavati bir necha qatlam qin epiteliyalaridan tarkib topgan:

1. **Yuzaki** – shoxlanuvchi yoki shoxlangan epiteliyalar. Bu epiteliyalar ayol organizmi estrogen gormonlar bilan to'yingan paytda, ya'ni hayz siklining follikula rivojlanish fazasining oxirgi kunlari va ovulatsiya fazasiga xos.

2. **O'rtaliqda** – oraliq epiteliyalar, hajmi shoxlanuvchi epiteliyalarga nisbatan kichikroq, shakli urchuqsimon, uchburchaksimon, yadrosi kattaroq bo'ladi. Bu epiteliyalar hayz siklining sariq tanacha rivojlanishi fazasiga, ya'ni organizm progesteron gormoni bilan to'yingan davrida rivojlanib yetiladi.

3. **Parabazal epiteliyalar qatlami**, shakli oval yoki yumaloq bo'lib, hajmi oraliq epiteliyalardan kichikroq, yadrosi esa kattaroq, to'rsimon. Bu epiteliyalar hali balog'atga yetmagan qizlarda kuzatiladi. Estrogen va progesteron gormonlari ta'sirida parabazal epiteliyalar yetilib, undan oraliq va shoxlanuvchi epiteliyalar hosil bo'ladi.

4. **Bazal epiteliyalar qatlami** eng chuqur, pastki qatlam hisoblanib, epiteliyalar shakli yumaloq, kichkina yadrosi esa nisbatan katta va to'rsimon bo'ladi. Bu epiteliyalar qiz bolalarda va ayol organizmida steroid (estrogen, progesteron) gormonlarning keskin yetishmasligida kuzatiladi.

Mikroskopda ko'rilgan yuzaki, oraliq, parabazal va bazal epiteliyalar miqdoriga qarab ayol organizmining steroid gormonlar bilan to'yinganlik darajasi aniqlanadi.

QIN EPITELIYASI SITOLOGIASINI BAHOLASH (KOLPOSITOGRAMMA)

Estrogen gormonlar ta'sirida qinning ko'p qavatli silliq epiteliyasida shoxlanish jarayoni kechadi. Qanchalik estrogenlar miqdori ko'p bo'lsa shunchalik kuchli rivojlangan shoxlanish jarayoni bo'ladi.

Organizmدا estrogen gormonlar kamroq bo'lganda qinda oraliq epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Estrogenlar kam miqdorda bo'lsa (tuxumdonlar gipofunksiyasi, gipoestrogenemiya) bazal parabazal epiteliyalar ko'p miqdorda bo'ladi. Sitologiyada qaysi epiteliy qay miqdorda bo'lishiga qarab 4 xil tip - reaksiya tafovut etiladi.

I tip - surtmada asosan atrofiyalangan bazal epiteliyalar, leykositlar ko'zga tashlanadi. Bu holat organizmدا estrogen gormonlarining keskin yetishmasligida kuzatiladi (balog'atga yetmagan qiz bolalarda, menopauzada, tuxumdon gipofunksiyasida, amenoreya holatida uchraydi).

II tip - surtmada bazal, parabazal, ba'zan oraliq epiteliyalar va leykositlar uchraydi. Bu holat estrogenlarning deyarli yetishmasligida, tuxumdon gipofunksiyasi, minopauza davriga xos.

III tip - surtmada asosan oraliq epiteliyalari, onda-sonda shoxlangan epiteliyalar ko'zga tashlanadi. Bu holat kam miqdorda estrogen gormonlari yetishmasligida, hayz siklining sariq tanacha rivojlanish fazasiga xosdir.

IV tip - surtmada asosan shoxlangan yuza qatlam epiteliyalari uchraydi. Bu holat estrogen gormonlarning yetarlicha ekanligidan dalolat beradi va hayz siklining follikulyar fazasiga xosdir.

“QORACHIQ” FENOMENINI ANIQLASH

- “Qorachiq” fenomeni bachadon bo'yni kanalidan chiqayotgan shilliqqa qarab aniqlanadi.
- Menstrual sikl davomida kanalning tashqi teshigi kengayib, undagi shilliq miqdori ko'payib boradi.
- Ovulatsiya bo'ladigan vaqtlarda shilliq to'plami ko'z qorachig'ini eslatadi.
- Lyutein fazasining oxirida shilliq miqdori kamayib kanalning tashqi teshigi kichrayadi va quruq bo'ladi.
- Ovulatsiya bo'lmagan vaqtda qorachiq simptomi yaxshi bilinmaydi yoki umuman bo'lmaydi.

“Qorachiq” fenomenini aniqlash uchun bemor ma'lum kunlarda qabulga keladi va ana shu kunlarda bemor ginekologik kresloga yotqiziladi, qinga qoshiqsimon ko'zgu kiritilib ko'zdan kechiriladi. Olingan natija “+” bilan ifodalanadi.

Agar bachadon bo'yni kanali odatdagidan 0,1-0,2 sm dan kamroq kengaygan, shilimshiq modda miqdori ko'payib, tiniqlashgan bo'lsa "+", kanal tashqi teshigi 0,1-0,2 sm kengaygan bo'lsa "++", 0,3-0,4 sm kengaygan, shilimshiq modda bachadon bo'yni kanali tashqi teshigida ko'z qorachig'ini eslatib tursa "+++" deb belgilanadi, bu holat organizmning estrogen gormonlar bilan to'yinganligidan dalolat beradi va asosan ovulatsiya fazasida, ya'ni hayz siklining 13-14 kunlarida yorqin rivojlangan bo'ladi.

"QIRQ BO'G'IN" SIMPTOMINI ANIQLASH

- Hayz sikli davomida pinset yordamida yoki Braun shprisi bilan servikal kanaldan shilliq olinadi va buyum oynasiga ehtiyotlik bilan surtiladi.

- Olingan surtma xona haroratida quritiladi.

- Mikroskop ostida kichik okulyarda ko'riladi. "Qirq bo'g'in" barginining ko'rinishini oladi.

- Bu ko'rinish ovulatsiya vaqtida aniq bilinib turadi.

- Ovulatsiya bo'lmagan vaqtda bunday o'zgarish aniqlanmaydi.

Olingan natija "+" belgisi bilan ifodalanadi. Ovulatsiya bo'lgan kunlarda "+++" bo'lishi kerak.

Hayz siklining dastlabki kunlarida bu simptom "Manfiy" bo'ladi, chunki ayol organizmida estrogen gormonlari hali yetarli bo'lmaganligi sababli, bachadon bo'yni shilimshig'i kam ishlab chiqiladi va kristallanmaydi.

Ovulatsiya kunlari yaqinlashganda (follikulyar faza oxirida) ayol organizmi yetarli miqdorda estrogen gormonlari bilan ta'minlanganda shilimshiq modda miqdori ko'payib, cho'ziluvchan, qovushqoq bo'lib, quritilganda kristallar ham bo'ladi va "Qirq bo'g'im" bargining shakliga kiradi yoki qattiq qish paytida deraza oynasidagi muzli shakllarni eslatadi. Shuning uchun bu simptom yoki fenomenni "Qirq bo'g'im" "Arborizatsiya" yoki "Kristallizatsiya" simptomi deb ataydilar.

Bundan tashqari, bachadon bo'yni kanalidagi shilimshiq modda anatomik pinset yordamida olinib, uning uchlari sekinlik bilan kerilganda undagi shilimshiq necha sm gacha cho'zilishiga qarab organizmning estrogen gormonlar bilan to'yinganligiga baho berish mumkin.

Masalan: 6 sm gacha cho'zilib keyin uzilsa "+" estrogen gormonlari kam miqdorda; 8-10 sm gacha cho'zilsa "++" yetarli miqdorda, 15-20 sm gacha cho'zilsa "+++" - maksimal darajada estrogen gormonlar bilan to'yinganlik haqida xulosa qilinadi.

SUZAKNI ANIQLASH UCHUN SURTMA OLISH

So'zakni chaqiruvchi mikroorganizm - gonokokklar jinsiy a'zolar va siydik chiqarish yo'llarining epiteliyalari hujayralari ichiga joylashgan bo'ladi. Bakterioskopiya va bakteriologik tekshirish uchun siydik chiqarish kanali (uretra), bachadon bo'yni kanali, qin va to'g'ri ichakdan surtma olib laboratoriyada tekshiriladi.

Uretradan surtma olish algoritmi:

1. Siydik yo'llaridagi gonokokklarni siydik yuvib ketmasligi uchun bemor surtma olishdan 1,5-2 soat oldin siygan bo'lishi kerak.
2. Tashqi jinsiy a'zolar va qinga kirish qismi fiziologik eritma yoki 2% borat kislota eritmasi singdirilgan paxta sharik bilan tozalanadi.
3. Chap qo'l barmoqlari bilan jinsiy lablar kerilib, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi atrofi spirt shimdirilgan paxta sharik bilan artiladi.
4. O'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i qinga kiritiladi va uretraning orqa devori uqalanadi, agar sekret ajralmasa ikki barmoq qinga kiritilib siydik kanali uqalanadi.
5. Uretradan ajralib chiqqan suyuqlik (yiring) tarnovsimon zond yoki Folkman qoshiqchasi bilan olinib, buyum oynachasiga surtiladi.
6. Surtma yonib turgan spirtovka ustidan tezlik bilan uch marotaba o'tkazib olib fiksatsiya qilinadi.
7. Keyin uni laboratoriyada Gramm usulida bo'yaydi.
8. Mikroskop orqali tekshiriladi.

Bachadon bo'yni kanalidan surtma olish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalong'ochlanib yotqiziladi.
2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari (Sims ko'zgulari) qinga kiritilib, bachadon bo'ynining qin qismi ochiladi.
3. Paxtali tampon bilan (10% sodali eritma shimdirilgan) bachadon bo'yni artiladi.

4. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan bachadon bo'yni kanalidan tashqi teshikdan 0,5-1 sm ichkariga kiritilib, sekret olinadi va buyum oynasiga surtiladi.

5. Tezlik bilan spirtokada yonib turgan olov ustidan uch marta o'tkazib, fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Qinning orqa gumbazidan surtma olish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalong'ochlanib yotqiziladi.
2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari qinga kiritiladi va bachadon bo'yni ochiladi.

3. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond bilan qinning orqa gumbazidan surtma olib buyum oynachasiga surtiladi.

4. Tezlik bilan fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

To'g'ri ichakdan surtma olish algoritmi:

1. Esmarx voronkasi 38-39eS li iliq fiziologik eritma bilan to'ldiriladi.
2. Bemor tapchanga beligacha yalong'ochlab yonbosh qilib yotqiziladi.
3. Voronkaga ulangan rezina shlangdagi uchlikka (nakonechnik) vazelin surtiladi.
4. Uchlik to'g'ri ichakka 4 sm kiritilib, voronkaning krani ochiladi.
5. To'g'ri ichakka 60-80 ml fiziologik eritma yuboriladi va kranik yopiladi.
6. Voronkaning uchligi to'g'ri ichakdan sug'irib olinadi.
7. Ichakdan qaytib chiqqan suyuqlik maxsus idishga buyraksimon laganchaga, stakanga to'planadi.
8. Pinset bilan suyuqlik ichidagi shilimshiq modda yoki yiring ushlab olinadi va buyum oynachasiga surtiladi.
9. Tezlik bilan fiksatsiya qilinadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Trixomoniazga surtma olish algoritmi:

Trixomoniaz diagnostikasi uchun "Tirik tomchi" usulidan, bo'yalgan yoki maxsus ozuqa moddaga ekilib urchitilgan parazitni o'rganish mumkin.

Eng ko'p tarqalgan va oson usul "Tirik tomchi" usulidir.

Tirik tomchi olish algoritmi:

Bemor beligacha yalong'och holda ginekologik kresloga yotqiziladi.

1. Qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
2. Uchiga paxta o'ralgan shisha tayoqcha yoki platina sterjinni fiziologik eritmaga botirib olinadi.
3. Qinning orqa gumbazidan surtma olib buyum shishachasiga tomiziladi.
4. Qoplagich oynacha bilan yopilib mikroskopda ko'zdan kechiriladi.
5. Agar mikroskop ostida harakatlanib yurgan parazit - trixomonos ko'rinsa, demak, trixomonoz kasalligi tasdiqlanadi.

QINNING TOZALIK DARAJASI VA UNI ANIQLASH

Qinning shilliq qatlamida bezlar bo'lmaydi. Lekin qon va limfa tomirlaridan so'zib chiqadigan suyuqlik sekret ajralib turadi. Odatda, u oqimtir rangda kam miqdorda, maxsus hidga ega bo'ladi va qinni namlab turadi. Jinsiy yetuklik davrida qin ajralmasi kislotali muhitda bo'ladi. Buning sababi sog'lom qinda bo'lgan qin basillalari (Dederleyn tayoqchalari) hayot faoliyati ta'sirida ayollarda qin epiteliyalarida bo'lgan glikogenlardan sut kislotasi ishlab chiqiladi.

Qinda hosil bo'lgan sut kislotasi qin basillalari va qin shilliq pardasiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi, aksincha qindagi patogen mikroorganizmlarni o'limiga olib keladi.

Shunday qilib sog'lom, yetuk ayollar qinida o'z-o'zini tozalash jarayoni kechadi. Shunga qaramasdan sog'lom ayollar qini ajralmasida shartli ravishda patogen hisoblangan mikroorganizmlar (stafilokokk, streptokokk, enterokokk, ichak tayoqchasi) yashaydi. Qulay sharoit bo'lishi bilan (shamollash, qin devorlarining jarohatlanishi), ya'ni organizmning himoya kuchi pasayishi zahotiyoq ular yallig'lanish kasalligini chaqirishi mumkin.

Shuning uchun ham qinning tozalik darajasini bilishimiz lozim.

Mikroblar florasining xarakteriga qarab qin tozaligining to'rt darajasi tafovut qilinadi.

Tozalikning birinchi darajasi: qindan olingan ajralmada faqat Dederleyn tayoqchalari - qin basillalari va epiteliya hujayralari topiladi. Reaksiyasi kislotali. Bu tozalik darajasi jinsiy hayotda yashamaydigan sog'lom qizlarga xos.

Tozalikning ikkinchi darajasi: qin ajralmasida qin basillalari uncha ko'p emas, ko'plab epiteliya hujayralari va onda-sonda leykositlar uchraydi. Reaksiyasi kislotali. Bu tozalik darajasi jinsiy hayotda yashaydigan sog'lom ayollarga xos.

Tozalikning uchinchi darajasi: qinda qin basillalari ham, turli xil mikroblar va ko'plab leykositlar uchraydi. Reaksiyasi kuchsiz ishqorli. Bu tozalik darajasi jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish kasalliklariga xos.

Tozalikning to'rtinchi darajasi: qin basillalari umuman yo'q, juda ko'p miqdorda patogen mikroorganizmlar, hattoki trixomonos va boshqalar, leykositlar - yiringli ajralma. Reaksiyasi ishqorli. Bu tozalik darajasi jinsiy a'zolarining o'tkir yallig'lanish kasalliklariga xos.

Tozalik darajasini aniqlash uchun surtma olish algoritmi:

Kerakli anjomlar: ginekologik kreslo yoki tapchan, kornsang, paxtali sharik, buyum oynachasi.

Tozalikning I darajasi. Epiteliy hujayralari (1), bilan qin tayoqchalari (2) ko'rinib turibdi. **Tozalikning II darajasi.** Epiteliy hujayralari (1), qin tayoqchalari (2), yakkam-dukkam leykositlar (3) va comma variabile (4) ko'rinib turibdi. **Tozalikning III darajasi.** Qin tayoqchalari kamroq (2), leykositlar (3), comma variabile(4), kokklar (5) ko'proq. **Tozalikning IV darajasi.** Qin tayoqchalari yo'qolgan. Leykositlar ko'p (3). Kokklar (5) va trichomonas vaginalis (6) birtalay.

1. Bemor beligacha yalong'ochlanib tapchanga yoki ginekologik kreslogo yotqiziladi.

2. Chap qo'lning barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi.

3. O'ng qo'l yordamida kornsangda ushlangan paxtali sharikni qinga kiritiladi va uning ajralmasi olinib buyum oynachasiga surtiladi.

4. Oynacha quritiladi va laboratoriyaga yuboriladi.

5. Laboratoriyada Gramm usulida bo'yaladi.

6. Mikroskopda ko'riladi.

BACHADON BO'SHLIG'INI ZONDLASH

Bu muolaja bachadon bo'shlig'i uzunligini o'lchash, bachadon bo'shlig'i konfiguratsiyasi (bo'shliqning shakli, biror bir o'sma o'sib chiqqanligi), devorlarining relyefini, bachadon bo'yni kanalining o'tkazuvchanligi va uzunligini aniqlash maqsadida bajariladi.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, qoshiqsimon qin ko'zgulari, tishli qisqich - Myuzo qisqichi, kornsang va bachadon zondi.

Bajarish texnikasi:

1. Bemor belgacha yalong'och holda ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar yuvuvchi yoki dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi.
3. Qoshiqsimon ko'zgular qinga kiritiladi va bachadon bo'yni ochiladi.
4. Bachadon bo'yni spirt shimdirilgan paxtali sharik bilan artiladi.
5. Pulevoy qisqich (Myuzo) bilan bachadon bo'ynining oldingi labidan qisib olinadi va bachadon oldinga tortilib to'g'rilanadi.
6. Bachadon zondining tumtoq tugmachasi asta-sekinlik bilan bachadon bo'yni kanali orqali bachadon bo'shlig'iga kiritiladi va tubigacha itariladi.
7. Santimetrlarga ajratilgan zond bilan bachadon bo'shlig'ining uzunligi belgilab olinadi.
8. Asta-sekinlik bilan zond bachadondan sug'irib olinadi.
9. Pulevoy qisqich bachadon bo'ynidan yechiladi.
10. Bachadon bo'ynining qistirilgan joyiga 5% yod nastoykasi surtiladi.
11. Ko'zgular qindan chiqarib olinadi.
12. Ayol o'rnidan turg'azilib, joyiga o'tkaziladi.

DIAGNOSTIKA MAQSADIDA BACHADON TANASI SHILLIQ PARDASINI QIRIB OLISH

Bachadon tanasi shilliq pardasini qirib olib, gistologik tekshirish endometriy qatlamidagi siklik o'zgarishlar, undagi patologik jarayonlar (rak, xorion epitelioma, polipoz), homila tuxumi qoldiqlarini aniqlashda diagnostik ahamiyatga ega. Bu muolajani bachadondan asiklik qon ketishda, bachadon o'sma kasalliklarida (fibraniomada) ham qilinadi.

Kerakli asbob-anjomlar: Qoshiqsimon qin ko'zgulari, 2-3 dona kornsang, pulevoy qisqichlar, bachadon zondi, bachadon bo'yni kanalini kengaytirgichlar jamlanmasi (Gegar kengaytirgichlari), kyuretka, spirt,

yod nastoykasi, steril sharik va salfetskalar, formalin solingan shishi flakonchalar. Flekoanlar markirovka qilingan bo'lishi kerak. Unda bemorning familiyasi, ismi-sharifi, muolaja bajarilgan kun, qirma qayerdan olinganligi yozib qo'yilishi shart.

Moneliklar: Qinning III - IV tozalik darajasi (o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalligi xuruji belgilari) tana harorati ko'tarilishi, yuqumli kasalliklar.

Bemorni muolajaga tayyorlash. Dastlab jinsiy a'zolar, sovunli suvda yuvilib, qov sohasi junlardan tozalanadi, kresloga yotishdan oldin bemor siydik pufagi bo'shatiladi.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Qoshiqsimon ko'zgular yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
2. Spirt shimdirilgan paxtali sharik bilan bachadon bo'yni artiladi, quritiladi.
3. Pulevoy qisqich bilan bachadon bo'yni oldingi labi qisib olinadi va bachadon oldinga tortilib, holati biroz to'g'rilanadi.
4. Bachadon zondi bilan bachadon bo'yni kanali va bachadon bo'shlig'i uzunligi o'lchanadi.
5. Gegar kengaytirgichlari bilan bachadon bo'yni kanali kengaytiriladi.
6. Kichik kyuretka bachadon bo'shlig'iga kiritiladi.
7. Bachadon devorlari (oldingi, orqa, yon devorlar kyuretka bilan alohida-alohida qirib olinib, alohida formalin solingan shisha flakonchaga solinadi, har bir flakonda tegishli markirovka bo'ladi, ya'ni bemorning familiyasi, ismi, sharifi, muolaja bajarilgan kun, bachadonning oldingi, orqa yoki o'ng-chap devorlari degan yozuv bo'ladi.
8. Kyuretka bachadon bo'shlig'idan chiqarib olinadi.
9. Bachadon bo'shlig'i 5% yod nastoykasi bilan surtiladi.
10. Pulevoy qisqich yechib olinadi.
11. Qisqich qo'yilgan joy 5% li yod nastoykasi bilan artiladi.
12. Ko'zgular chiqarib olinadi.
13. Bemor palataga o'tkaziladi.
14. Qirma olingan flakonlar laboratoriyaga yuboriladi.

SITOLOGIK TEKSHIRISH UCHUN BACHADON BO'YNIDAN BOSMA SURTMA (MAZKI OTPECHATKI) OLISH

Maqsad: Xotin-qizlar jinsiy a'zolari, xususan bachadon bo'yni rak kasalligini barvaqt diagnostika qilish.

Ko'rsatmalar: Bachadon bo'yni eroziyasi, yallig'lanish kasalliklari va bachadon bo'yni shaklining o'zgarishi.

Kerakli asbob-anjomlar: qin ko'zgulari, kornsang, mayda bo'lakchalarga bo'lingan (bir buyum oynachasi uchga bo'lingan) buyum oynachalari.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Qoshiqsimon qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
3. Kornsang bilan qistirib olingan buyum oynachasi bachadon bo'yniga bosib olinadi.
4. Qin ko'zgulari chiqarib olinadi.
5. Surtmalar yonib turgan spirtovka olovi ustidan tez-tez o'tkazib olib, fiksatsiyalanadi.
6. Laboratoriyaga jo'natiladi.

BACHADON BO'YNIDAN BIOPSIYA OLISH

Maqsad: Bachadon bo'yni xavfli o'smalarini barvaqt diagnostika qilish.

Ko'rsatmalar: Bachadon bo'yni eroziyasi, ektropion.

Kerakli asbob-anjomlar: qoshiqsimon qin ko'zgulari, kornsang, skalpel, pulevoy qisqich, spirt, paxtali sharik, igna ushlagich, tikish ignasi, ketgut, 5% li yod nastoykasi.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga beligacha yalong'achlanib yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar sovunlab yuviladi.
3. Qoshiqsimon qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni ochiladi.
4. Bachadon bo'ynining qin qismi spirt bilan artiladi va steril paxtali sharik bilan tozalanadi.

5. Bachadon bo'ynining oldingi labi Myuzo pulevoy qisqichi bilan ushlab olinadi.

6. Steril skalpel bilan bachadon bo'ynining kasallangan va sog'lom qismidan kesib olinadi.

7. Kesilgan joyga ketgutli chok qo'yiladi va 5% yod nastoykasi surtiladi.

8. Pulevoy qisqich yechiladi, tishlangan joyiga 5% li yod nastoykasi surtiladi.

9. Qin ko'zgulari chiqarib olinadi.

10. Kesib olingan preparat formalinli shisha flakonchaga joylashtiriladi va laboratoriyaga yuboriladi.

QINNING ORQA GUMBAZI ORQALI QORIN BO'SHLIG'INI PUNKSIYA QILISH

Ko'rsatmalar: Bachadondan tashqaridagi homiladorlik, tuxumdonlar apopleksiyasi, bachadon ortiqlarining o'tkir yallig'lanishi, pelveoperitonit, Duglas bo'shlig'i abssessi.

Kerakli asbob-anjomlar: Qin ko'zgulari, pulevoy qisqich (Myuzo), kornsang, 20 ml shpris. Bir ignasi (diametri 1 mm, uzunasi 12-15 sm li igna), steril shariklar, 5% yod nastoykasi, spirt.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Tashqi jinsiy a'zolar sovunli suv bilan yuviladi.
3. Qin ko'zgulari qinga kiritilib bachadon bo'yni ochiladi.
4. Bachadon bo'yni spirt bilan artib tozalanadi.
5. Pulevoy qisqich bilan bachadon bo'ynining orqa labi ushlab olinadi va yuqoriga ko'tariladi.
6. Qinning orqa gumbazi spirt bilan artib tozalanadi.
7. 20 ml shprisga Bir ignasi kiygiziladi.
8. Shprisga kiygizilgan ignani qinning orqa gumbaziga sanchiladi.
9. Shpris porsheni orqaga tortib ko'riladi va qorin bo'shlig'idagi (Duglas bo'shlig'i) suyuqlik (qon, yiring, seroz suyuqlik) tortib olinadi.
10. Igna qinning orqa gumbazidan chiqarib olinadi.
11. Igna sanchilgan joyga 5% yod nastoykasi surtiladi.

12. Pulevoy qisqich yechiladi, sanchilgan joyga 5% li yod nastoykasi surtiladi.

13. Ko'zgular qindan chiqarib olinadi.

14. Punktat (qorin bo'shlig'idan olingan suyuqlik) laboratoriyaga jo'natiladi.

QIN VANNASINI O'TKAZISH

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, tabaqali qin ko'zgusi (Kusko ko'zgusi), rezina qo'lqoplar, sterillangan material, dori-darmon vositalari, kornsanglar, 3% li xloramin eritmasi.

Muolajani bajarish algoritmi:

- bemorga davolash mohiyati tushuntiriladi.
- bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.
- tashqi jinsiy a'zolar dezinfeksiya vositalari bilan yuviladi.
- qo'lqop almashtiriladi.
- Kusko ko'zgusi qin ichiga kiritiladi, dokali tampon bilan kornsangda qin ajralmalari tozalanadi.
- Qinga 37°C gacha ilitilgan dori (20-25 ml) 15-20 daqiqaga qo'yiladi.
- 15-20 daqiqadan so'ng qin quruq tampon bilan artilib qurutiladi.
- ko'zgu chiqarilib olinadi.
- 20 daqiqagacha kichik jinsiy lablar orasiga quruq salfetka qo'yiladi.
- qo'lqopni yechib, qo'llar yuviladi.
- ko'zgu 3% li xloramin eritmasiga 1 soatga solib qo'yiladi.

KOLPOSKOPIYA

Kolposkopiya bachadon bo'ynining tashqi teshigi atrofini va qin devorlari to'qimalarini 10-30 martagacha kattalashtirib ko'rish imkonini beradi. Ko'proq bachadon bo'yni eroziyasi, bachadon bo'yni raki va rak oldi kasalliklariga tashxis qo'yish maqsadida o'tkaziladi.

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo, qoshiqsimon ko'zgular, bir tishli Myuzo qisqichi, pinset, kleyonka yoki bir marta ishlatiladigan salfetka va kolposkop.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemor beligacha yechintirilib, ginekologik kresloga yotqiziladi.
2. Qinga qoshiqsimon ko'zgular kiritilib, bachadon bo'yni ochiladi.

3. Kolposkop bilan bachadon bo'ynining tashqi teshigi atrofi va qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

4. Kolposkopiya o'tkazilgandan so'ng ishlatilgan asboblarda xloramin eritmasiga 10 daqiqaga qoldiriladi.

5. Bemorning turishiga yordamlashiladi.

Hamshira kolposkopiya yordamchi sifatida ishtirok etadi.

GORMONAL HOLATNI ANIQLASH UCHUN QINDAN SURTMA OLISH

O'quvchi bajarishi kerak:

- qin epiteliyasi sitologiyasi uchun surtma olishni.

Kerakli asbob-anjomlar: Rezina qo'lqop, ginekologik kreslo, steril kleyonka, Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zond, buyum oynachasi, qoshiqsimon va yassi qin ko'zgulari.

Muolajaning bajarilishi:

1. Surtma olish uchun kerakli asboblarda tayyorlanadi.
2. Hamshira qo'lini yuvib rezina qo'lqop kiyadi.
3. Ginekologik kresloga steril kleyonka yoki bir marta ishlatiladigan salfetka to'shaladi.
4. Ayol beligacha yechintirilib ginekologik kresloga yotqiziladi.
5. Qinga qoshiqsimon ko'zgu kirgiziladi.
6. Tekshirish uchun qinning oldingi va orqa gumbazidan surtma olinadi.
7. Folkman qoshiqchasi yoki tarnovsimon zondning bir uchi bilan surtma olinib buyum oynachasiga surtiladi.
8. Ko'zgu qindan chiqariladi.
9. Laboratoriyaga tekshirish uchun yo'llanma yoziladi.
10. Surtma qurigach yo'llanma bilan laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma: Homilador ayoldan surtma olishdan oldin quyidagilarga qat'iy e'tibor berish kerak: Qinni chayish, qinga dorilar bilan muolajalar o'tkazish mumkin emas; surtma siyishdan oldin olinadi.

SPERMOGRAMMA UCHUN SPERMA YIG'ISH

Ko'rsatma: erkaklardagi bepushtlik.

Muolajani bajarish algoritmi:

1. Tekshirishdan avval erkak kishi 5-7 kun davomida jinsiy aloqa qilmasligi ogohlantiriladi, shuningdek, spirtli ichimliklar qabul

qilish mumkin emas (prezervativlardan ham foydalanish man etiladi, chunki uning tarkibidagi talk spermatozoidlar harakatchanligini susaytiradi.

2. Spermalarni tekshirish uchun er va xotin birgalikda taklif qilinib, jinsiy aloqa to'xtatilib, sperma suyuqligi toza va quruq idishga olinadi.

3. Laboratoriyaga yo'llanma bilan yuboriladi.

Eslatma:

1. Sperma suyuqligi yig'iladigan idish iliq bo'lishi kerak

2. Laboratoriya tekshirishigacha bo'lgan vaqt 1 soatdan oshmasligi kerak

3. Spermatozoidlar harakatining 75% dan kam bo'lishi erkaklar bepushtligidan darak beradi.

GISTEROSALPINGOGRAFIYA VA UNING O'TKAZILISHI

Ko'rsatma: Bachadondan tashqaridagi homiladorlikka gumon tug'ilganda, jinsiy a'zolar sili, bachadonning rivojlanish nuqsonlari, bachadon fibramiomasi, bepushtlik, istmiko-servikal yetishmovchiligi, bachadondagi kesar-kesish operatsiyasidan keyingi chandiqlarning holatini aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Moneliklar: Umumiy yoki mahalliy yallig'lanish kasalliklari, (gripp, angina, tromboflebit yoki boshqalar), jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi, yod preparatlariga sezuvchanlikning oshganligi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemor ginekologik kresloga yotqiziladi.

2. Maxsus moslama (Mandelshtam uchligi – nakonechnik) orqali moyli kontrast modda (iodolipol, lipiodol) yoki suvli kontrast modda (kardiotrast, diodon, urografin, verografin, gipak) bachadon bo'yni kanali orqali bachadon bo'shlig'iga yuboriladi.

3. 5 ml yuborilgan keyin birinchi rentgenologik tasvirga tushuriladi, 20 daqiqa o'tgach ikkinchi va 24 soat o'tgandan so'ng uchinchi tasvirlar olinadi.

4. Rentgenolik tasvir bemorning tibbiy hujjatlariga tikib qo'yiladi.

Eslatma:

1. Gisterosalpingografiya hayz ko'rish siklining ikkinchi fazasida amalga oshiriladi.

2. Bemorni rentgenografiyaga tayyorlash uchun kechqurun tozalovchi huqna qilib ichaklar tozalanadi.

BEMORLARNI OPERATSIYAGA TAYYORLASH

Qin orqali qilinadigan operatsiyalarga bemorlarni tayyorlash:

Kerakli asbob-anjomlar: ginekologik kreslo yoki operatsion stol, steril oqliklar, bog'lov materiallari, 5% li yod eritmasi yoki 1% li yodanat eritmasi, kornsang, sirli tog'ora, kateter, sovun, iliq suv, dez. eritma, narkoz apparati, asboblar jamlanmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Bemorga operatsiyaning mohiyati tushintiriladi.
2. Tozalovchi klizma qilinadi.
3. Ayolga steril kuylak va baxillalar kiydiriladi.
4. Ayol operatsiya stoliga yotqiziladi.
5. Qorinning pastki qismi, sonning ichki yuzasi, tashqi jinsiy a'zolar, oraliq sovun bilan iliq suvda kornsanglar va paxtali tampon yordamida yuviladi.
6. Antiseptik eritma bilan zararsizlantiriladi.
7. Quruq tampon bilan artiladi.
8. Yumshoq kateter yordamida siydik tushiriladi.
9. Anal teshik steril taglik bilan yopiladi.
10. Dumba ostiga steril taglik qo'yiladi.
11. Bemorning oyoq tomoniga tog'ora qo'yiladi.
12. Operatsion hamshira tayyorgarlikni ko'zdan kechirib, operatsiya qiluvchiga bemorning tayyor ekanligini ma'lum qiladi.

QORIN BO'SHLIG'I ORQALI QILINADIGAN OPERATSIYAGA BEMORLARNI TAYYORLASH

Kerakli asbob-anjomlar: steril oqliklar, bog'lov materiallari, asboblar jamlanmasi, kornsang, 5% li yod eritmasi, kateter, spirt, operatsiya stoli, narkoz apparati.

Muolajaning bajarilishi:

1. Operatsiya mohiyati bemorga tushuntiriladi.
2. Operatsiyadan bir kun avval yengil ovqatlar iste'mol qilish buyuriladi. Uxlashdan avval va operatsiya kuni ertalab tozalovchi klizma qilinadi.
3. Ertalab premedikatsiya qilinadi.
4. Bemorga steril kuylak kiydiriladi.
5. Bemor operatsiya stoliga yotqiziladi.
6. Umumiy og'riqsizlantirilgandan so'ng, qorinning oldingi devoriga 5% li yod eritmasi bilan Filonchikov-Grossix usulida ishlov beriladi.
7. Operatsion hamshira bemorning tayyorligini ko'zdan kechirib, operatsiya qiluvchiga ma'lum qiladi.

OPERATSIYADAN KEYINGI BEMORLARNI PARVARISHLASH

Operatsiyadan keyin bemor intensiv palataga o'tkaziladi.

Intensiv xona maxsus funksional karavot bilan jihozlangan bo'lib, quyidagi anjomlar bo'lishi kerak: E.K.G. apparati, tonometr, termometr, oshqozon zondi, suv ichiriladigan maxsus idish, markazlashtirilgan kislorod, grelka, til tutqich, og'iz kergich, sistema, kerakli dori-darmonlar to'plami, steril oqliklar, tuvak, muzli xalta.

- Bemor o'rni grelka bilan isitiladi.
- Operatsiya chokiga muzli xaltacha qo'yiladi 15-20 daqiqa turgach, 30 daqiqa dam beriladi va yana muolaja takrorlanadi.
- Qusuq massalari yoki nafas yo'liga tili tiqilib qolmasligi uchun boshi bir tomonga qayrilgan bo'lishi kerak.
- Bemorning pulsi, qon bosimi, tana harorati, operatsiya chokining holati, oqliklarning quruqligi nazorat qilib turiladi.
- Shifokor ko'rsatmalari muntazam bajarib turiladi.
- Bemor mustaqil ravishda siydik ajratmasa, siydik pufagi kateterlanadi.
- Operatsiyadan so'ng 3 sutka davomida najas kelmasa, 5% li natriy xlorid eritmasi bilan (150-200 ml) tozalovchi klizma qilinadi..
- Birinchi sutkada bemorga mineral suv va limonli choy beriladi.

- Ikkinchi sutkada shirin choy, sho'rva, qatiq, shuningdek, uchinchi sutkada sho'rva, kisel, keyinchalik parhezli taomlar buyuriladi.
- Operatsion jarohatning bitishiga ko'ra har kuni ishlov beriladi.
- 5-6 sutkada choklar olinadi.
- Birinchi sutkada bemor yonboshlab yotqiziladi, operatsiyadan keyingi davr asoratsiz kechayotgan bo'lsa, 2-3 sutkalarda turishga ruxsat beriladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Allayorov Ya.N. Reproduktiv salomatlik va kontraseptiv texnologiya. Istiqlol nashriyoti. – Toshkent, 2005.
2. Allayorov Ya.N. "Akusherlik" "O'zbekiston milliy ensiklopediyasi" Davlat ilmiy nashriyoti Toshkent – 2011.
3. Allayorov Ya.N. "Akusherlik va ginekologiya", "O'zbekiston milliy ensiklopediyasi" Davlat ilmiy nashriyoti Toshkent – 2017.
4. Allayorov Ya.N., Yusupova D.O', Asqarova F.Q. "Akusherlikda amaliy ko'nikma va muolajalar". Samarqand – 2007.
5. Allayorov Ya.N., B.A.Jumanov, F.Q.Asqarova. "Onalikda hamshiralik parvarishi" "Voris" nashriyoti, Toshkent – 2017.
6. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирюшенков А.П. "Акушерство" Москва, Медицина. 1986.
7. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. "Акушерство" Ростов-на-Дону, "Фенекс" – 2005.
8. Бурбенко А.Т., Шабров А.В., Денисенко П.П. "Современные лекарственные средства". Санкт-Петербург-Москва. "Нева", 2006.
9. Гуркин Ю.А., Грицюк В.И. "Гинекология" справочник семейного врача. Москва-Санкт-Петербург 2005.
10. Дуда В.И., Дуда Вл.И., Дуда И.В. "Акушерство". Минск. «Высшая школа», 2004 г.
11. Закиров И.З. "Акушерство". Учебное пособие. Самарканд 1992.
12. Ziyayeva M.F., Mavlonova G.X. "Ginekologiya", "O'qituvchi" nashriyot – matbaa ijodiy uyi, Toshkent 2012.
13. Kretova N.Ye., Smirnova L.M. "Akusherlik va ginekologiya". Toshkent. "Ibn Sino" nomidagi nashriyot, 1991 y.
14. Лысак Л.А.. "Акушерство". Ростов на-Дону: "Феникс", 2003 г.
15. Малиновский М.С. "Оперативное акушерство". Москва. "Медицина". 1974 г.Неговский В.А. "Основы реаниматологии" Тошкент, Медицина 1977.

16. Нисвандер К., Эванс А. "Акушерство" справочник Калифорнийского университета, перевод с английского. Москва "Практика" 1999.
17. Raximov A.U., Melikulov X.M. "Akusherlikda gemorragik shokning zamonaviy muammolari". Toshkent. "Istiqlol" - 2005 y.
18. Ремизов И.В. "Основы реаниматологии для медицинских сестер". Ростов-на-Дону. "Фенекс" - 2006.
19. Славянова И. К. "Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, практикум". Ростов на-Дону: "Феникс", 2004 г.
20. Суслепарова А.А. "Гинекология" "Диля" новый справочник. Москва-Санкт-Петербург. "Сова" - 2006.
21. Fozilbekova M.A., Zaynitdinova X.S.. "Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi". "O'qituvchi" nashriyot-matbaa ijodiy uyi. Toshkent. 2004 y.
22. Qodirova A.A., Ashurova V.E., Kattaxo'jayeva M. X., Abdullayeva D.A.. "Akusherlikdagi jarrohlik amaliyoti". Toshkent. "Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti". 1999-yil.
23. Qodirova A.A., Kattaxo'jayeva M.X. "Akusherlik amaliyoti". Toshkent. "Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti". 2001-yil.
24. Приказ МЗ РУз N 500 от 13 ноября 2003 года «О реорганизации работы родельных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций».
25. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining onalik va bolalik, reproduktiv salomatlikka doir farmon va qarorlari.

MUNDARIJA

KIRISH3

I QISM. AKUSHERLIKDA HAMSHIRALIK ISHI.....5

I BOB. Akusherlikda hamshiralik ishi fani. Akusherlikda hamshiralik ishi asoslari. Onalik haqida tushuncha

 Akusherlikda hamshiralik ishining obyektlari6

 Onalikning jismoniy xususiyatlari8

 Akusherlikda hamshiralik ishining o'рни va ahamiyati.9

 Akusherlikda hamshiralik ishining vazifalari va tendensiyalari11

 Tibbiy yordam ko'rsatish tizimi barcha bo'g'inlarida xususan sog'liqni saqlash birlamchi zvenolarida.....14

 Ayol hayotining turli davrlarida akusherlik yordami ko'rsatish18

 Homilador ayollarga dispanser kuzatuvini olib borish.....19

II BOB. O'zbekiston Respublikasida akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatish muassasalarining ishini tashkil qilish

 Tug'ruq kompleksining (bo'limining) tuzilishi20

 Tug'ruq kompleksi (bo'limi) tarkibiy bo'linmalarining jihozlanishi va ishini tashkil qilish21

 Qabul va tekshirib ko'rish bo'limi.....21

 Sanitariya ishlovi berib o'tkazish xonasi.....24

 Homiladorlik patologiyasi bo'limi (HPB).....24

 Muolajalar xonasi25

 Prosedura xonasi25

 Akusherlik bo'limi.....26

 Tug'ruq bloki26

 Tug'ruq xonalari (zallari)26

 Infeksiyalar asorati profilaktikasi30

 Operatsiya oldi xonasi32

 Operatsiya xonasi.....33

 Tikish materialini saqlash34

 Anesteziologiya - reanimatsiya bo'limi35

III BOB. Ayol jinsiy a'zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi.....36

 Tashqi jinsiy a'zolar (Genitalia externa).....37

 Ichki jinsiy a'zolar (Genitalia enterna).....42

 Sut bezlari.....42

Chilla davrini boshqarish.....	226
Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda gimnastika.....	232
XII BOB. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi. Chaqaloqlarni parvarish qilishda hamsjiraning vazifalari	
Tug'ruq komplekslarida chaqaloqlar bo'limi (palatasi) ishini tashkil etish.....	243
Chaqaloqlarni parvarish qilish.....	246
Chaqaloqlar parvarishining zamonaviy usullari.....	249
Chaqaloqlarni emizish.....	250
Ona sutining ahamiyati va tarkibi.....	250
Ko'krak suti bilan boqish (Shifoxonalarda bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi (ShBDMT).....	253
Ko'krak suti bilan boqishga moneliklar.....	255
Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish.....	259
Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligi (ona va homila qonining rezus faktor yoki qon guruhi - AB (0) bo'yicha izoserologik mos kelmasligi).....	262
XIII BOB. Homiladorligi patologik kechayotgan ayollarda hamshiralik ishi	
Homiladorlar gipertenziyasi.....	270
Tutqanoq tutishida va komada birinchi yordam ko'rsatish.....	274
Gestozlarda homiladorlarni tug'dirish.....	275
Ayollarni tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish.....	275
Gestozlar profilaktikasi.....	276
Gestozni boshidan kechirgan ayollar sog'lig'ini qayta tiklash (reabilitatsiya).....	276
XIV BOB. Abort (bola tashlash), Oy -kuni yetmasdan tug'ish (chala tug'ish)	
XV BOB. Tug'ruq kuchlari anomaliyalari	
Tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi.....	280
Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi.....	281
XVI BOB. Chanoq anomaliyalari (tor chanoqlar)	
Tor chanoqni aniqlash.....	283
Tor chanoqlarda homiladorlikning kechishi.....	285
Tor chanoqlarda tug'ruqning kechishi.....	285
Tor chanoqlarda tug'ruqni boshqarish.....	286
Funksional (klinik) tor chanoqlar.....	286
XVII BOB. Homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi	
Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishini aniqlash.....	288

Homiladorlik va tug'ruqni boshqarish.....	288
XVIII BOB. Platsentaning oldinda yotishi va normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi	
Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi.....	292
XIX BOB. Yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketishi, terminal holatlar	
Ilk chilla davrida (tug'ryqdan keyingi dastlabki soatlarda) qon ketishi.....	295
O'tkir kamqonlikka qarshi kurash.....	299
XX BOB. Ekstragenital kasalliklarda homiladorlik va tug'ruq	
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari.....	305
Qandli diabet.....	310
Anemiya (kamqonlik).....	314
Virusli gepatit.....	315

II QISM. GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK PARVARISHI

XXI BOB. Ginekologik kasalligi bo'lgan mijozlarga ko'rsatiladigan hamshiralik ishining o'ziga xos xususiyatlari.

Ayol jinsiy a'zolari kasalliklarining hozirdagi holati.....	319
Ginekologik bemorlarga tashqi omillarning ta'siri.....	319
Jinsiy a'zolar kasalliklarida mijozlarning xususiyatlari.....	321

XXII BOB. Ginekologik bemorlarni tekshirish usullari

Akusherlik-ginekologik anamnez.....	325
Tashqi jinsiy a'zolarini ko'zdan kechirish.....	327
Ko'zgular yordamida tekshirish.....	327
Qin orqali tekshirish (ichki).....	328
Laboratoriya tekshirish usullari.....	332
Qin epteliyasi sitologiyasini aniqlash (kolpositogramma).....	333

XXIII BOB. Hayz faoliyatining buzilishi va predmenstrual sindrom

Hayz sikli buzilishining tasnifi.....	338
Hayz kechikishi.....	339
Hayz kechikishi.....	340
Anovulator, yuvenil qon ketishlar.....	341
Anovulator qon ketish.....	343
Algodismenoreya.....	343

Hayz vaqtidagi gigiyena va hamshira parvarishi.....	346
XXIV BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari	
Tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanishi.....	346

Ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanishi.....	347
Jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklarini davolash.....	349
Qiz bolalarda ko'proq uchraydigan ginekologik kasalliklar.....	349
XXV BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklari	
Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS).....	358
XXVI BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining o'sma kasalliklari	
Xavfli va xavfsiz o'smalar haqida tushuncha.....	365
Bachadonning xavfsiz o'smalari.....	366
Ayollar jinsiy a'zolarining xavfli o'smalari.....	370
Operatsiyadan keyingi hamshiralik parvarishi.	374
XXVII BOB. Ayollar jinsiy a'zolarining taraqqiyot nuqsonlari (anomaliyalari)	
Tashqi jinsiy a'zolar rivojlanishidagi nuqsonlar.....	378
Tuxumdonlar rivojlanishidagi anomaliyalar.....	378
Bachadon va qinda hosil bo'ladigan nuqsonlar.....	379
XXVIII BOB. Bepushtlik. Bepusht ayol salomatligi muammolari	
Bepushtlikning ruhiy jihatlari (aspektlari).....	384
XXIX BOB. Bachadondan tashqaridagi homiladorlik (graviditis extrauterina)	
XXX BOB. Kontraseptiv vositalarning zamonaviy usullarini qo'llashda hamshiraning vazidalar	
Sog'lom oilani shakllantirish.....	392
XXXI BOB. Klimakterik davrda hamshiralik ishi	
Klimakterik davrda fiziologik va ijtimoiy ruhiy muammolarning rivojlanishi.....	405
Erkaklar klimaksi.....	408
Erkaklar klimaksini davolash.....	409
XXXII BOB. Klimakterik sindromda hamshiralik ishi	
XXXIII BOB. Qarilik davrida hamshiralik ishi	
III QISM. Akusherlik va ginekologiyada amaliy ko'nikma va muolajalar	
XXXIV BOB. Akusherlik amaliy ko'nikma va muolajalar	
Homilador ayolni ko'zdan kechirish.....	422
Homilador ayolning tana vaznini aniqlash.....	423
Pulsni aniqlash.....	424
Arterial bosimni o'lchash.....	424
Dezinfeksiyalovchi eritmalarni tayyorlash.....	426
Xloramin eritmasini tayyorlash formulasi.....	426

Qo'lni yuvish usullari.....	427
Qo'lga antiseptik ishlov berish texnikasi.....	428
Qo'lga ishlov berishda qo'llaniladigan, asosida spirt bo'lgan antiseptik eritmani tayyorlash.....	428
Qo'lni mukammal yuvishning bosqichlari.....	429
Qon guruhi, rezus-faktorni, rw va oits kasalligini aniqlash uchun venadan qon olish.....	429
Qon guruhini aniqlash.....	431
Gemoglobin miqdorini aniqlash.....	432
Qon quyish algoritmi.....	433
Tozalovchi klizma qilish.....	436
Siydik pufagini kateterlash va yuvish.....	437
Ko'zgular yordamida tekshirish.....	438
Qo'l bilan qin va bachadonni tekshirish.....	439
Homilaning taxminiy vaznini aniqlash.....	441
Tekshirish uchun homilador ayol qini, siydik kanali va bachadon bo'yni kanalidan surtma olish.....	442
Katta chanoq o'lchamlarini o'lchash.....	444
Homilador ayollarda solovev indeksini aniqlash.....	445
Diagonal konyugatani aniqlashni fantomda o'rganish.....	445
Mixaelis rombini aniqlash.....	447
Tashqi konyugatadan chin konyugatani aniqlash.....	448
Plasentada suv-havo sinamasini o'tkazish.....	448
Chaqaloqlarda antropometrik o'lchovlar o'tkazish.....	449

XXXV BOB. Ginekologiyada amaliy ko'nikma va muolajalar

Qabul qilingan bemorni sanitariya qayta ishlovidan o'tkazish.....	451
Qindan surtma olish.....	451
Ko'zgular yordamida tekshirish.....	452
Ayollarni ikki qo'l bilan (bimanual) qin orqali tekshirish.....	453
Bachadon ichi vositalari (BIV) ni bachadon bo'shlig'iga kiritish.....	454
Ishlatilgan asboblarni sterillashga tayyorlash.....	455
Qinning tozalik darajasini aniqlash uchun qindan surtma olish.....	456
Qin epiteliyasi sitologiyasini aniqlash.....	457
Qin epiteliyasi sitologiyasini baholash (kolpositogramma).....	458
"Qorachiq" fenomenini aniqlash.....	459
"Qirq bo'g'in" simptomini aniqlash.....	460
Suzakni aniqlash uchun surtma olish.....	461
Qinning tozalik darajasi va uni aniqlash.....	463

Bachadon bo'shlig'ini zondlash	464
Diagnostika maqsadida bachadon tanasi shilliq pardasini qirib olish.....	465
Sitologik tekshirish uchun bachadon bo'ynidan bosma surtma (mazki otpechatki) olish	467
Bachadon bo'ynidan biopsiya olish	467
Qinning orqa gumbazi orqali qorin bo'shlig'ini punksiya qilish.....	468
Qin vannasini o'tkazish.....	469
Kolposkopiya	469
Gormonal holatni aniqlash uchun qindan surtma olish.....	470
Spermogramma uchun sperma yig'ish	470
Gisterosalpingografiya va uning o'tkazilishi.....	471
Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash	472
Qorin bo'shlig'i orqali qilinadigan operatsiyaga bemorlarni tayyorlash.....	472
Operatsiyadan keyingi bemorlarni parvarishlash	473
Foydalanilgan adabiyotlar	475

**ALLAYOROV YAXSHINOR NORBOBAYEVICH,
ASQAROVA FOTIMA QUDRATOVNA**

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumlari
5.71.03.01 - Hamshiralik ishi yo'nalishi o'quvchilari uchun darslik

Toshkent - «Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi» - 2023

Muharrir: M. Hayitova

Texnik

muharrir: M. Tursunov

Musavvir: Sh. Zoxidova

Musahhih: L. Ibragimov

Kompyuterda

sahifalovchi: Sh. Nurullayev

Nashriyot
litsenziyasi
№ 1400



E-mail: nashr2019@inbox.ru Tel: +99899.920-90-35
№ 3226-275f-3128-7d30-5c28-4094-7907,
10.08.2020. Bosishga ruxsat etildi 09.10.2023.
Bichimi 70x100 1/16. «PalatinoUz» garniturası.
Ofset bosma usulida bosildi.
Shartli bosma tabog'i: 31,0. Nashriyot bosma tabog'i
30,5. Tiraji: 1000. Buyurtma № 145

**«Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi»
bosmaxonasida chop etildi.
100174, Toshkent sh, Olmazor tumani,
Ziyo MFY, Talabalar ko'chasi, 96-1-uy**

