

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

**IXTIYAROVA G. A., MATRIZAYEVA G.J,  
QURBANOVA Z.Sh.**

# **Akusherlikda hamshiralik ishi**

O'quv qo'llanma



**Toshkent-2018**

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

IXTIYAROVA G. A., MATRIZAYEVA G.J., KURBANOVA Z.Sh.

# “Akusherlikda hamshiralik ishi”

O'quv qo'llanma

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

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

*Ta'lim yo'nalishi:* 5510700 – Oliy hamshiralik ishi



UO`K 614.253.58

KBK 57.1

I 93

Ixtiyarova, G.

Akusherlikda hamshiralik ishi [Matn] / G. Ixtiyarova, G. Matrizayeva, Z. Qurbonova, - Toshkent, 2018. -136 b.

ISBN 978-9943-5412-5-2

Ushbu o`quv qo`llanma akusherlik fani – ayollarda homiladorlik, tug`ruq va chilla davrlari va shu davrlarda kuzatiladigan fiziologik va patologik hodisalarni o`rganishga imkon beradi. Bundan tashqari. chaqaloqlarni to`g`ri parvarish qilish usullarini o`rganish hamda homiladorlarga va tug`uvchi ayollarga tibbiy yordamni tashkillashtirishda hamshira roli ham akusherlikning muhim masalaridan biri hisoblanadi. O`quv qo`llanma Oliy hamshiralik yo`nalishi talabalari uchun akusherlikda hamshiralik ishi fanidan tuzilgan bo`lib, ayol organizmdagi funktsional tizimlarning o`zaro bog`liqligi va regulyatsiyasi, sog`lom hayot kechirish tarzi va salomatlikning ijtimoiy ahamiyatining gigiyenik asoslari haqida tushuncha beradi. Akusherlikda hamshiralik ishi fani ona va bolani sog`ligini saqlashning zamonaviy tizimi bo`lib, u normal va patologik akusherlikda malakali hamshiralik yordamini ko`rsatish va parvarishni amalga oshirishga qaratilgan. Homiladorlik, tug`ish, chilla davrlarida ayollar hamda yangi tug`ilgan chaqaloq organizmida bo`ladigan o`zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko`rsatib bo`lmaydi. Akusherlik yordamining mohiyati asosan ayollar tug`ayotganda ro`y beradigan fiziologik jarayonning muvaffaqiyatli kechishiga yordam berishdir. O`quv qo`llanma tibbiyot bilimogohlarida akusherlik fanini o`qitish dasturiga muvofiq tuzildi. Mualliflar o`quv qo`llanmani yozishda OHI talabalarga akusherlik fanidan mumkin qadar to`laroq ma`lumot berishga harakat qildilar. Shu maqsadda jadvallar, amaliy ko`nikmalar, masalalar, o`rgatuvchi testlar berilgan.

UO`K 614.253.58

KBK 57.1

#### TUZUVCHILAR:

- Ixtiyarova G.A.** *BTI akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.n.*  
**Matrizayeva G.J.** *TTA Urgench filiali akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.n*  
**Kurbanova Z.Sh.** *BTI akusherlik va ginekologiya kafedrası assistenti*

#### TAQRIZCHILAR:

- F.M. Ayupova** *TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor*  
**L.M.Abdullayeva** *TTA Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.d.*

O`quv qo`llanma markaziy uslubiy kengashida ko`rib chiqildi va tasdiqlandi.  
(“ ” \_\_\_\_\_ 2018 yil. Bayonnoma № \_\_\_\_\_).

O`quv qo`llanma institut kengashida tasdiqlandi.  
(“ ” \_\_\_\_\_ 2018 yil. Bayonnoma № \_\_\_\_\_).

## KIRISH

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimining muhim yo'nalishlari onalik va bolalikni himoya qilish, akusherlik yordamni rivojlantirish, onalik, perinatal va go'daklik kasalliklari va o'limni kamaytirish sog'liqni saqlash tizimining muhim yo'nalishlari hisoblanadi. Perinatal markazlar singari respublika tibbiyot muassasalari uchun tug'ruq komplekslar moddiy-texnik bazasini mustahkamlash, fertil yoshidagi ayollarning tibbiy ko'rigini tashkillashtirish, homiladorlik va tug'ruq davrida ona va bola sog'ligi monitoringi bilan bog'liq masalalarni ijobiy hal qilish ahamiyatli hisoblanadi. O'zbekistonda dunyo tajribalari asosida oila, ona va bola qiziqishlarini himoya qilish uchun huquqiy asos yaratildi. "Sog'lom ona –sog'lom bola" tamoyiliga asoslangan sog'lom bola tug'ilishi va ularning tarbiyasiga qaratilgan kompleks tadbirlar amalga oshirilmoqda. SHu bilan birga, yoshlarni oilaviy hayotga tayyorlash, oilani shakllantirishning yangi tizimi yaratildi. SHunday qilib, sog'lom avlod – sog'lom oila – sog'lom jamiyat g'oyasi hayotga tatbiq etildi. O'quv qo'llanma Oliy hamshiralik yo'nalishi talabalari uchun akusherlikda hamshiralik ishi fanidan tuzilgan bo'lib, ayol organizmdagi funktsional tizimlarning o'zaro bog'liqligi va regulyastiyasi, sog'lom hayot kechirish tarzi va salomatlikning ijtimoiy ahamiyatining gigiyenik asoslari haqida tushuncha beradi. Akusherlikda hamshiralik ishi fani ona va bolani sog'ligini saqlashning zamonaviy tizimi bo'lib, u normal va patologik akusherlikda malakali hamshiralik yordamini ko'rsatish va parvarishni amalga oshirishga qaratilgan. Homiladorlik, tug'ish, chilla davrlarida ayollar hamda yangi tug'ilgan chaqaloq organizmida bo'ladigan o'zgarishlar negizini bilmay turib yaxshi tibbiy yordam ko'rsatib bo'lmaydi. Akusherlik yordamining mohiyati asosan ayollar tug'ayotganda ro'y beradigan fiziologik jarayonning muvaffaqiyatli kechishiga yordam berishdir.

## **Qisqartma so'zlar**

**OHI**- oliy hamshiralik ishi

**NJYMOK**- normal joylashgan yo'ldoshning muddatdan oldin ko'chishi

**PN**- pielonefrit

**EChT**- eritrositlar cho'kish tezligi

**EKG**- elektrokardiogramma

**UTT** – ultratovush tekshiruvi

**FKG**- fonokardiogramma

**JSST**- jahon sog'liqni saqlash tashkiloti

**QA**- qorin aylanasi

**BTB**- bachadon tubi balabdligi

**OIV**- odam immun tanqisligi virusi

**A/B**- arterial bosim

**Hb**- gemoglobin

**M/O**- muskul orasiga

**TTA**- temir tanqisligi anemiyasi

**Rh**- rezus faktor

**ChGK**- chaqaloqlar gemolitik kasalligi

## MAVZUNo1.

### **Akusherlikda hamshiralik jarayonini tashkillashtirish xususiyatlari. Homilador ayollarni tekshirish usullari.**

#### **Reja:**

- 1.1. Akusherlikda hamshiralik ishining fan sifatida shakllanishi
- 1.2. Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi
- 1.3. Urug'lanish va homiladorlik
- 1.4. Tug'ruq va uning davrlari
- 1.5. Akusherlikda OHI ning o'rni

“Akusherlik” – fransuzcha so'zdan olingan bo'lib, “tug'ish” degan ma'noni anglatadi. Tibbiyotning eng qadimgi sohasidir. Tug'ruq paytida yordam ko'rsatishda ehtiyoj inson dunyoga kelgandan boshlab paydo bo'lgan. Akusherlik tibbiyotning urug'lanish, homiladorlik, tug'ruq va chilla davri munosabati bilan ayol organizmida ro'y beradigan fiziologik va patologik jarayonlarni o'rganish bilan shug'ullanadigan fandir.

#### **Akusherlik fanining rivojlanish etaplari:**

1. IBTIDOIY JAMOA
2. QULDORLIK DAVRI
3. FEODALIZM
4. KAPITALIZM
5. SHARQ TIBBIYOTNING RIVOJLANISHI

Quldorlik zamonida akusherlik rivojlana boshlagan. O'sha davrda yashab ijod etgan grek olimi tibbiyotning otasi Gippokrat bo'lib (370 – 460) hisoblanadi. Gippokrat tibbiyotda katta ijod qilib Gippokrat to'plami yozib qoldirgan. Bu kitob 3 qismdan iborat bo'lib: ayol tabiati, ayol kasalliklari va bepushtlik deb ataladi. Gippokratning katta yutuqlaridan biri, tug'ruqning kelib chiqish sabablarini o'rganib o'zining nazariyasini yozib qoldirgan. Uning onasi Fanareta mashhur doya hisoblangan.

Feodalizm davrida tibbiyot to'xtab qoldi. Dinning rivojlanishi, erkaklarning akusherlik bilan shug'ullanishiga qarshilik ko'rsatdi. Kapitalizm da fan va texnikaning rivojlanishi bilan birga, tibbiyot ham rivojlanib, yangi anatomik qidiruv ishlari olib borildi. Shu davrda yashagan olimlardan: Vizaley, Evstaxiya, Batalo, Falopilarni misol qilib keltirish mumkin.

XVII asrda yashagan olimlardan biri Fransuo – Moriso bo'lib, o'zining «Homilador ayol kasalligi» kitobini yozgan. Moriso birinchi bo'lib, tug'ruqda qovning bir-biridan uzoqlashuvi homilaning chanog'i bilan tug'dirish, homila boshini tug'dirish va unda o'zining usulini qo'llashni yozgan, homilani oyoqqa aylantirish. 7 oylik va 8 oylik chaqaloqlarning farqini yozib qoldirgan.

XVI Chamberlen hayoti bilan bog'liq Angliyada u akusherlik qisqichini yasagan, lekin oilasi buni sir deb bildi va hech kimga ko'rsatishmadi. Bu asbob XIX asrda ularning uyidan topilgan. Bungacha 1723 yili Niderland olimi Palfin qisqichlarni Parij akademiyasida e'lon qilgan va uni ixtiro deb tan olganlar.

Fenomenov – (1855-1918) Koson universitetining professori. Akusherlik qisqichini mukammallashtirib, homilani yemirish operastiyasida ishlatiladigan ko'pgina asboblarni ixtiro qilgan, «Operativ akusherlik» kitobini yozgan. Shunday qilib sovet davrigacha akusherlikda katta o'zgarishlar bo'lgan. Rossiyada birinchi akusherlik maktabini ochgan.

XVIII asr Deventer nomi bilan bog'liq. U ayollarga chanoq tuzilishini o'rganib chiqqan va har tomonlama toraygan chanoq bilan yassi chanoqning farqi, tug'ruqning kechish xususiyatlarini o'rgangan. Shu davrda yashab ijod etgan olim Genter esa homilador bachadon anatomiyasini o'rganib chiqqan. Shu davrning olimlaridan biri Jan – Lui – Bodelok tug'ruqdan oldin chanoq o'lchamlarini o'lchashni o'rgangan, bu usul hozirgi davrgacha bajariladi.

A.Ya.Krassovskiy, I.P.Lazarevich, N.N.Fenomenovlar XIX asrga kelib akusherlik faniga katta hissa qo'shgan olimlardan hisoblanadi.

A.Ya.Krassovskiy tor chanoq mexanizmini yaratgan ilk olim hisoblanadi va Rossiyada birinchi bo'lib akusherlikda antiseptika qoidalarini ixtiro qildi.

1804-yilda butun Rossiyada hatto 100 ta doya yo'q edi, vrachlar to'g'risida gap bo'lishi mumkin emas edi. 1861 yil «Krepostnoylik huquqi» bekor qilindi va 1864- yilda birinchi «Eyma maktablar» paydo bo'ldi. 1906-1917 yillarda Rossiyada 4735 ta akusherlik o'rni bor edi. Revolyustiyadan keyin davlat onalar va bolalarga katta e'tibor berdi. 1920-yilda ikkita muhim hujjat qabul qilindi.

- homilador ayol huquq deklarastiyasi:

- onalar va bolalarni muhofaza qilish:

1928-yili VII butun ittifoq akusher-ginekologlarining syezdi bo'lib o'tdi, kun tartibida «Tug'ishni muhofaza qilishni tashkil etishni» ko'rib chiqdi. Eng qiyin vaqt 1944-yili sovet prezidiumi buyrug'i bilan «Homilador ayollarni», «Ko'p bolali onalarni va yolg'iz qolgan onalarni muhofaza qilish» hujjati qabul qilindi. «Qahramon ona» faxriy unvoni belgilandi, «Onalik shuxrati», «Onalik» medali ta'sis qilindi. 1948-yili ayollar maslahatgohlari tug'ruqxonalar bilan birlashtirildi. 1956-yil oliy sovet farmoni bilan homiladorlik va tug'ruq munosabati bilan beriladigan ta'til muddati 35-56 kundan 56-70 kunga uzaytirildi. 1960-yil 14-yanvarda oliy sovet tomonidan «Onalar va bolalarni himoya qilish» maqsadida yangi farmon qabul qilindi: bu farmonga binoan yotoq joylari 40 barovarga oshirildi, ayollar maslahatxonalarida xonalar soni ko'paytirildi, kadrlar tayyorlashga e'tibor berildi.

1965-yilda shifokorlar soni 35000 va akusherlar soni 25000ga yetdi. Ayollar maslahatxonalarida – bepushtlik, bez kasalliklari, hayz sikli buzilishi, patologik klimaks xonalari ochildi. Mutaxassislashtirilgan kasalxonalar ochilishiga talab osha bordi. Yildan yilga akusherlik va ginekologiya sohasida moddiy texnik baza o'sib bordi. 1992-yili har 10000 aholi boshiga 12 ming ayollar maslahatxonasi, ginekologik o'rinlar 1,8-7,1 ga o'sdi. Ayollar va bolalarni sog'lomlashtirish maqsadida profilaktoriyalar, yarim kungi statsionarlar ochildi. «Oila va nikoh» poliklinikalari ochildi. Vrachlar saviyasini oshirish maqsadida internaturadan tashqari-klinik ordinaturalar, aspiranturalar, malaka oshirish institutlari ochildi. Oxirgi yillarda – ona va yo'ldosh sistemasini o'rganish, tug'ruqni





## Tashqi jinsiy organlarga:

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

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

## Ichki jinsiy a'zolariga quyidagilar kiradi:

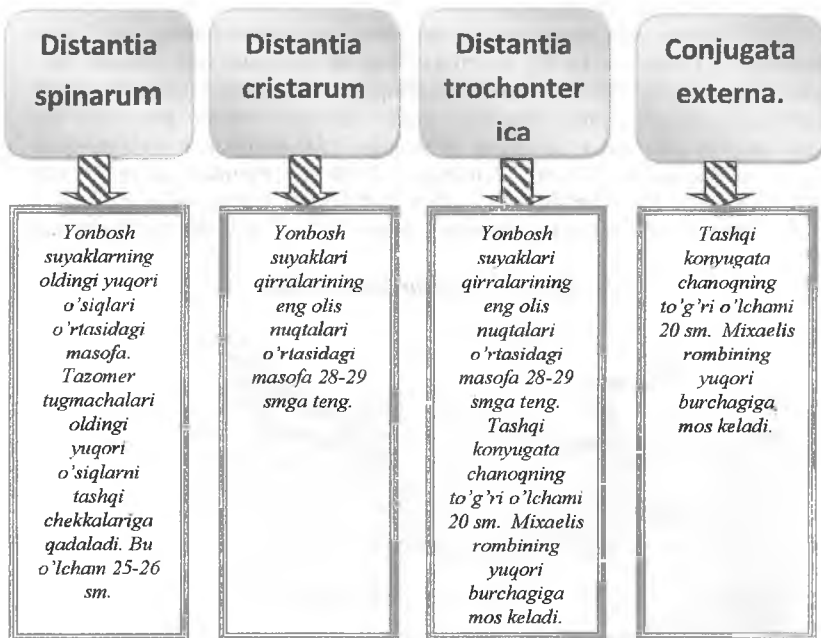
- Qin
- Bachadon
- Bachadon naylari
- Tuxumdonlar kiradi.

## CHANOQ O'LCHAMLARI.

Chanoq maxsus asbob tazomer bilan o'lchanadi. Odatda chanoqni 4 ta o'lchami:

3 ta ko'ndalang 1 ta to'g'ri o'lchami o'lchanadi.

## KO'NDALANG O'LCHAMGA QUYIDAGILAR KIRADI



### Chanoq tekisliklarining o'lchamlari

Chanoq tekisliklari	To'g'ri	Ko'ndalang	Qiyshiq
Kirish	11	13	12
Keng	12,5	13,5	-
Tor	11	10,5	-
Chiqish	9,5-11,5	11	-

#### Urug'lanish

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

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

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

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

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

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

Suvli qavat-amnion-tuxum hujayrasining har tomonlama o'rab turadigan yopiq xaltaga o'xshaydi. Amnion yupqa parda bo'lib epiteliy va qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan. Amnion xorionga qaragan bo'lib, hamrohning ichki yuzasini yopib turadi, kindikni futlyar kabi o'rab, kindikning teri halqasi bilan qo'shilib ketadi. Amnion bo'shlig'ida suyuqlik bo'lib, qog'onoq suvi deb ataladi. Amnion epiteliysining sekretsiyasi natijasida suyuqlik hosil bo'ladi, uning tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yog', qand, sut kislotasi, gormonlar bo'ladi normada 0.5-1.5 l bo'ladi.

Uning vazifalari:

1. Homila rivojlanishiga yaxshi sharoit yaratadi.
2. Homilani tashqi ta'sirotlardan himoya qiladi.
3. Kindikni homila tanasi va bachadon devori orasida

siqilishidan saqlaydi.

4. Tug'ruq davrida bachadon bo'ynining ochilishini normal olib boradi.

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

### **Homilaning rivojlanish davrlari**

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

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

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

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

### **Homiladorlikni aniqlash belgilari**

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

- taxminiy

- ehtimoliy

- ishonchli yoki shak-shubhasiz

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

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

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

**Genter belgisi** - bachadonning o'rta chizig'i bo'ylab oldingi devorida tojsimon qalinlanish paydo bo'ladi.

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

## HOMILADORLIK MUDDATI VA TUG'RUQ VAQTINI ANIQLASH

Akusherlikda homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Homiladorlik so'nggi hayz ko'rishining birinchi kunidan hisoblaganda o'rta hisob bilan 280 kun, ya'ni 40 hafta yoki akusherlar hisobida 10 oy davom etadi. Tu'gruq vaqtini hisoblab chiqish uchun so'nggi hayz ko'rishining birinchi kuniga 280 kun, ya'ni akusherlar hisobida 10 oy yoki kalendar hisobida 9 oy 7 kun qo'shiladi. Odatda tug'ruq vaqti osonroq, hisoblanadi; so'nggi hayz ko'rishining birinchi kunidan kalendar hisobida 3 oy orqaga chegirib tashlanadi va 7 kun qo'shiladi. Masalan so'nggi hayz ko'rish 2 oktyabrda boshlagan bo'lsa, 3 oyni (2/IX, 2/VIII, 2/VII) chegirib va 7 kun qo'shib, ayolning 9/VII da tug'ishi taxmin qilinadi. So'nggi hayz ko'rish 20/V da boshlangan bo'lsa 27/II da tug'adi deb taxmin qilinadi va hokazo.

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

**Tug'ruq** - bu ko'p bosqichli, dinamik, biologik jarayon bo'lib, fetoplatsentara kompleks tug'uvchi ayolning hamma organ va sistemalari ishtirokida kechadi. Birinchi navbatda nerv va endokrin sistemasining ishtiroki juda muhim

hisoblanadi. Nerv va endokrin omillarini ishlab chiqaradigan asab va ichki bezlar ishtirok etadi.

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

Tug'ruq kompleks tizimida hamshira vazifasi ayol sog'lig'ini uning reproduktiv salomatligini saqlash va oilani rejalashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Tibbiyot hamshirasi ayol va uning oilasi, jamiyat bilan uzviy aloqada bo'ladi va ular bilan ish olib boradi.

### **Tug'ruq jarayoni uch davrga bo'linadi:**

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

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

### *2-rasm: Homila boshining chanoq suyagiga qadaliishi*



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

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

### E.X.Bishop bo'yicha bachadon bo'yni yetilganligini baholash mezonlari.

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

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

#### **Tug'ruq biomexanizmi.**

1 moment – homila boshining bukilishi.

2 moment – homila boshining ichki buralishi

3 moment - homila boshining yozilishi.

4 moment – homila boshining tashqi yelkachalarining ichki buralishi.

#### **Ikkinchi davrni boshqarishdan maqsad:**

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

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

##### **Hamkorlikka ruxsat berish**

- Hamkorni tug'ruq paytida ayolga ko'maklashishga o'rgatish.,
- Doim ayolni yonida bo'lish
- Uni ruhlantirish
- Ayolga to'g'ri nafas olish va bo'shashishiga yordam berish
- Orqasini uqalash va yuzini nam salfetka bilan artish
- Tug'uvchi ayolga tog'ri harakat qilishga yordam berish

- Ayolga ovqat va sharbatlar ichishni taklif qiling
- Zaruriyat bo'lganda hojatxonaga chiqishga yordamlashish

#### Agar ayol og'riqdan azoblansa

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

#### Tug'ruq JSST partogrammasiga asosan olib boriladi.

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

#### Tug'uvchi ayol ahvolini baholash:

- Qon bosimi har 4 soatda o'lchanadi.
- Puls har soatda
- Tana harorati har 3 soatda.
- Dardlar har yarim soatda 10 minut davomida baholanadi .
- Bachadon bo'ynining ochilishi har 4 soatda baholanadi

10 minutdagi dardlar soni va ularning davomiyligi:

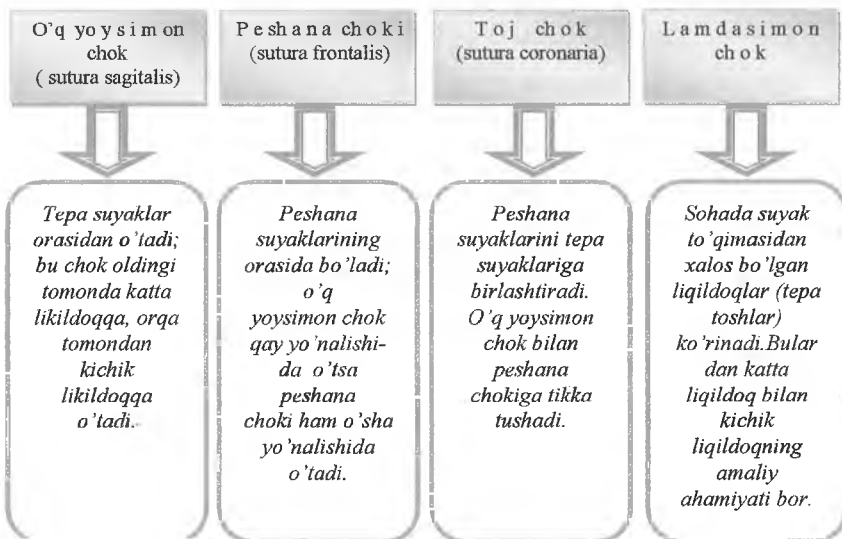
- 20 sekunddan kam
- 20 va 40 sekund orasida
- >40sekund

#### Homila ahvolini baholash;

- Tug'ruqning birinchi davrida har 30 daqiqada 1 minut davomida homila yurak urishi baholanadi.

- 2 - davrda har bir tug'ruqdan keyin.

### YETILGAN HOMILA BOSHI O'LCHAMLARI



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

1. chaqaloqning tug'ilishi bilan boshlanib, yo'ldoshning ajralishigacha;
2. yo'ldoshning ajralishi;
3. ajralgan yo'ldoshni ajratish.

**Tug'ruqning uchunchi davrini aktiv olib borish.**

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

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

-2-3 daqiqa davomida bachadonning qattiq qisqarishini kuting.

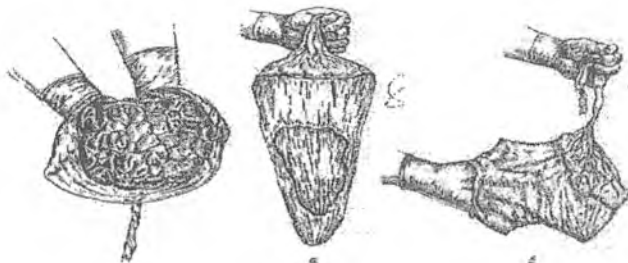
-Shundan so'ng platsentani ajrating.

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

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

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

-Kerak bo'lganda teriga choklar qo'yish



**3-rasm: Yo'ldosh butunligini tekshirish**

Homilador ayolni ko'zdan kechirishi ko'pincha diagnostik 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 va oyog'ining deformatsiyasi bo'g'imlar ankiloz va suyak sistemasidagi boshqa o'zgarishlar chanoq shaklining o'zgarganligidan darak beradi. Sut bezlari yetilmagan va jinsiy organlar infantilizmi (to'la yetilmasligi)ni gumon qilish mumkin. Oyoqlarda va badanning boshqa joylariga shish borligi homiladorlikning og'irlashuvidan (toksikoz, yurak kasalligi va shu kabilardan) guvohlik beradi. Teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning rangsizligi, lablarning ko'karganligi, teri va skleralar (ko'z oqi)ning sarg'ayganligi bir qancha jiddiy kasalliklarning simptomi hisoblanadi. Homiladorlikning ikkinchi yarimida qorinni ko'zdan kechirish ba'zan homiladorlikning normal o'tmayotganligini bilishga imkon beradi. Homiladorlik normal o'tayotgan va homila ko'ndalang (noto'g'ri) yotgan bo'lsa qorin yoniga kengayadi, qog'onoq suvi ko'p bo'lsa qorin shar shakliga kirib homiladorlik



muddatiga mos kelmaydigan darajada kattalashadi. Chanoq tor bo'lganda ayolning qorin shakli o'zgarishi mumkin.

**Oliy toifali hamshira quyidagilarni bilishi shart:**

- Kasalliklar bo'yicha xavfli guruhlar;
- Kasallikning klinik ko'rinishi;
- Asoratlari;
- Profilaktikasi;
- Bemorni diagnostik muolajalarga tayyorlash;
- Infeksiyani oldini olish.

**Oliy toifali hamshira:**

- Akusherlikda birlamchi yordamni ko'rsata olish kerak.
- Shoshilinch holatlarda mustaqil tug'ruq qabul qila olishi kerak.

**Akusherlikda oliy hamshiralik ishini tashkillashtirish (OTHning o'ri)**

**1 bosqich** – Bemor ayollarni tekshiruv – shikoyatlarini qayd qilish va kasallik anamnezini aniqlash, to'laqonli tekshiruv. Homiladorlik davrida tekshiruv uslublari.

- So'rov tizimi;
- Anamnez;
- Ko'rik.

**Akusherlikda bemorlarni tekshirish.**

Homilador ayoldan so'rab bilishda muayyan rejaga amal qilinadi. So'rab bilingan ma'lumotlarining 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 katta yoshli ayol bo'la turib birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda homiladorlik va tug'ruq ko'pincha og'irlashadi.

2. Ayolni tibbiyot yordami so'rab kelishiga majbur etgan sabablar.

Homilador ayol hayz ko'rmay qo'ygani va homiladorlikka gumoni borligi uchun ko'pincha birinchi marta vrachga murojaat qiladi. Aksari boshi qorong'i bo'lganini (tam bilish sezgisi o'zgarganligini, ko'ngli aynib, qusayotganligini) va homiladorligining dastlabki oylarida uchraydigan boshqa shikoyatlarni aytishadi. Jinsiy yo'llardan ajralma xarakteri haqida shikoyat qilishadi. Bu chiqindi qonli bo'lsa, abort, bachadondan tashqari homiladorlik, yelbo'g'oz, placentaning oldinda yotishi va boshqa og'irlashuvlar simptomi bo'lishi mumkin.

3. Irsiyat va boshdan kechirilgan kasalliklar.

Irsiy (oilaviy) kasalliklar homilaning rivojlanishiga yomon ta'sir qila olgani uchun diqqatga sazovordir. Homilador ayol va erining oilasida psixik (ruxiy) kasalliklar, alkogolizm, taraqqiyot nuqsonlari va boshqa illatlar bor-yo'qligini surishtirish zarur!

4. Hayz ko'rish funkstiyasi.

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 qancha davom etishi, qancha qon yo'qotishi, oqchil kelishi va hokazo). v). Jinsiy hayot boshlanish davri, avvalgi tug'ruq yoki abortdan keyin hayz ko'rish funkstiyasi, o'zgargan-o'zgarmaganligi haqida, g) so'nggi marta qachon hayz ko'rganligi aniqlanadi. Hayz ko'rish funkstiyasi ayol jinsiy apparatning va butun organizmning qanday ahvolda ekanini ko'rsatib boradi. Ayolning birinchi marta 16-17 yoshda va bundan ko'ra kechroq hayz ko'rganligi, birinchi hayz ko'rishdan to normal sikl qaror topguncha uzoq (5 oydan ko'proq) davom etadi.

#### 5. Sekretor va jinsiy funktsiya.

Jinsiy yo'llardan chiqindi kelish-kelmasligi aniqlanadi. Patologik chiqindi ( chiqindining ko'p kelishi yiringli, shilimshiq, yoki suvli ekanligi, yiring aralashganligi va hokazo) odatda yallig'lanish kasalliklaridan darak beradi; patologik chiqindi kelishiga bachadon bo'ynining raki, eroziyasi, polip va boshqalar sabab bo'la oladi.

#### 6. Bola tug'ish funkstiyasi yoki akusherlik anamnezi.

Anamnezning bu muhim qismida quyidagi ma'lumotlar aniqlanadi.

a) Ushbu homiladorlik nechanchi ekanligi.

b) Avvalgi homiladorliklarning qanday o'tganligi: toksikozlar, yurak-tomir sistemasi, buyraklar, jigar va boshqa organlarining kasalliklari ro'y bergan-bermaganligi aniqlanadi. Ilgari shu kasalliklar ro'y bergan bo'lsa, ushbu homiladorlikda ayolni ayniqsa sinchiklab kuzatish shart.

v) Avvalgi tug'ruqlarning xarakteri: ayolning oy-kuni o'tib yoki barvaqt tuqqanligi, tug'uruqning qanday o'tganligi aniqlanadi. Avvalgi tug'ruqlarning to'g'ri o'tganligi homilador ayolning sog'ligi yaxshi ekanligini va tug'ruq yo'llarida o'zgarish yo'qligini ko'rsatadi.

g) Ilgarigi tug'ruqdan keyin (chillada) kasalliklar ro'y bergan-bermaganligi aniqlanadi.

7. Jinsiy hayot boshlangach birinchi homiladorlikgacha qancha vaqt o'tganligi aniqlanadi.

8. Mehnat va turmush sharoiti homilador ayolning sog'ligi va qomidagi bolasining rivojlanishi uchun katta ahamiyatga ega. Madomiki shunday ekan, ana shu savollarga mukammal javob olish va homilador ayolga eng qulay hayot sharoitini tug'dirish choralarini ko'rish zarur.

**2 bosqich** – bemor ayol holatini baholash va muhtojliklarini aniqlash, hamshiralik tashxisining tuzilishi, ichki a'zolar tekshiruvi.

Homiladorlikning erta va kechki muddatlarida tashxis quyish. Homilador ayolni

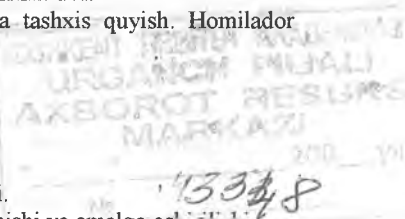
tashqi va ichki akusherlik tekshiruvi:

- Homilaning ahvoli,
- Holati,
- Joylashuv ko'rinishi.

**3 bosqich** – hamshiralik jarayon rejasini tuzilishi.

**4 bosqich** – hamshiralik jarayonning tashqil qilinishi va amalga oshirilishi.

**5 bosqich** – o'tkazilayotgan davolanish va hamshiralik aralashuvining samaradorligi tahlili.



**AMALIY KO'NIKMA**  
**LEOPOLD – LEVITSKIY BO'YICHA TASHQI AKUSHERLIK**  
**TEKSHIRUV USULI**



**4 - rasm: Tashqi akusherlik tekshuruvi momentlari.**

**Maqsad:** Homilaning joylashishini va pozitsiyasini aniqlash.

**Jihozlar:** kushetka.

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

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

3. 1- usul ikkala qo'lni kaft yuzalarini bachadon tubiga qo'yiladi. Bu usul yordamida bachadon tubi balandligi va homilani qaysi qismi bachadon tubida ckanligi aniqlanadi.

4. 2-usul qo'llar bachadon tubidan kindik sohasiga, bachadonni o'ng va chap tomonlariga qo'yiladi. Qo'l kafti va barmoqlari bilan bachadon yon devoriga bosib, paypaslab homilani orqasi va mayda qismlari qayoqqa qaragan, ya'ni homila pozitsiyasi aniqlanadi. 1-pozitsiya ya'ni homila orqasi bachadon chap devoriga, 2 -pozitsiyada o'ng devoriga qaragan bo'ladi.

5. 3-usul qo'lning katta barmog'i bachadon pastki segmentining bir tomonidan, qolgan 4 ta barmoq esa ikkinchi tomonidan ushlab, homila oldinda kelgan qismi ushlanadi va sekin o'ngga va chapga qimirlatiladi. Bu usul yordamida homila qaysi qismi bilan oldinda yotganligi aniqlanadi.

6. 4-usul tekshiruvchi ayolning oyoq tomonida turgan holda ikkala qo'li kaftini bachadon pastki qismining o'ng va chap tomoniga qo'yadi va pastga tomon asta bosadi, bunda tekshiruvchi o'z qo'lini homilaning oldinda keluvchi qismi bilan chanoq kirish qismiga yuboradi. Bu usul yordamida homila oldinda yotgan qismining chanoq suyagiga nisbatan turishi aniqlanadi.

**Izoh:** Shu bilan birga tug'ruq rejasini ham tuziladi.

**2. Homilaning taxminiy vaznini aniqlash**

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

**Jihozlar:** kushetka, santimetrli lenta.

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

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

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

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

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

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

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

### **3.Homila auskultatsiyasi**

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

**Jihozlar:** kushetka, stetoskop, sekundomerli soat.

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

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

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

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

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

Izoh: Homila yurak urishining 1 minutda 120 tadan kam yoki 160 tadan yuqori bo'lishi homila ona ichi gipoksiyasi- homilaning qoniqarsiz holati yuzaga kelayotganligidan dalolat beradi va shoshilinch akusherlik taktikasini jarrohlik usuliga o'zgartirishga olib keladi.

## Hamshiralik jarayoni.

<p><i>Bemor shikoyatlari:</i>  <i>Ko'ngil aynishi, hayz siklining kechilishi, (12 kunga), bosh aylanishi, tongda ko'ngil aynishi, sut bezlari kattalashuvi, sut bezlarining qattiqlashuvi va salgina sezilayotgan og'riqlar, .</i>  <i>Epidemiologik anamnez:</i>  <i>Yaqin 6 oyda hech qanday muolaja olmagan.</i>  <i>Anamnez morbi: bemordagi belgilar 1 haftadan buyon bezovta qilmoqda.</i>  <i>Belgilarni hech nima bilan bog'lay olmaydi.</i>  <i>Obyektiv ko'rik: es hushi o'zida.</i>  <i>Holati: faol. Qon bosimi: 110/70. Puls soni: 74 ta</i>  <i>Nafas soni: 18 ta</i>  <i>Vazni: 63 kg</i>  <i>uzunligi: 165 sm</i></p>	<p><i>ko'ngil aynishi, hayz siklining kechikishi</i></p> <p><i>sut bezlarining qattiqlashuvi va salgina sezilayotgan og'riqlar, bel sohasida va qovuq ustida sezilayotgan og'riqlar.</i></p>	<p><i>Ratsional ovqatlanishni tashkillashtirish</i></p> <p><i>Mehnat va dam olishni muvofiqlashtirish</i></p> <p><i>Jismoniy va ruhiy tinch holat yaratish</i></p>	<p><i>Homilador ayol kundalik taomlari vitaminlar, mineral moddalar va tabiiy mahsulotlardan iborat bo'lishi kerak. Doimiy ehtiyojga mos voqatlanish.</i></p> <p><i>Ayolning ishlashini inobatga olib, unga kun tartibini tuzishga yordamlashish va dam olish afzalliklari va foydasi haqida ma'lumot berish</i></p> <p><i>Ayolda har qanday savol paydo bo'lsa yoki qandaydir o'zgarishlar bo'lganida shifokorga murojaat qilishi aytiladi. 1 oyda 1 marta ko'rik uchun shifoxonaga kelishi aytiladi.</i></p>	<p><i>Ayol ahvoli yaxshi.</i>  <i>Homila yaxshi rivojlanyapti. Ayolning muammolari ijobiy hal qilindi.</i></p>
---	--	--	--	--

## Testlar

### 1. Bachadon pastki segmenti qachon paydo bo'la boshlaydi?

\*Tug'ruq boshlanishi bilan

Homiladorlikning 2- davrida

Homilaning 12 haftataligidan boshlab

Homila paydo bo'lgandan so'ng

### 2. Tug'ruqning 1- davrini qaysi simptomlar belgilaydi?

\*Regulyar dardlarning paydo bo'lishi

Qog'onok suvning ketishida

Bachadon og'zini to'liq ochilishi

Tez-tez siyish

### 3. Tug'ruqda spazmolitiklar qachon ishlatiladi?

\* Milliy standart bo'yicha ishlatilmaydi

Tug'ruqning 2 davrida

Bachadon bo'yni 4 sm ochilganda va muntazam tug'ruq faoliyati davrida

Tug'ruqning 1 davri latent fazada

### 4. Tug'ruq haydovchi kuchlarga nimalar kiradi?

\*Dardlar va to'lg'oqlar

Bachadon bo'yni

Homila boshi

Dardlar

### 5. Tug'ruq davrlari birin ketin kelishini ko'rsating.

\*Bachadon bo'yni ochilish, homilani haydalish va yo'ldosh davri

Yo'ldosh, bachadon bo'yni ochilish va haydalish davri

Haydalish, bachadon bo'yni ochilish va yo'ldosh davri

Chilla davri, ochilish, haydalish va yo'ldosh davri

### 6. Organizmning tug'ruqqa tayyorligini qaysi test belgilaydi?

\*Oksitatsin testi

Sitoximik test

Progesteron testi

Sovuqlik bilan o'tkaziladigan test

### 7. Endogen prostaglandinlar sintezini nima stimullaydi?

\*Kalsiy xlorid

Geparin

Vit V12

Linetol

### 8. Bachadonni tug'ruqqa tayyorlashda qanday fizioterapevtik usul qo'llaniladi?

\*Hech qanday usul qo'llanilmaydi

Bel sohasiga UT qo'yish

Qorin pastiga ultra tovush qilish

Rux bilan qorin pastiga ionoforez qilish

### 9. Qanday belgiga qarab tug'ruq vaqtini aniqlash mumkin?

\*Bachadon tubining balandligiga qarab

Homila yurak urishiga qarab

Homila joylashishiga qarab  
Oxirgi hayzning 1- kuni bilan

**10. Kichik chanoqning tor tekisligi o'lchamini ko'rsating?**

\*9,5-10 sm

10,5-11 sm

12,5-13 sm

15-13 sm

**11. Tug'ruqxona qaysi buyruq asosida ishlaydi?**

\*N600

N54

N123

N34

**12. Qaysi homiladorlik patologiyasini ayollar maslahatgohida davolash mumkin?**

\*TTA yengil darajasi

Boshlangan homila tashlash

O'tkir pielonefrit

Normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi yengil darajasi

**13. Qanday belgiga qarab tug'ruq vaqtini aniqlash mumkin?**

\*Oxirgi hayzning 1- kuniga qarab

Homila yurak urishiga qarab

Homila joylashishiga qarab

Bachadon tubining balandligiga qarab

**14. Qaysi belgilar tug'ruqning 1- davridan darak beradi?**

\*Muntazam dardlarning bo'lishi

Qog'onoq suvlarning ketishi

Tulg'oqlar

Bachadon bo'ynining to'liq ochilishi

**15. Kontraktion halqa qachon hosil bo'ladi?**

\*Tug'ruqning 1- davrida

Homiladorlik paytida

Homiladorlikdan oldin

Tug'ruqning 3- davrida

**16. Tug'ruqqa kelgan ayolni vaginal ko'rishga ko'rsatma nima?**

\*Qog'onoq suvi ketganda, dardlar bo'lganda

Ko'p qon kelganda qabulxonada ko'rish

3- davrning oxirida

Chilla davrining boshlanishida

## MAVZUNo2.

### Bexatar onalik prinsiplari. Erta chilla davrida oliy ma'lumotli hamshiraning o'rni.

#### Reja:

1. 500-buyruq amalda.
2. Bexatar onalik prinsiplari.
3. Partogramma.
4. Hamkorlik tug'ruqlari.
5. Chaqaloqlarni Apgar shkalasida baholash.

Tug'ruq murakkab jarayon bo'lib, markaziy nerv sistemasi tomonidan boshqariladi. U yetilgan homilaning ona qornidan tashqi muhitga chiqish jarayoni hisoblanadi. To'liq yetilgan homila 10 akusherlik oyi yoki 40 hafta, 280 kunda tug'iladi. Bunday chaqaloq tashqi muhitga tez moslashadi.

#### Tug'ruq darakchilari.

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

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

#### 500-buyruq.

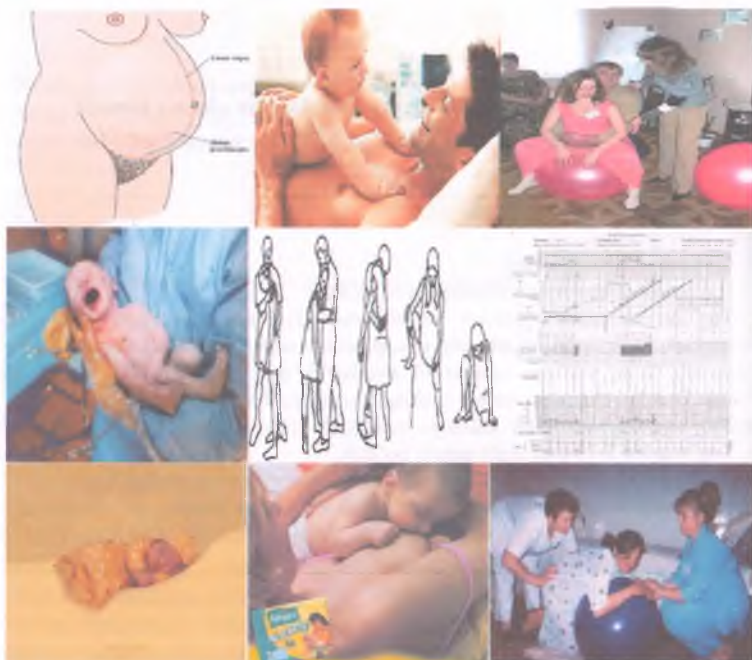
Perinatal yordam samaradorligini oshirish yuzasidan tug'ruq komplekslari (bo'limlari) ishlarini qayta tashkil qilish va shifoxona ichi infeksiyalarini oldini olish to'g'risida 13- noyabr 2003- yil O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi 500- sonli buyrug'i joriy qilindi.

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

#### Bexatar onalik prinsiplari:

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





**5-rasm: Bexatar onalik prinsiplari**

Buxoro «Ona va bola skrining» markazi O`zbekiston Respublikasi vazirlar mahkamasining 01.04.1998 yildagi 140-sonli «Nogiron bolalar tug`ilishining oldini olish maqsadida yangi tug`ilgan chaqaloqlar va homiladorlarda tug`ma va boshqa patologiyani aniqlovchi «Ona va bola skriningi» Davlat tizimini tashkil etish tug`risidagi» qarori hamda Buxoro viloyat hokimligining 21.04 1998 yildagi 71-sonli qarorlariga asosan tashkil etilgan.

**Skrining markazining vazifalari:**

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

- -homiladagi tug`ma nuqsonlarni aniqlash

- -homila nuqsonini tasdiqlovchi takroriy UTT dan o`tkazish (homiladorlikning 16- haftasida)

- -biokimik skrining o`tkazish (alfa –fetoprotein, xorigonodotropin, estriol, platsentar laktogen)

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

- -tibbiy genetik maslahat berish

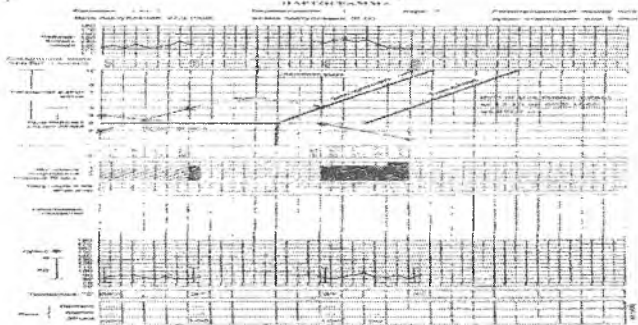
⊗ -homila nuqsoni aniqlangan oilalarga huquqiy maslahat yordamini ko'rsatish

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

**Partogramma** - hozirgi kunda tug'ruqlarni olib borishda eng oddiy va samarali vosita bo'lib hisoblanadi.

Bachadon bo'yni ochilishini uzluksiz grafik holda aks ettirish usulidir, shu bilan bir vaqtning o'zida ona, bola ahvolidning, tug'ruq kechishining boshqa ko'p xususiyatlarini grafik holda aks ettirish usulidir.

bo'lganda ham, tibbiy muassasalarning ham darajalarida, barcha tug'ruqlarda



**6- rasm: Partogramma**

Partogrammadagi yozuvlar – yuqori qismida quyidagi ma'lumotlar yoziladi

**Ayol:**

- ⊗ ismi;
- ⊗ akusherlik ma'lumotlari (anamnezidagi tug'ruqlar, homiladorlik soni);
- ⊗ ro'yxat raqami;
- ⊗ qabul qilingan sana;
- ⊗ qabul qilingan vaqt hisoblanadi. Kunning haqiqiy vaqti vaqt chizig'i ostida ko'rsatiladi;
- ⊗ qog'onoq suvlarining ketgan vaqti.

**Homila:**

- ⊗ yurak qisqarishi tezligi;
- ⊗ homila suvi: tiniq (C), qon bilan bo'yalgan (B) yoki mekoniy bilan bo'yalgan (M) yoki qog'onoq pardasi butun (I);
- ⊗ bachadon bo'yni: ochilishi sm. larda, diagrammada «X» belgisi bilan belgilanadi;
- ⊗ homila boshi harakati: (homila boshining qaysi sathda turganligi ), besh harmoq bilan qorin qismida paypaslash bilan aniqlanadi. diagrammada 0 belgisi bilan belgilanadi, qorinni paypaslash har bir qin ko'ruvidan oldin bajariladi:

⊗ homila boshining konfiguratsiyasi: bu jarayon quyidagicha yoziladi: bosh suyaklar biriktiruvchi to'qimalar bilan ajratib 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 (tulg'oqlar): tezligi (10 daqiqa davomida qisqarishlar soni). Davomiyligi soniyalarda belgilanadi;

#### **Oksitotsin:**

⊗ Dozasi tug'ruqning har davriga 1 soatga mo'ljallanib yoziladi;

⊗ Dori – darmonlar va vena ichiga yuboriladigan suyuqliklar;

⊗ Ma'lumotlar uchun joy;

⊗ Qon bosimi, harorat va puls, qon bosimi va puls har soatda yozib boriladi.

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

#### **Siydik:**

⊗ Miqdori:

⊗ Tahlili (qon, oqsil va atseton);

⊗ Har bir peshobdan so'ng yozib boriladi.

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

Partogrammadan maqsad – ona va bola holatini umumlashtirilgan holatda aks ettirishdir va shuning uchun har tomonlama nazorat zarur. Partogrammaning yana bir ahamiyatli qismi bachadon bo'ynini vaqt davomida ochilishini hamda homilaning oldinda joylashgan qismining (odatda boshi) siljishini kuzatishdir. Ta'kidlab o'tish zarurki, tug'ruq vaqtidagi qin orqali tekshiruvlar homila joylashgan qismining holatini kuzatish bilan barobar olib borilishi kerak, yana shuni aytib o'tish kerakki, tug'ruqni olib borishdagi ko'pgina xatoliklar aynan shunday kuzatuv bo'lmagani uchun ro'y beradi.

Tug'ruq vaqtida ayolni ovqatlantirish.

⊗ 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 atsidozga olib keladi, ularni tug'ruq davrida suyuqliklar ichish va yengil ovqat qabul qilish yo'li bilan oldini olish mumkin.

#### **Hamkorlik tug'ruqlari.**

Hamkorlik tug'ruqlari o'tkazilganda doyaning vazifasi nafaqat barcha muhim klinik belgilarni qayd qilish, balki butun tug'ruq davomida ayolni jismonan va emotsional qo'llab – quvvatlab turishdan ham iborat bo'ladi. Tug'ruqlarda ishtirok

ctayotgan doya o'tkazilayotgan barcha muolajalar va tibbiy tekshiruv natijalarini ayolga tushuntirishi kerak. Tug'ruq faoliyatining kechishi va bolaning kutilayotgan vaqti to'g'risida ayolni xabardor qilishi lozim. Tug'ruq zalida ayolning yaqin kishisining bo'lishi (doya bilan birgalikda) 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 munosabatlariga sezilarli darajada ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda tug'ruqlarning davomiyligi va kesar kesishlarning soni sezilarli qisqaradi, og'riqsizlantirish vositalarini qo'llash kamayadi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarga zudlik tibbiy yordam ko'rsatishga ham ehtiyoj kamayadi. Shuningdek ko'krak suti bilan boqish va yangi tug'ilgan chaqaloqning holatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

### **Muvaffaqiyatli emizish tomon 11 qadam**

**1-QADAM.** Har bir muassasa o'zining ko'krak bilan emizish bo'yicha asosiy, maqsadi va kompleks chora – tadbirlari bo'lgan hujjatga ega bo'lishi kerak.

**2-QADAM.** Barcha tibbiy xodimlarni ko'krak bilan emizish bo'yicha onalarga maslahat berishga o'rgatish.

**3-QADAM.** Barcha homilador va tuqqan ayollarga ko'krak bilan emizishning afzalliklari tug'risida axborot berish.

**4-QADAM.** Tug'ruqdan keyin dastlabki 30 min. davomida barcha onalarga ko'krak bilan emizishga yordamlashish.

**5-QADAM.** Onalarga ko'krak bilan to'g'ri emizishni ko'rsatish, agar u holasidan alohida bo'lsa, qanday qilib laktatsiyani saqlashni o'rgatish.

**6-QADAM.** 6 oy davomida bolani faqat ko'krak suti bilan boqish, boshqa suyuqliklar yoki ozuqa mahsulotlari berish kerak emas (ba'zi bir tibbiy ko'rsatmalar bundan mustasno).

**7-QADAM.** Doimiy ona va bolaning birga bo'lishini ta'minlash.

**8-QADAM.** Ko'krak suti bilan emizishni chaqaloqning istagiga qarab amalga oshirish

**9-QADAM.** Ko'krak bilan emizilganda chaqaloqlarga so'rg'ich yoki tinchlantiruvchi vositalarni bermaslik.

**10-QADAM.** Onalar o'rtasida qo'llab- quvvatlovchi guruhlarni tuzish va boshqa onalarning ularga maslahat uchun murojaat qilishni ta'minlash.

**11-QADAM.** Hududda 2 va undan kam bo'lmagan muassasani «Bolaga do'stona munosabatda bo'lgan muassasa» nomini olishga tayyorlash va sertifikat olgan muassasalar bilan uzviy bo'g'liqlikda bo'lish.

### **Ko'krak oldi holati**

1. Chaqaloqning boshi va tanasi bir tekislikda bo'lishi kerak.
2. Bola tanasi ona tanasiga zich yopishgan bo'lishi kerak.
3. Chaqaloqning yuzi ona ko'kragiga qaratilgan, chaqaloqning burni ko'krak uchi to'grisida joylashgan bo'lishi kerak.
4. Ona qo'li bilan bolani butun tanasini ushlashi kerak.
5. Kattaroq bolalarda ikkinchi qo'li bilan dumbasidan ushlashi kerak.

**CHAQALOQNING KO'KRAKNI TO'G'RI OLGANLIGINING  
ASOSIY BELGILARI :**

1. Chaqaloq og`zini katta ochgan bo'lishi kerak.
2. Areolaning 1/3 qismi yuqoridan ko'rinib turishi kerak.
3. Chaqaloqning pastki labi tashqariga qayrilgan bo'lishi kerak.
4. Chaqaloqning pastki iyagi ko'krakka tegib turishi kerak.
5. Emganda lunjlari shishib emgani eshitalishi kerak.

**Fiziologik tug'ruqni olib borish protokoli.**

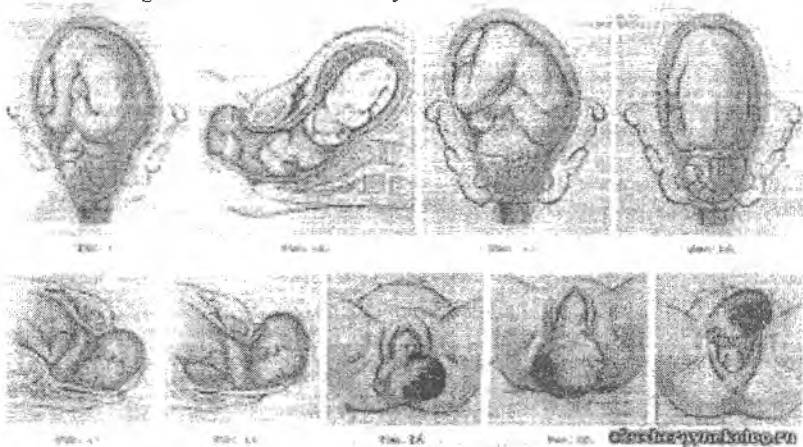
**Shifr: 0.80**

**I .ASOSLASH.**

1. Dalillarga asoslangan tibbiyotning akusherlikka kirib kelishi juda ko'p aralashuvlarning samarasizligini ko'rsatdi.

2. Shunday dalillar borki xavf guruhlari borligi aniqlanmagan.

«Normal tug'ruq bu- spontan tug'ruq bo'lib homiladorlikning 37 haftasidan toki 42 haftasigacha bo'lib ensa oldinda yotishi bilan kechadi.



**7-rasm: Normal tug'ruq biomexanizmi momentlari.**

**II MAQSAD:**

- 1 Asoslanmagan aralashuvlarni kamaytirish
- 2 Fiziologik tug'ruqdagi asoratlarni o'z vaqtida aniqlash.
- 3 Onadagi va homiladagi perinatal asoratlarni kamaytirish.

**IV PERSONAL :**

Zamonaviy perinatal texnologiyalarga va bexatar onalik prinsiplariga ega bo'lgan personalning bo'lishi.

**V. JIHOZLANISHI:**

- Tug'ruqni qabul qilish uchun krovat neoterm kardiokograf stetoskop monometr termometr tug'ruq uchun zarur bolgan choyshab va asboblarni .

**VI. TUG'UVCHI AYOL STATSIONARGA KELGANDA OLIB BORISH TAKTIKASI .**

Qabulxona bolimida **Akusherka:**

6.1. Hurmat va ehtirom bilan ayol va uning hamrohlarini qabul qilish.

6.2. Hayotiy muhim funksiyalarni baholash Ps A/D tana harorati .

6.3. Antropometrik tekshiruvlar bo'yi tana massasi bachadon tubi balandligi.

6.4. Laborator tekshiruvlar.

**Shifokor;**

6.5. Diqqat bilan hozirgi va bundan oldingi homiladorliklari va bundan tashqari boshidan kechirgan kasalliklari haqida anamnez yig'ish .

6.6. Ayol holatini baholash umumiy ahvoli, puls, qon bosimi, nafas, tana harorati, dardlarining borligi, homila oldi suvlarining ketishi haqida ma'lumotlar.

**ORGAN VA SISTEMALAR BO'YICHA TEKSHIRISH.**

6.7. Homila holatini baholash : holati, pozitsiyasi, yurak urishi, taxminiy og'irligi.

6.8. Zaruriyat bo'lganda yumshoq tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirish

6.9. Agar ayol tug'ruq holatida bo'lmasa uyiga yuboriladi yoki Homiladorlik patologiyasi bo'limiga qabul qilinadi. Qabul paytida vaginal ko'ruv o'tkaziladi ma'lumotlar tug'ruqni qabul qiluvchi shifokorga yetkaziladi va keyingi ko'ruv 4 soatdan keyin o'tkaziladi.

**VII. Tug'ruq bo'limida.** Tug'ruq diagnostikasi o'tkaziladi .

- Muntazam og'riqli dardlar;
- Bachadon bo'ynining ochilishi;
- Homila oldi suvlarining ketishi;
- Qon aralash, ajralmalarning ajralishi;
- Tug'ruq davri va fazalarini aniqlash;
- Homila boshing taqalishi va harakatini aniqlash ;
- Homilaning vaziyatini aniqlash.

**VIII. TUG'RUQNI OLIB BORISH REJASI TUZILADI.**

**IX. TUG'RUQNI OLIB BORISH BO' YICHA KO'RSATMALAR;**

**9.1. Hamkorlikka ruxsat berish**

Hamkorni tug'ruq paytida ayolga ko'maklashishga o'rgatish:

- Doim ayolni yonida bo'lish;
- Uni ruhlantirish;
- Ayolga to'g'ri nafas olish va bo'shshishiga yordam berish;
- Orqasini uqalash va yuzini nam salftetka bilan artish;
- Tug'uvchi ayolga to'g'ri harakat qilishga yordam berish;
- Ayolga ovqat va sharbatlar ichishni taklif qilish;
- Zaruriyat bo'lganda hojatxonaga chiqishga yordamlashish.

**9.2 Agar ayol og'riqdan azoblansa**

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

**9.3. Tug'ruq JSST partogrammasiga asosan olib boriladi.**

Partogramma tug'ruq dardlari boshlanganda shifokor va akusherka tomonidan olib boriladi .

#### 9.4. Tug'uvchi ayol ahvolini baholash:

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

#### 9.5. Homila ahvolini baholash; homila yurak urishini 1- davr davomida 1 minutda qanchaligi aniqlanadi.

- Tug'ruqning birinchi davrida homila yurak urishi har 30 daqiqada 1 minut davomida baholanadi.

- 2- davrda har bir to'lg'oqdan keyin.

#### 9.6. Tugruqning ikkinchi davri:

- Tug'ruqni ikkinchi davri boshlanishidan oldin tug'ruqni qabul qilish va chaqaloqlar reanimatsiyasi uchun barcha jihozlar va materiallar borligini tekshirish

- Ayolga o'zi uchun qulay vaziyatni egallashiga yordamlashning iloji boricha vertikal.

- Psixologik va jismoniy ko'maklashish

- Unga o'zi xoxlagan paytda kuchanishga ruxsat berish dardlarni boshqarmaslik.

- Har bir to'lg'oqdan keyin homila yurak urishini kuzatish.

- Agar tug'uvchi ayol va homila holati qoniqarli bo'lsa demak dinamika bor.

Birinchi tug'uvchilarda ikkinchi davrning aktiv fazasining davomiyligi 2 soat, qayta tug'uvchilarda 1soat.

Agar 2-davr cho'zilsa tug'ruqni amalga oshirish maqsadida (vakuum ekstraksiya, akusherlik qisqichlari) qo'yiladi.

Kristeller metodi qat'iy man qilinadi.



8-rasm: Tug'ruqning II- davri

9.7 Epizio-perineotomiya tug'ruqni tezlashtirish uchun faqat ko'rsatmalarga asosan.



9-rasm: Perineotomiya

- asoratli tug'ruqlarda (qisqichlar,vakuum ekstraksiya)
- homilaning qoniqarsiz holati.

9.8. Tug'ruqdan keyin chaqaloq iliq choyshab bilan quritiladi va teri-teri kontakti bo'lishi uchun 2 soat davomida ona qorniga qo'yiladi. Chaqaloq o'raladi va boshiga qalpoqcha kirgiziladi. Kindik birinchi daqiqa oxirida kesiladi.



10-rasm: Yangi tug'ilgan chaqaloq

9.9. Personal tomonidan ko'mak va bir-birini tushunishni o'rgatish.

• Muolajalar vaqtida uning mohiyatini va texnikasini tushuntirib ayoldan ruxsat olish;

- Ayolga tug'ruq dinamikasi haqida ma'lumot berish;
- Uni ruhlantirish;
- Ayolni haq-huquqlarini himoya qilish.

• 9.10. Klizma qilishdan voz kechish faqat shifokor tavsiyasiga ko'ra.

Junlarni qirish qorin ostiga tug'ruqdan keyin muz qo'yish mumkin emas.

9.11. Ayolga tug'ruq paytida ovqatlanish va o'z xoxishiga ko'ra suyuqlik ichish tavsiya qilinadi.

9.12 Birinchi va ikkinchi davrda erkin holatda bo'lish .



- Tug'ruqni birinchi davrida erkin yurishga ruxsat berish;
- Tug'ruqni birinchi va ikkinchi davrida tanlangan pozitsiyani ushlab turish

## X. JEMEDIKALIZATSIYALASHGAN TUG'RUQ.

10.1. Ayol va uning atrofidagi tozalikka rioya qilish. Qo'llami yuvish, toza o'rin-to'shak har bir ko'ruvdan so'ng tashqi jinsiy a'zolari yuvish.

### 10.2. Amniotomiya ko'rsatmaga ko'ra:

- qog'onoq suvlarida quyuq mekoniyning bo'lishi bu homilaning qoniqarsiz holati bo'lganda yordam ko'rsatishni talab qiladi.

### 10.3. Ayolga tug'ruq paytida nafas olish texnikasini o'rgatish.

- Normal nafas olishni kuzatishni o'rgatish;
  - Asta-sekin nafas olib nafas chiqarish paytida bo'shishni talab qilish;
- Agar ayol o'zini yomon his qilsa yengil nafas olishni tavsiya qilish;

Vaqtidan oldin to'lg'oqni oldini olish maqsadida 1- davr oxirida ayolga og'iz orqali nafas olish tavsiya etiladi. Ikki qisqa nafas olish birta uzun nafas chiqarish.

10.4. Ayol bezovta bo'lsa unga yordam bering (ayolni maqtang, ovuting uning hislariga befarq bo'lmang).

## XI. CHAQALOQ TUG'ILGANDAN KEYIN :

- 1) Chaqaloq quritiladi;
- 2) Ona qorniga qo'yiladi erta teri-teri kontakti bo'lishi uchun;
- 3) Ko'rish kontaktidan keyin bolaning ko'ziga 1% tetrasiklin mazi qo'yiladi. 1- soat ichida;
- 4) Erta ko'krakka tutish;
- 5) Chaqaloq tana haroratini o'lchash tug'ilgandan 30 minutdan keyin;
- 6) Kindikka ishlov berish.

## XII. TUG'RUQNI 3 DAVRINI AKTIV OLIB BORISH:



11-rasm: Plasenta

- Oksitotsin 10 ed .m/o bola tug'ilgandan keying birinchi daqiqada;
- Kindikni kontrol qilish uchun o'ng qo'l bilan kontraksiya qilish odatda chap qo'l kindik sohasiga qo'yiladi;
- 2-3 daqiqa davomida bachadonning qattiq qisqarishini kuting;
- Shundan so'ng plasentani ajrating;
- Agar platsenta 30-40sek ajralmagan bo'lsa traksiyani to'xtating va bachadon qisqarishini kuting;
- Platsenta tug'ilayotgan paytda butunligini buzmaslik maqsadida ikki qo'llab

ushlang;

- Oraliqni qinni jarohatlari borligini aniqlash uchun ko'zdan kechirish;
- Qonni yig'ish , baholash 3- davrdagi yo'qotilgan qonni yozib qo'yish ;
- Qonamayotgan tomirlar tikilmaydi;
- Kerak bo'lganda teriga choklar qo'yish.

### **XIII. ERTA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVR.**

2 soat davomida ayol tug'ruq bo'limida qoldiriladi.

**PARAMETRLAR:**\_\_\_A/B ,P/S BTB va qattiqligi , vaginal qon ketish.Vaqtinchalik ramkalar 2 soat davomida har 15 minutda bachadon holatini tekshirish.

#### **TUG'RUQDAN KEYINGI BO'LIM .**

2 soatdan keyin tug'gan ayolni tug'ruqdan keying palataga o'tkazish.

Tug'ruqdan keying parvarish ovqatlanish haqida tavsiyalar berish. . Ko'krak suti bilan boqish haqida tavsiyalar berish.

#### **TAHLILIIY QISM**

##### **VAZIYATLI MASALALAR**

1.24 yoshli birinchi tug'uvchi ayol muntazam dard tutish shikoyati bilan klinikaga qabul qilinadi.

Homila bo'ylama vaziyatda, boshi chanoq kirish tekisligiga kichik segmenti bilan suqilib kirgan.

**Qin orqali tekshirilganda:** bachadon bo'yni 5 sm ochilgan, homila pufagi butun, homila boshi o'q-yoysimon choki bilan chanoqning kirish tekisligining ko'ndalang o'lchamida, kichik liqildoq chap va old tomonda paypaslanadi.

#### **SAVOLLAR:**

- Tashxis qo'ying?
- Tug'ruq biomexanizmini aniqlab tushuntiring?
- 2. 30 yoshli takror tug'uvchi ayol klinikaga tug'ruqning ikkinchi davrida qabul qilinadi.Qin orqali tekshirilganda: bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila pufagi yo'q. Homila boshi chanoqning chiqish tekisligida –o'q-yoysimon chok bilan to'g'ri o'lchamda, kichik liqildoq dumg'aza tomonida paypaslanadi.

#### **SAVOLLAR:**

- Tashxis qo'ying?
- Tug'ruk biomexanizmini aniqlang?
- 3.Tug'ruqxona qabul bo'limiga 23 yoshli ilk tug'uvchi ayol tug'ruq dardi borligi va dardi har 5-6 daqiqada 30soniya davom etishidan shikoyat qilib keldi.Umumiy ahvoli qoniqarli, puls - 82 ritmik A/B 120/80mm. sim. ust. teng. Chanoq o'lchamlari 25-28-30-20, qorin aylanası-98sm. BTB-35sm. Homila yurak urishi aniq 136 marotaba ritmik.

#### **SAVOLLAR:**

- 1.Sizning tashxisingiz?
- 2.Tug'ruqni olib borish usuli?
- 4.Tug'ruq bo'limiga soat 11:00 da 29 yoshli ilk tug'uvchi ayol bel dumg'aza va qorin osti sohasidagi og'riqlarning borligi, og'riqlar regular, har 4-5 minutda

25-30 soniya davom etishi, 10:00 da homila oldi suvi ketganligi shikoyati bilan keldi.

P.V.ko'ruvda bachadon bo'yni ochilishi 5sm

1.Sizning tashxisingiz?

2.Tug'ruqning qaysi davri?

5.Tug'ruq bo'limiga homiladorlik muddati 30 hafta bo'lgan,30 yoshli ayol qabul qilindi. Tekshiruvdan keyin homiladorlik sababli qorinning kattalashgani, QA-89sm, BTB-35sm, bachadon tubida yirik, noto'g'ri yumaloq shakldagi o'rta chiziqdan unga og'gan, chap tomonda kichik qismlari, pastki qismda chegaralari tekis, konsistensiyasi zich, harakatchan yumaloq qismi kichik chanoq kirish tekisligida ekanligi aniqlandi. Homila yurak urishi yaqqol, ritmik 140 marta kindikdan pastda, o'ng tomonda eshitaladi.

#### **SAVOLLAR:**

1.Sizning tashxisingiz?

2.Homila qaysi qismi bilan joylashgan?

3.Homila vaziyati va pozistiyasi?



**12-rasm: Chaqaloqni Apgar shkalasida baholash**

**Maqsad:** Chaqaloqning birinchi minutlardagi ahvolini baholash, asfiksiyada birinchi yordamga tayyor turish.

**Jixozlar:** fonendoskop, Ambu xaltachasi, sekundomer, intubatsion trubka, spirt, adrenalın.

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

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

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

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

5. Yengil asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 6-5 ballda baholanadi.

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

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

### APGAR SHKALASI

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

### CHAQALOQ TUG'ILGANDAN KEYIN OLIY TOIFALI HAMSHIRANING ROLI:

- 1) Chaqaloq quritiladi;
- 2) Ona qorniga qo'yiladi erda teri-teri kontaktini ta'minlash uchun;
- 3) Ko'rish kontaktidan keyin bolaning ko'ziga 1% tetrasiklin mazi qo'yiladi. 1- soat ichida;
- 4) Erta ko'krakka tutish;
- 5) Chaqaloq tana haroratini o'lchash tug'ilgandan 30 min keyin;
- 6) Kindikka ishlov berish.

Bola dunyoga kelgan va kindik tizimchasi kesilgan vaqtdan boshlab, uning ona organizmi bilan bevosita aloqasi uziladi. Shu vaqtdan chaqaloqning **neonatal** davri boshlanadi.

**Erta neonatal** davri kindik kesilgan vaqtdan 7-kun oxirigacha o'tadi. Bunda bola o'zi uchun yangi bo'lgan tashqi sharoitga moslasha boshlaydi. Bu vaqtda bola organizmi unchalik chiniqmagan bo'lsa ham, uning tanasi haroratni saqlash qobiliyatiga ega va bu haroratni uning o'zi ham ishlab chiqaradi. Yangi tug'ilgan bolaning bosh miya pustlog'i morfologik va funksional jihatidan yetarli darajada rivojlanmagani uchun o'rab turgan tashqi muhitning to'xtovsiz ta'siri natijasida bola miyasining davomli tormozlanish holatini vujudga keltiradi. Masalan: 50-60% yangi tug'ilgan chaqaloqlarda oddiy yoki fiziologik sariqlikning paydo bo'lishi, bir tomondan yangi tug'ilgan chaqaloqning eritrositlari bo'linib buzilishi natijasida paydo bo'lsa, ikkinchi tomondan, jigar funksional qobiliyati yetishmasligidan kelib chiqadi. so'ngra bunga terining fiziologik rangi, tranzitor isitmalash, jinsiy krizlar, og'irlikni fiziologik yo'qotish kabi bir necha holatlar ham misol bo'la oladi.

## TEST

1. Bachadon tubining balandligi 30 sm qorin aylanasi 90 sm homila uzunligi 22 sm peshona ensa o'lchami 10 sm bo'lgandagi homiladorlik vaqtini aniqlang?

\*30- hafta

32- hafta

35- hafta

38- hafta

2. Agar oxirgi hayz 5- yanvar bo'lsa tug'ruq vaqti qachon bo'ladi?

\*12- oktyabr

10- noyabr

15- noyabr

20 -sentyabr

3. Homilaning ona qornidagi ahvolini diagnostika qiluvchi qanday usulni bilasiz?

\*Yurak urishini eshitish

Leopold-Levistkiy usuli

Gisterografiya

Gisteroskopiya

4. Kontraksion halqa qachon paydo bo'ladi?

\*Tug'ruqning 1- davrida

Homiladorlikda

Tug'ruqning 3- davrida

Tug'ruqdan so'ng

5. Tug'ruqning 1- davrini qaysi simptomlar belgilaydi?

\*Regulyar dardlarning paydo bo'lishi

Qog'onoq suvining ketishi

Bachadon bo'ynining to'liq ochilishi

Tez-tez siyish

6. Quyidagi qaysi belgilar yo'ldosh ajralganligini bildiradi?

\*Qov sohasini qo'l bilan bosganda kindik tortilmaydi

Bachadon tubi kindik o'rtasida

Chuqur nafas olganda kindik tortiladi

Bachadon tubiga urib ko'rganda kindik qon tomiriga pulsastiya beradi

7. Tug'ruqdan so'ng nechanchi kungacha loxiya qonli bo'ladi?

\*1-4kun

6-10kun

10-13kun

16-20kun

8. Ensa oldinda kelishining orqa turida qadalish nuqtasi nima?

\*Peshonaning sochli qismi

Yuqorigi jag

Purun qanshari

pastki jag`

9. Tug'uvchi ayolni qin orqali ko'rishga ko'rsatma?

\*Qog'onoq suvining ketishi

Buyrak kasalliklari

Tug'ruqning 3- davri oxirida

Normal tug'ruqdan so'ng

**10. Chanoqning tor qismi o'lchamlarini belgilang?**

\*10,5-11 sm

13-12sm

12,5-13sm

9,5-10 sm

**11. Bachadonning qisqaruvchanlik faoliyati nimaga bevosita bog'liq bo'ladi?**

\*Bachadon qo'zgaluvchanligiga va tonusiga

Pastki segmentning cho'ziluvchanligiga

Pastki segmentning gipertonusiga

Bachadon tubining o'ta aktivligiga

**12. Maxsus akusherlik tekshiruviga nimalar kiradi**

\*chanoq o'lchamlarini o'lchash

A/B o'lchash

yurak auskultastiyasi

tana haroratini o'lchash

**13. Tug'ruqning tabiiy kechishi nima bilan bog'liq?**

\*Tug'ruq dominantasining hosil bo'lishi

Homiladorlik dominantasining hosil bo'lishi

Bachadonda pastki segmentning hosil bo'lishi

Plastentaning hosil bo'lishi

**14. Tug'ruq faoliyatining asosini nima tashqil qiladi?**

\*Markaziy nerv sistemasi va bajaruvchi organlar

bachadon va bachadon ortiqlari

orqa miya va kichik chanoq organlari

yo'ldosh va homila

**15. Homila boshi ensasining old ko'rinishda o'tkazuvchi nuqta nima?**

\*Kichik liqildoq

Peshona

Katta liqildoq

Ensa

**16. Normada kontraksion halqa qayerda joylashadi?**

\*Qov sohasida

Kindik sohasida

Qovdan 4 ko'ndalang barmoq yuqorida

Qovdan 3 ko'ndalang barmoq yuqorida

**Nazorat savollari:**

1. 500-buyruq nima?

2. Bexatar onalik prinsiplari?

3. Partogramma?

4. Hamkorlik tug'ruqlari?

5. Chaqaloqlarni Apgar shkalasida baholash?

## MAVZUNo3.

### Akusherlikda gipertenziv sindrom.

#### Reja:

1. Gipertenziv sindrom
2. Preeklampsiya
3. Eklamsiya
4. Gipertenziv sindromda davolash
5. OTH ning tutgan o'ri

Preeklampsiya—murakkab neyrogumoral patologik jarayon bo'lib, organizmning homiladorlikka ko'nikmasi buzilishi bilan xarakterlanadi. Preeklampsiya sababi va patogenezini polietiologik xususiyatga ega. Bunda markaziy va vegetativ nerv sistemalari faoliyati, yurak-tomir sistemasi, endokrin sistemalar faoliyati, moddalar amashinuvi, immunogenez va boshqa jarayonlar buziladi.

Eklampsiya—homiladorlikdagi gipertenziyaning yuksak bosqichi hisoblanadi. U odatda preeklampsiya zaminida kelib chiqadi. Bu og'ir kasallik organizmdagi barcha muhim sistemalar va organlar faoliyati buzilganligini ko'rsatuvchi bir qancha murakkab belgilar bilan ta'riflanadi. Gavda mushaklarining tortishib qisqarishi, ayni vaqtda komaga tushish eklampsiyaning eng ravshan belgisidir.

### EPIDEMIOLOGIYA

Preeklampsiyaning uchrash chastotasi har xil mamlakatda har xil ko'rsatkichni tashkil qiladi: bu patologiyalar 147 ta tug'ruqdan 1 tasida uchraydi. [RaminK.D.] Rossiya davlatida preeklampsiya bilan asoratlangan ayollar orasida o'lim ko'rsatkichi 27% ni, Kolumbiya davlatida 34%, Afrika davlatida bu ko'rsatkich 25% ni tashkil qiladi. Bu ko'rsatkich Turkmaniston Respublikasida 15-26% ni tashkil qiladi. Dunyo bo'yicha eklampsiya asorati bilan 50000 ta ayol dunyodan ko'z yumadi.

#### Preeklampsiyani keltirib chiqaruvchi faktorlar:

- -birinchi tug'ruqlar.,
- - yoshi 40 dan oshgan ayollarda;
- - yosh birinchi tug'uvchilarda;
- - oilaviy anamnezida preeklampsiya bor ayollarda;
- - oldingi homiladorligida og'ir preeklampsiya o'tkazgan ayollarda;
- - semizlikda;
- - surunkali gipertenziya yoki buyrakda nuqsonlari bor ayollarda;
- - qand kasalligi bor ayollarda;
- - buyrak kasalliklarida;
- - ko'p homilali homiladorlikda;
- - rezus – konflikt;
- - antifosfolipid sindromida;
- - yurak-tomir kasalliklaridan keyin;
- - past sotsial status.

## PATOGENEZ

Gipertenziv buzilishlar o'zida fiziologik homiladorlik asoratlarini, hayotiy muhim a'zolar funksiyasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Gipertenziv buzilishlar asosini tomirlar spazmi, gipovolemiya, qonning reologik xususiyati o'zgarishlari mikrosirkulyatsiyaning, suv-tuz almashuvining buzilishi tashkil etadi. Preeklampsianing kelib chiqishi zaminida tomirlar spazmi natijada DVSSindrom (tomirlar ichidagi tarqalgan ivish) va immunologik yetishmovchilik ahamiyatga ega. Buyrak kulubochkalari endoteliysi shikastlanib, buyrak filtratsiyasi kamayadi va hujayralardagi natriy miqdori o'zgaradi, plazma hajmi kamayib, platsenta qon aylanishi, yana ham buziladi. Gomeostaz buzilib, gemodinamika o'zgaradi, barcha qon tomirlar tortishib (spazm) sirkulyasiyadagi qon hajmi kamayadi, gipokaliemiya, gipoproteinemiya yuzaga keladi. Bosh miya qon aylanishi buzilganligi sababli, unda ko'p suyuqlik to'planib, bosh miya gipoksiyasini yana ham kuchaytiradi va talvasa sindromi rivojlanadi. Bachadon platsenta qon aylanishining buzilishi homila gipoksiyasiga olib keladi. Organizm gipoksiyasi jigarning dezintoksikatsion, mochevina va oqsil ishlab chiqarish faoliyatini pasaytirib yuboradi. Gipovolemiya bosh miya, gipofizning orqa bo'lagi buyrak usti bezlarining retseptorlariga ta'sir etib, antidiuretik gormon, 17-oksikortikosteroid, aldosteron ishlab chiqarishni ko'paytiradi, suv va natriy organizmda saqlanib, qon bosimi yana ham ko'tariladi. JSST (1994) ma'lumotlariga ko'ra preeklampsiya bu homiladorlik asorati poliorgan funksional yetishmovchiligi quyidagi simptomlar bilan namoyon bo'ladi: gipertenziya, shish, proteinuriya ba'zan tutqanoq va koma. Yaqin kunlarga akusherlikda quyidagi mavjud atamalar «gestoz» yoki «kechki toksikoz», «OPG-geztoz» simptomlar uchligini anglatadi. Oldinlari homiladorlik asorati «nefropatiya» yoki «kechki toksikoz» deb atashgan, homiladorlikning eng asosiy asoratlaridan biri nefrotik asorat. Gipertenziv holatlar rivojlanishida yagona mexanizm mavjud emas, etiologik, neyrogen, gormonal, immunologik, genetik, platsentar faktorlar ta'siri kuzatiladi. Preeklampsiya rivojlanishida boshlang'ich mexanizm trofoblast invazyasi jarayonining buzilishi hisoblanadi, buning natijasida tomirlarda homiladorlikka xos xususiyat maksimal dilyatatsiya holati va vazoaaktiv stimullarga javob qaytarish xususiyatini egallaydi. Bu esa trofoblast gipoksiyasi va giperperfuziyasi va uning funksional va biokimik faolligining o'zgarishiga olib keladi. Endoteliy qon tomirlar sistemasi butunligi funksiyasi, tomir devori tonusini boshqarilishi, hujayralararo koagulyasiya bartaraf etish funksiyasini bajaradi. Bu barcha mexanizmlar doimiy giperfeziya va gipoksiyada hujayra membranasi normal faoliyati buziladi. Bu esa prostaglandinlar sintezi buzilishiga olib keladi. Endoteliyning jarohati vazodilyatatorlar sintezining kamayishiga, tomirlarning chidamlilik xususiyatining yo'qolishiga olib keladi. Gipertenziv buzilishlarda tomirlar spazmining asosiy sababi bo'lib vazokonstriktor va vazodilyatatorlar o'rtasidagi disbalans hisoblanadi. Gipertenziv buzilishlarda vazospazm rivojlanishida aldosteron, angiotenzin II sintezining o'zgarishi, prostaglandinlar disbalansi muhim o'rin egallaydi. Aldosteron buyrak usti bezida hosil bo'lib tomirlar devoridan hujayraga o'tib, ekstratsellyulyar suyuqlikka o'tadi bu esa natriy va suvning hujayralararo bo'shliqda to'planishiga sabab



bo'ladi. Natriyning qon tomirlar devorida ushlanib qolishi tomirlar devorining qisqarishiga olib keladi. Oxirgi yillarda ko'pchilik tadqiqotchilar homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlarini kelib chiqishida ona-platsenta-homila tizimidagi immunobiologik munosabatlar buzilishi katta rol o'ynashi tug'risida fikr yuritmoqdalar. Ushbu nuqtai nazardan tabiiy kiler-hujayralarining interferon ishlab chiqaruvchi xususiyati pasayib, ularning eritish faoliyati kamayishi bilan patologik impulslar hosil bo'lib immunologik jarayonni yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Homiladorlik paytidagi gipertenziya holatida bosh miyaning funksional va strukturali o'zgarishlari, boshqa organlaridek, mikrotsirkulyasiyani buzilishi, qon tomirlarda trombozlar paydo bo'lishi bilan nerv. hujayralarda distrofik o'zgarishlar va perivaskulyar nekrozlar bilan ifodalanadi. Xuddi shu vaqtda mayda nuqtali yoki mayda o'chog'li qon quyilishlar rivojlanadi. Miya shishi (ayniqsa og'ir homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlarida) va bosh miya bosimi ko'tarilishi xos. Ishemik o'zgarishlar kompleksini oxir natijada eklampsiyaga olib kelishi mumkin.

### KLASSIFIKASIYA:

#### Homiladorlik paytidagi gipertenziya holatlari klassifikatsiyasi, klinikasi va diagnostikasi.

##### 1. Surunkali arterial gipertenziya

##### 2. Gestatsion gipertenziya:

###### A) Yengil gestatsion gipertenziya

###### B) O'g'ir gestatsion gipertenziya

##### 3. Preeklampsiya:

###### A) Yengil

###### B) O'g'ir

##### 4. Eklampsiya

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

Gipertenziya tashxisi bir bor o'lichaganda diastolik bosim 110 mm sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralg'i 4 soat bilan 2 marta o'lichanganda 90 sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa. *Og'ir gipertenziya* tashxisi bir bor o'lichaganda diastolik bosim 120 mm sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa yoki oralg'i 4 soat bilan 2 marta o'lichanganda 110 sim.ust. dan ko'p yoki unga teng bo'lsa. Agar gipertenziya homiladorlikning 20- haftasidan keyin, tug'ruq vaqtida yoki tug'ruqdan so'ng 48 soat ichida paydo bo'lsa, bu holat *gestatsion gipertenziya* deb yuritiladi. Gipertenziya 20- haftagacha paydo bo'lsa, *surunkali gipertenziya* deb tashxislanadi.

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

- giperrefleksiya
- bosh og'rihi
- ko'rishning buzilishi
- oliguriya ( $\leq 500$  ml/24 soatda)
- to'sh orqasidagi og'riq (o'ng qovurg'a pastida)
- o'pka shishi
- trombositopeniya (trombotsitlar soni  $<100 \times 10^9/l$ , ATA  $>50$  me/l) unda

og'ir preeklampsiya hisoblanadi.

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

**Yodingizda tuting:**

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

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

**Gipertenziyasi bor homilador avollarni olib borish.**

Poliklinikalarda olib boriladigan chora tadbirlar:

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

**Yengil preeklampsiyada homilador avollar bilan ishlash**

**37 haftadan kam muddatli homiladorlarda**

■ Homilador ayolni tekshiruvdan o'tkazish va davo maqsadida gospitalizatsiya qilish

■ AQB kuniga ikki marta o'lchash

■ Laborator tekshiruvlar:

- umumiy qon tahlili, gemoglobin va gematokritga;
- biokimyoviy qon tahlili (umumiy oqsil, plazma elektrolitlari, mochevina, kreatinin, siydik kislotasi, bilirubin, jigar fermentlari – ALT, AST, ishqorli fosfotaza, natriy, kaliy, kalsiy.);
- koagulogramma :

- umumiy siydik tahlili har kuni;
- siydikni flora va antibiotik sezgirligiga ekish;
- EKG, dopplerometriya (yurak geometriyasi).
- buyrakda qon aylanishi, jigarda plazma ajrarilishi kabi belgilar ahamiyatga ega.

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

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

■ Diuretiklar tavsiya qilinmaydi, chunki ular gipovolemiyani kuchaytiradi, AQB oshiradi, buyrak va platsentarterfuziyani yomonlashtiradi.

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

■ agar preeklamsiya belgilari, o'tkazilgan davoga qaramay o'zgarishsiz qolsa, ayolga uya javob berilmay, stasionar sharoitida yuqorida aytib o'tilgan reja bo'yicha davo davom ettiriladi,

■ agar homilaning rivojlanishdan orqada qolish belgilari aniqlanmasa, homiladorlikni davom ettirish va oxirigacha nazorat qilish mumkin, agar bu belgilar aniqlansa va davo samarasiz bo'lsa, unda darqol muddatidan oldin tug'ruk haqida o'ylash lozim.

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

### **37 haftadan katta muddatli homiladorlarda**

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

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

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

## Preeklamsivaning og'ir darajasi va eklamsivada homilador avollar bilan ishlash

Og'ir darajadagi preeklamsiya va eklamsiya bir xilda davolanadi, tug'ruq eklamsiyada 12 soat davomida, og'ir preeklamsiyada 24 soatda hal qilinishi kerak.

### Eklamsiyani olib borish va birlamchi baholash

\*bemor ayolga qisqa vaqt ichida to'g'ri yordam ko'rsatish uchun tibbiy xodim ishtiroki darkor;

\*birinchi o'rinda tutqanoqqa qarshi dorilar buyuriladi;

\*bunday holatda aspiratsiyani oldini maqsadida ayolni yonbosh sohasi bilan yotqizish;

\*tutqanoq paytida ayolning shikastlanishini oldini olish;

\*kislorod bilan taminlash daqiqasiga 4-6 l tezlik bilan;

\*tutqanoq tugaganidan so'ng nafas yo'llari va og'iz bo'shlig'i tozalanadi, so'ng arterial bosim va puls o'lchanadi;

\*zudlik bilan bemorning es-hushi va nafas olish holatini baholanadi;

\*agar arterial bosim 110 mm.sm.us yuqori bo'lsa, gipotenziv vositalar buyuriladi;

\*bemorga quyilayotgan va ajralayotgan suyuqlik miqdorini nazorat qilish juda muhim;

\*siydik miqdori va proteimuriyani aniqlash uchun siydik pufagini kateterizatsiyalanadi;

\*bemor ayolni yolg'iz qoldirish mumkin emas;

\*har soatda hayotiy zarur a'zolar funksiyalarini, reflekslarni va homila yurak urishini baholanadi;

\*o'pka shishini istisno qilish uchun o'pkaning paski bo'laklari eshitib ko'riladi;

\*koagulopatiyani istisno qilish uchun qon ivishi tekshiriladi.

### Tug'ruqlar:

\*Agar eklamsiyada 12 soat yoki preeklamsiyaning og'ir darajasida 24soat davomida tug'ruq tabiiy yo'llar orqali sodir bo'lmasa, зудlik bilan tug'ruq operatsiya kesarcha-kesish usulida amalga oshiriladi

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

\*kesarcha kesish operatsiyasini boshlashdan oldin, quyidagilar bajariladi:

- koagulopatiyani istisno qilish;

- imkon qadar umumiy og'riqsizlantirish;

\*Homilador ayollarda eklamsiya va preeklamsiya holatlarida mahalliy anesteziya yoki ketamin qo'llanilmaydi.

### Tug'ruqni to'xtatishdan kevingi yordam:

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

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

\*Siydik ajralishini kuzatiladi.

### Preeklampsivaning ko'p hollarda o'lim bilan yakunlanadigan asoratlari quyidagilar:

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

### Preeklampsiya va eklampsivaning davosi

#### Magniy sulfataning ishlatilishi:

- og'ir preeklampsiyada
- eklampsiyada

- tug'ruq vaqtida og'ir eklampsiya bilan asoratlenganda

Tug'ruqdan keyin 24 soat va oxirgi talvasadan keyin magnezial terapiya davom ettiriladi.

### PRICHART BO'YICHA MAGNEZIAL TERAPIYANING

#### SXEMASI:

##### •Yuklama doza:

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

#### Eslatma:magneziy sulfat vena ichga yuborilgan vaqtda avolda isib ketish holati kuzatiladi.

- so'ng har bir dumbaga mushak orasiga magniy sulfatni 20 mldan novokain bilan birga yuboriladi.

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

##### •Ushlab turuvchi doza

- 20 mldan mushak orasiga har 4 soatda

- tug'ruqdan keyin yoki oxirgi talvasadan keyin 24 soat ichida magneziiy sulfatni davom ettirish.

### ZUSPAN BO'YICHA MAGNEZIAL TERAPIYANING SXEMASI

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

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

1)nafas olish soni 16tadan kam bo`lmasligi kerak:

2) tizza reflekslari mavjudligiga:

3) oxirgi 4 soat ichida diurezni 30 ml/soatdan kam bo'lmasligiga.

**Magneziv sulfatni kiritishni kechiktiring yoki qilmang**, agar:

- Nafas olish soni 16dan kam bo'lsa;
- Tizza reflekslari kuzatilmasa;
- Oxirgi 4 soat ichida diurezni 30 ml/soatdan kam bo'lsa.
- **Antidotni qo'llang!**

• Agar yuqoridagi belgilar bo'lsa **antidotni qo'llang** – kalsiy glyukonat vena ichiga 10% 10 ml sekinlik bilan nafasi tiklanguncha yuboring.

**Gipotenziv terapiya**

**Gipotenziv dori vositalari – individual tanlanadi.**

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

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

➤ **Gidralazin-** tomir ichiga quyiladigan preparatlardan tanlanadi, arteriyalarni kengaytirib, qon oqimiga to'sqinlikni kamaytiradi.

➤ In'yeksiya tarzida buyuriladi, odatda tuzli infuzion eritma shaklida.

➤ 50% holatlarda nojo'ya ta'sirlari kuzatiladi (kuchli bosh og'risi, taxikardiya, bezovtalanish, qo'rquv hissi), yaqinlashayotgan preeklampsiya simptomlariga o'xshash belgilari paydo bo'lishi mumkin;

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

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

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

**Homilada NBS profilaktikasi**

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

**Tug'ruqni olib borish**

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

**Zudlik bilan tug'ruqni to'xtatishga ko'rsatma (qavsi haftada bo'lishidan qat'iv nazar):**

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

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

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

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

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

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

➤ Tu'ruq konsilium yo'li bilan rejali ravishda olib boriladi:

➤ Tug'ruq og'ir preeklampsiyada simptomlar bartaraf etilgandan so'ng 24 soatdan so'ng, Eklampsiyada esa 12 soatdan so'ng sodir bo'lishi kerak.

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

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

#### **Tug'ruqni tabiiy yo'llar orqali olib borish taktikasi**

❖ Akusher-ginekolog bachadon bo'ynini yetilganligini baholashi kerak

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

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

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

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

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

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

### **EKLAMPSIYA**

#### **Talvasa homiladorlikda, tug'ruq vaqtida va tug'ruqdan keyingi davrda paydo bo'lishi mumkin.**

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

#### **Talvasa vaqtida yordam berish.**

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

- Ayolni shikastlanishdan asrash kerak.
- Ayolni yonboshiga yotqizib, oshqozondan keladigan, qusuq massalari va qon tushmasligi aspiratsiyani oldini olish maqsadida.
  - Talvasadan so'ng otsos orqali og'iz bo'shlig'i va tomoqni tozalash kerak;
  - Talvasa xurujidan so'ng zudlik bilan magnezial terapiyani boshlash kerak;
  - Boshlang'ich doza – 4-6 g quruq modda hisobiga (20 ml 25% r-ra) v/i 5-10 minut davomida;
    - Agar talvasa yana takrorlansa 2 g v/i 5 minut ichida yuborish kerak;
- Ushlab turuvchi doza – 1-2 g/soatiga v/i (infuzomat orkali) yoki v/i tomchilab yuboriladi.

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

• Zuspan bo'yicha magnezial terapiya davom etiriladi

### O'g'ir preeklampsiya, eklampsiyada uchraydigan asoratlar:

- - boshmi yashishi;
- - bosh miyaga qon quyilishi;
- - DVS-sindrom;
- - o'tkir jigar yetishmovchiligi;
- - o'tkir buyrak yetishmovchiligi;
- - gipotonik yoki koagulopatik qon ketish;
- -yiringli-septik asoratlar;
- - anti –intranatal homila o'limi;
- - vaqtdan oldin tug'ruq;
- - platsentaning vaqtdan oldin ko'chishi;
- **HELLP sindromi-** H-hemolisis(gemoliz) EL-elevated liver enzymes-jigar tarkibidagi fermentlar miqdorining oshishi. LP (Lov platelet count) trombositlar miqdorining kamayishi gestozlarning og'ir variantlardan biri hisoblanadi. Nefropatiyaning 3-bosqich.preeklamsiya,eklamsiya gemolitik anemija, homilador yog'li jigar gepatozi uchun tipik emas trombositopeniya transaminaz va aspartatdegidrogenaza aktivligining oshishi bog'lanagan bilirubinning oshishi bilan xarakterlanadi.

### **Masala №1**

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

Sizning tashxisingiz?

Olib borish taktikangiz?



## Masala №2

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

**Sizning tashxisingiz?**

**Olib borish taktikangiz?**

**Preeklamsiyada hamshiralik jarayoni.**

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish	Natijalarni baholash
<b>Bemorshikoyatlari:</b> Ko'ngil aynishi, qayt qilish, epigastral sohada og'riq, bosh og'rig'i, ko'z oldi xiralashuvi <b>Epidemiologik anamnez:</b> So'nggi 6oyda hech qanday tibbiy muolajadan foydalanmagan. Chetga chiqmagan. <b>Obyektiv ko'rik:</b> Badanda shish, teri rangi oqargan, teri nam, turgorligi o'zgarmagan. arterial bosimi 160/120 mm.sim.ust. harorati 37.2C. puls soni 92 ta harakati sust.	Ko'ngil aynishi, qayt qilish, epigastral sohada og'riq,  Badanda shish, teri rangi oqargan,  arterial bosimi 160/120 mm.sim.ust. harorati 37.2C	1.Bemorning tana harorati o'lchash, pulsni sanash, A/Bni o'lchash; 2.Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurish; 3. siydik tahlilini muntazam tekshirib borish 4.Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borish;	1.Bemorning tana harorati o'lchandi, puls sanaldi, A/B o'lchandi; 2.Suyuqlik miqdorini oshirish; 3.Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurildi; 4. Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borildi;	1.Tana harorati va qon bosimi me'yoriga keltirildi. 2 reanimatsiyaga gospitalizatsiya qilindi 3.qusish soni kamaydi, ahvoli yaxshilandi

### Nazorat savollari.

1. Homiladorlikdagi gipertenziv holatlar qaysi muddatlarda kuzatiladi?
2. Preeklampsianing kelib chiqish teoriyalarini sanab bering?
- 3.Preeklampsianing yengil darajasi qanday diagnostika qilinadi?
- 4.Preeklampsianing yengil darajasining davolash prinsiplarini sanab bering?
- 5.Homiladorlikdagi gipertenziv holatlarda qanday asoratlar kutilishi mumkin?

6. Preeklampsianing yengil darajasida homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatmalarni sanab o'ting?

7. Preeklampsianing og'ir darajasi qanday diagnostika qilinadi?

8. Preeklampsianing ogir darajasini davolash prinsiplarining sanab bering?

9. Eklampsiyani qanday diagnostika qilinadi?

10. Eklampsiyani davolash prinsiplarini sanab bering?

**Amaliy ko'nikmalar bo'yicha topshiriqlarni bajarish:**

**Oon bosimini to'g'ri o'lchash:**

**Homila yurak urushini eshitish.**

**Li-Uayt bo'yicha oon ivish vaqtini aniqlash.**

### Amaliy ko'nikma

### HOMILA AUSKULTATSIYASI

**Maqsad:** Homila ahvolini baholash .

**Jihozlar:** kushetka, stetoskop, sekundomerli soat.

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

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

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

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

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



**13-rasm: Homila yurak urishini eshitish**

**Izoh:** Homila yurak urishining 1 minutda 120 tadan kam yoki 160 tadan yuqori bo'lishi homila ona ichi gipoksiyasi-homilaning qoniqarsiz holati yuzaga kelayotganligidan dalolat beradi va shoshilinch akusherlik taktikasini jarrohlik usuliga o'zgartirishga olib keladi.

### **Oliy hamshiraning roli**

1. Arterial bosimni nazorat qilib boradi.

2. Siydikni tekshirib borish.

0,3 g/24 soat yoki  $\geq 0,3$  g/l yoki  $\geq 1+2$  ta peshob namunasida 4 soat intervali bilan.

3. Shifokor ko'rsatmalari va magnezial terapiya.

Magnezial davo, antigeperteziv vositalar, tutqanoqqa qarshi vositalar qo'llaniladi

Magneziy sulfat – eklampsiyani davolashda tutqanoqqa qarshi va uni oldini olishda eng foydali preparat.

4. Laborator tekshiruvlar:

-umumiy qon tahlili, bunda gematokritni va trombositlar sonini tekshirish

-qonning bioximik tahlili:

A.proteinogramma

-EKG

-Elektroentsefalogramma (ko'rsatma bo'lganda)

B.qon plazmasining elektrolit tarkibi

S.mochevina, kreatinin

D.jigar fermentlari (ALT,AST,ishqoriy fosfataza), bilirubin.

-koagulogramma

-umumiy peshob tahlili

-peshobni floraga va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash

### **Test savollari**

**1. Preeklampsiyaning yengil darajasida homiladorni qachon uyga javob berish mumkin?**

\*Q/B, siydik tahlili normallashtirganda, oqsil moddasi yo'qolganda

1 kurs davolangandan so'ng

Q/B normallashtirgandan keyin

Tug'uruqqa qadar javob berilmaydi

**2. Eklampsiyada kesar kesish operatsiyasiga ko'rsatma nima?**

\*amovroz

bosh og'rig'i

yirik homila

siydikning normal ajralishi

**3. Davolash-tinchlantirish davo chorasiga nimalar kiradi?**

\*tinchlantiruvchi dorilar

qusishga qarshi preparat

splenin

geparinoterapiya

**4. To'xtovsiz qusishda homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma?**

\*gepatosplenomegaliya

qusishlar sonining kamayishi

ko'p terlash

tez-tez siyish

**5. Preeklampsiya necha % uchraydi?**

\*8 - 12%

5 - 6%

18 - 20%

25 - 28%

**6. Preeklampsiyada eng ko'p kuzatiladigan simptomlarini ko'rsating?**

\*Proteinuriya

So'lak oqishi

Poliuriya

Sariqlik

**7. Preeklampsiyaning kelib chiqishidagi yuqori xavfli guruhni ko'rsating?**

\*semizlik

kamkonlik

pielonefrit

gepatit

**8. Preeklampsiyada eng ko'p uchraydigan tug'ruq davridagi asoratiga kiradi?**

\*NJYVOK

O'tib ketgan ko'ndalang yotib kolish

Tug'ruq kuchlari nosozligi

Katta homila

**9. Davolash-tinchlantirish davo chorasiga nimalar kiradi?**

\*tinchlantiruvchi dorilar

qusishga qarshi preparat

splenin

geparinoterapiya

**10. Yengil preeklampsiyaning qanday belgilarini bilasiz?**

\*shishlar

siydikdagi oqsil 1g/l dan yuqori

O'QB = 115mm sim ust

bosh og'rig'i

**11. Preeklampsiyani davolashda qanday fizioterapevtik muolajani qo'llash mumkin?**

\*vitamin B1 bilan endonazal galvanizatsiya

Sherbak bo'yicha yoqa

Ultrazvuk qorin pastiga

Darsonvalizatsiya boshga

**12. Homiladorlikning ehtimoliy belgilari?**

\*hayz siklining to'xtashi

homila yurak urilishining eshitilishi

Gorvits-Gegar belgisining musbatligi

homila qismlarini paypaslash

13. Preeklampsianing etiopatogenezdagi asosiy sabab nima?

\*qon tomirlarining umumiy qisqarishi

Q/B ko'tarilishi

bosh og'rishi

tutqanoq tutish sindromi

14. Preeklampsiyada infuzion transfuzion terapiyani boshlashga ko'rsatmalar?

\*preeklampsiya og'ir darajasi

homiladorlar shishishi

homilador qusishi yengil darajasi

homiladorlar dermatози

15. Preeklampsiya yengil darajasida qaysi dori-darmonlar bilan shifobaxsh

avaylash rejimi o'rnatiladi

\*o'rnatilmaydi

GOMK 20%-10.0 T/O

dropredol 2,0+ seduksen 2,0 T/O

promedol 2,0+ dimedrol 2,0 T/O

16. Preeklampsiyani davolashda magnezii sulfatning o'rtacha sutkalik miqdori

qancha?

\*24gr

5gr

10 gr

0,2 gr

17. Vazni 90 kg gacha bo'lgan homilador ayollarda magnezii sulfat eritma

sini 1 kg vaznga nisbatan miqdorini aniqlang

\*0,02gr/kg

0,005gr/kg

0,04gr/kg

1gr/kg

18. Preeklampsianing og'ir darajasida qaysi ko'rsatgichiga qarab diuretiklar beriladi?

\*MVB 180mm suv ustunidan yuqori

SAB 90 mm simob ustunidan past

tomir urishi 120 tadan 1 minutiga ko'p

nafas olishi 40 marta 1 minutda

19. O'BYE oligourik fazasida soatiga qancha miqdorda siydik ajraladi?

\*30 ml

100ml soatiga

150ml

siydik ajratmaydi

20. Ogir preeklampsiyani necha kun davolash mumkin?

\*1 kun

12-24 soat

2 soat

15 kun

**21. Eklampsiyani necha kun davolash mumkin?**

\*2 soat tug'ruqqa tayyorlanadi

1 sutka

15 kun

20 soat

**22. Eklampsiyada kesar kesish operatsiyasiga ko'rsatmalar nima?**

\*amovroz

shishlarning generalizatsiyalanishi

siydikning normaga kelishi

homilaning katta vazni

**23. Preeklampsiyani qaysi formasida sun'iy nafas berish ko'rsatilgan?**

\*eklampsiya

homiladolarning kusishi

Preeklampsiyaning ogir darajasi

homiladorlar gepatozi

**24. Homiladorlikni qaysi haftatasidan surunkali DVS sindromi skrining usuli bilan tekshiriladi?**

\*tekshirilmaydi

16 haftata, 24 haftata, 28-32haftata

4 haftata, 13 hafta, 25 haftata

25 haftata, 30 haftata

**25. Tutqanoqning sababi nima?**

\*gipoksiyadan so'ng miya shishi

siydikda oqsil moddasining paydo bo'lishi

oyoqlarda shishning paydo bo'lishi

qon bosimining ko'tarilishi

**26. Preeklampsiyaning yengil darajasida siydikdagi oqsil miqdori qancha?**

\*0,33-1,0 g/l

1,0-3,0 g/l

3,0 va undan ortiq

oqsil izlari

**27. O'rtacha qon bosimi qanday aniqlanadi?**

\*O'rt Q/B = sist.Q/B+2 diast /3

O'rt.Q/B = diastolik+sistolik/2

O'rt.Q/B=2 sist.Q/B+1 diastol/3

O'rt.Q/B=2 sist.Q/B-1 dias/3

**28. Qachon ganglioblokatorlar qo'llaniladi?**

\*o'rt.Q/B 120 dan ortiq

o'rt.Q/B 75 mm sim ust

o'rt.Q/B100 mm sim ust

anasarkada

**29. Preeklampsiyaning parametrlarini ko'rsating?**

\*qon bosimi oshgan, shishlar, protenuriya, homila gipetrofiyasi  
qon bosimi oshgan, shishlar paydo bo'lgan  
protenuriya, shishlarning bo'lishi  
protenuriya, shishlar

**30. Preeklampsiyaning asosiy davo preparati?**

\*magnezial terapiya  
no-shpa, dibazol, nikotin kislotasi  
ganglioblokatorlar  
klofelin, korinfar

**31. Qanday hollarda magnezil terapiyani to'xtatish mumkin?**

\*nafas olish soni 14 dan kam  
qon bosimining 130/90 ga tushishi  
tizza reflekslarining saqlanganligi  
nafas olish soni 30 dan oshishi

**32. Preeklampsiyada diuretiklar qachon ishlatiladi?**

\*ishlatilmaydi  
MVB 180 mm sim ust  
diastolik Q/B 120 dan yuqori  
o'rt. Q/B 120 mm rt st

**33. Preeklampsiyada dezaregantlar qanday maqsadda ishlatiladi?**

\*qonning reologiyasini yaxshilash  
qon bosimining tushirish maqsadida  
miya shishini kamaytirish maqsadida  
shifobaxsh-avaylash rejimini o'rnatish maqsadida

**34. Miya shishi qanday davolanadi?**

sun'iy nafas giperventilyasiya  
boshqaruvchi gipotoniya  
ko'p miqdorda ITT davo o'tkazish  
ko'p miqdorda barbituratlar berish

**Gipertermiya, og'riq va umumiy holsizlik sindromi akusherlikda.**

**Reja:**

- 1. Homiladorlarda pielonefrit . Leykotsituriya.**
- 2. Buyrak kasalliklarida davo rejasi.**
- 3. Anemiyalar va ularning tasnifi.**
- 4. Homiladorlarda anemiyani davolash prinsiplari.**
- 5. Oliy malakali hamshiraning roli.**

Pielonefrit - homilador ayollarda ko'p uchraydigan buyrak kasalligi hisoblanadi. Bu infeksiyon zararlilik 6-10% holatlarda uchraydi. Pielonefritning (PN) paydo bo'lishiga homiladorlik davridagi gormonal o'zgarishlar, o'sayotgan bachadon bilan siydik yo'llarining qisilishi, organizmda infeksiya manbalarning bo'lishi (angina, karioz tishlar, furunkulez va boshqalar) sabab bo'ladi. Platsenta tomonidan ishlab chiqariladigan progesteron gormoni ta'sirida ichak, siydik pufagi,

siydik yo'llari silliq mushaklari bo'shshishi sodir bo'ladi. Homilador ayollarda qabziyat va siydik passajining susayishi kuzatiladi. Yuqori siydik yo'llarida urodinamika va buyraklarda qon aylanishining buzilishi kuzatiladi. Siydik yo'llarida kengayishlar, uzayishlar, egrilanishlar va tugun hosil bo'lishi sodir bo'ladi va buyrak jomchalari bo'shlig'i kengayadi. Bunday sharoitlar esa infeksiyaning uretra, siydik qopining subepitelial qavat to'qimasidan buyrak jomchalariga o'tishini osonlashadi. Siydik yo'llaridagi to'siqlar: toshlar, rivojlanish anomaliyalari va egriliklar infeksiyaning rivojlanishiga sharoit yaratib beradi. Gestatsion PN kelib chiqishiga buyrakda yashirin kechadigan infeksiya uchun qulay vaziyat vujudga keladi: gematogen yo'l bilan kelib qolgan infeksiya yuqori siydik yo'llarida urodinamikaning buzilishi va buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida chiqib ketishi qiyinlashadi. Dizuriya, siydik qopining funksiyasining buzilishi, tonusining pasayishi natijasida hajmining oshishi yuqori siydik yo'llaridan siydik evakuatsiyasining yomonlashuvi infeksiyaning uzoq turib qolishiga va buyraklarda yallig'lanish jarayonining vujudga kelishiga sabab bo'ladi. Patologik jarayon buyraklarning interstitsial to'qimasidan boshlanadi va buyrak kanalchalarining sklerozlanishi, qisilishi bilan tugaydi, natijada buyraklarning konsentratsion xususiyati erta buziladi. Mana shu fon natijasida buyrak gipertenziyasi rivojlanishi mumkin, bu holat 20% PN bo'lgan homiladorlarda uchraydi. Arterial gipertenziyaning yomon sifatli kechishi buyrakning bujmayishi va surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Siydik yo'li devorining infitsirlanishi uning peristaltikasini buzadi va siydik staziga olib keladi. Buyrak jomchalarida joylashib olgan infeksiya toshlar hosil bo'lishiga olib keladi va ular siydik yo'llari epiteliysini jarohatlaydi. Natijada patologik halqa hosil bo'ladi: homiladorlik siydik evakuatsiyasini pasaytiradi, infeksiya rivojlanishiga sabab bo'ladi, u esa stazni og'irlashtirib patologik jarayonni chuqurlashtiradi. Buyraklarda yallig'lanish jarayoni ko'pincha bolalik davrida, balog'atga yetish davrida boshlanadi va simptomsiz kechadi, homiladorlik, tug'ruqdan so'ng esa qo'zg'aydi. Homiladorlarda pielonefrit ko'proq - 48%, tuqqanlarda kamroq - 35%, tug'ayotganlarda undan ham kamroq - 17% uchraydi. PN qo'zg'atuvchilari shartli patogen mikroorganizmlar hisoblanadi. Ichak tayoqchasi 36 - 88% uchraydi va buyrak jomchalari, buyrak atrofi kletchatkasi va koptokchasining bujmayishiga olib keladi. Protey(5-20%) o'zining fermentlari bilan oqsil va mochevinani ammiak va boshqa moddalarga parchalaydi, bu parchalanish mahsulotlari esa buyrak va siydik yo'lining epiteliyini jarohatlaydi. Bu infeksiya natijasida toshlar hosil bo'ladi va qaytalanishga moyil bo'ladi. Bundan tashqari homiladorlar siydigidan klebsiella, enterokokklar ham topiladi.

Ammo PN ning asosiy qo'zg'atuvchilari grammanfiy mikroorganizmlardir - D va B guruhga kiruvchi streptokokklar, stafilokokk va mikrokokklar. Candida, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis, anaerob bakteriyalar ham buyrakda yallig'lanish jarayonini chaqirishi mumkin. Uzoq davom etgan jarayonda bir qancha mikroorganizmlar, yangi jarayonda esa bitta qo'zg'atuvchini topish mumkin.

Yuqorida sanab o'tilgan qo'zg'atuvchilar gematogen, kamdan-kam hollarda yuqoriga ko'tariluvchi yo'l bilan o'tadi. Birlamchi o'choq bodomsimon bezlarda.



karioz tishlarda va siydik va jinsiy organlarda bo'ladi. Tug'ruqdan so'ng esa infeksiya manbai bachadon ham bo'lishi mumkin.

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

O'tkir PN homiladorlar va tug'uvchilarda birdan boshlanadi: tana harorati oshishi, qaltirash, intoksikatsiya, adinamiya, til karash bilan qoplangan, quruq nafas, puls tezlashgan. Bunga yana mahalliy og'riqlar belda, qorinning yuqori qismiga tarqaluvchi, siydik yo'li bo'ylab, chov sohasiga, son, jinsiy lablar sohasiga tarqaladi, keyinchalik og'riqning kuchayishi intoksikatsiya belgilari o'sishi, gektik harorat, buyrak to'qimasida o'sib boruvchi destruktiv o'zgarishlar namoyon bo'ladi (apostematoz nefrit, buyrak karbonkuli). Yallig'lanish jarayoni buyrak kapsulasiga, buyrak atrofi to'qimasiga o'tishi mumkin. Kamdan-kam hollarda septik shok kuzatiladi. Ba'zan PN klinik belgilarsiz o'tishi mumkin, isitma, kaltirash, maxalliy og'riqlar bo'lmasligi mumkin. Asosan ayollarda kuzatiladi qaysiki homiladorlik vaqtida antibakterial terapiya o'tkazilgan bo'ladi.

Ayrim hollarda o'tkir PN o'tkir appenditsit, o'tkir xolesistit belgilariga o'xshash bo'lganligi uchun diagnostik, taktik xatolarga olib kelishi mumkin. Tug'uvchilarda PN tug'ruqdan keyingi birinchi kunlarda tug'ruqdan keyingi kasallik sifatida (endometrit, metroflebit) baholanadi. Ba'zan PN genitaliyadagi tug'ruqdan keyingi infeksiyon kasallik bilan birga keladi.

Zamonaviy sharoitda surunkali PNning homiladorlik vaqtida qaytalanadigan yashirin kechki formasi bor. Surunkali PN simptomsiz bakteriuriya, piuriya belgilari bo'lishi mumkin. Homiladorlik vaqtida u 6- 8% barcha ayollarda uchraydi.

### **Homiladorlik va tug'ruqning kechishi.**

PN homiladorlik kechishiga, homila holatiga noxush ta'sir ko'rsatadi. Preeklampsiya 40% hollarda kasallarda, perinatal o'lim 25-50% ni tashkil etadi. Yangi tug'ilganlarda ichki infeksiyalanish belgilari topiladi. Ular tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasallikka duchor bo'ladi. Ba'zi bolalar tug'ma vezikulalar bilan tug'iladilar, lekin birortasida tug'ma PN bo'lmaydi.

### **PN formasi bo'yicha 3 darajaga bo'linadi:**

1. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida yuzaga keladigan o'tkir PN.
2. Surunkali PN bilan kasallangan homiladorlar.
3. Yagona buyrak pielonefriti gipertenziya yoki azotemiya bilan.  
1-2 xavfli guruhda homiladorlik muddatini oyida 2 marta siydik holatini kuzatish sharti bilan va nefrolog nazoratida bo'lishi bilan uzaytirish mumkin.  
3-darajada homiladorlik taqiqlanadi, chunki birdan ayol ahvoli yomonlashishi mumkin.

### **Gospitalizatsiyaga ko'rsatma:**

1. Homiladorlik asorati yuzaga kelganda.
2. Homiladorlik turli muddatida PN ning qo'zishi.
3. Kritik muddatlarda (22-28) buyrak funksional holatini aniqlash va tekshirish maqsadida.

#### 4. Homila gipoksiyasi va gipotrofiyasi.

Urologik operatsiyaga ko'rsatma bo'lganda, avval operatsiya qilinadi, keyin homila holati aniqlanadi. Homiladorlikni to'xtatish buyrakdagi yiringli jarayonlar kechishini yaxshilaydi. Davo buyrak funksiyasi tiklanishiga qaratilgan. Asosiy e'tiborni PN bilan kasallangan ayollarda homiladorlik asorati profilaktikasiga qaratish kerak., A/B dinamikasini kuzatish, tana vaznini, bachadon tonusini, homila holatini kuzatish, muddatiga yetmagan homiladorlik profilaktikasini o'tkazish. Pretoksikoz belgilari yuzaga kelishi bilan preeklampsiya faol profilaktikasini o'tkazish, diurez stimulyatsiyasi, ayollar konsultatsiyasida PN qo'zishi profilaktikasini o'tkazish kerak. O'tkir PN da qon tahlilida leykotsitoz, neytrofillarning chapga siljishi, gipoxrom anemiya, SOE oshishi bilan karakterlanadi. Surunkali PNda o'tkir jarayonning faollashishi PNga nisbatan davrida qonda kam o'zgarishlar bo'ladi, lekin anemiya yaqqol ifodalangan.

#### Qonni bioximik tekshirganda.

LEYKOTSITURIYA (piuriya) - 6-8 leykotsit aniqlansa, u infeksiya ko'rsatkichi bo'lib hisoblanadi. O'tkir PNda piuriya kuzatiladi, buyrak kortikal qavati yallig'lanish jarayoni lokalizatsiyasida aniqlanmasligi yoki siydik yo'li bo'ylab siydik passaji buzilishi kuzatiladi. Piuriya fakat PNda emas, balki siydik yo'llarining boshqa qismi yallig'lanishida, buyrak allergik kasalliklarida - glomerulonefrit, lipoid nefrozda kuzatiladi.

Leykotsituriya manbaini aniqlash uchun siydikni porsiyaga tekshirish zarur (3 stakanli sinama).PN tashxisida siydikdagi shaklli elementlar miqdori asosiy ahamiyatga ega.Hozirda Nechiporenko usuli qo'llanadi(1 ml siydikda shaklli elementlar miqdori).

Tekshirish uchun siydikning o'rta bir martalik porsiyasi olinadi. Nechiporenko bo'yicha sog'lom homilador ayollar 1 ml siydigida 1000 eritrotsit, 2000 leykotsit bo'ladi. Ko'p yillik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, 1 ml siydikda shaklli elementlar normal miqdori 2000 eritrotsit, 4000 leykotsit, 100 silindr bo'ladi. PN diagnostikasida siydikni bakteriologik tekshirish asosiy rol o'ynaydi. Bunda qo'zg'atuvchi turini, bakteriuriya darajasi, antibiotiklar sezgirligi aniqlanadi.

Siydik yo'li infeksiyasi uchun bakteriuriya karakterli. U 1 ml siydikda mikroob hujayralari 100 000 oshiriladi. Tug'rukdan keyingi PNda bakteriuriyaning past darajasi homiladorlik vaqtida, asosan oxirida boshlanishi mumkin va keyin antibakterial terapiya o'tkazilgan.

#### O'tkir PN davosi

Maxsus parhez talab qilmaydi. Osh tuzi chegaralangan, ko'p suyuqlik ichish - kuniga 2 l gacha (shish bo'lmaganda). O'simliklardan tayyorlangan antiseptiklar, siydik haydovchilar, buyrak choyi, klyukvali mors, petrushka, polevoy xvosh foydalidir.Medikamentoz terapiyada preparatning ko'tara olish, buyrak funksional holati. og'irligi, yallig'lanish jarayoni, bosimi, qo'shni kasalliklar miqdori. allergik anamnez, homilaga noxush ta'siri yoki ona sutiga dori preparatlarining qo'shilishini hisobga olish kerak. Buyrak funksiyasi pasayganda preparat dozasi 2-4 marta kamaytirilgan bo'ladi. Allergik reaksiyalarning medikamentlarga nisbati oshishi, homila holatiga dori vositalariningni qo'llashni chegaralash kerak.

### **Uroantiseptiklarni quyidagi hollarda tavsiya etish mumkin:**

- Siydik ajratish sistemasi holati funksiyasi yaxshilanishi maqsadida surunkali PN bilan ogʻrigan ayollarni homiladorlik oldi holatiga tayyorlash.
- Homiladorlarda PNni davolashda, homiladorlikning erta muddatlaridan boshlash.
- Homiladorlikning kritik davrlarida PN qoʻzishi profilaktikasida.
- Buyrak funksional holati buzilishi bilan bogʻliq homiladorlik asorati profilaktikasida. Siydik-tosh kasalligini davolashda, qoʻzish profilaktikasida.



#### **14- rasm: Homiladorlikdagi shishlarni aniqlash.**

I- uch oylikda tabiiy va yarimsintetik penitsillindan foydalanish mumkin. II va III uch oylikda yoki tugʻruqdan keyin keng spektrga ega antibiotiklar vositalarni qoʻllash mumkin (aminoglikozidlar, sefalosporinlar uroseptik).

**Tugʻruqdan keyingi davrda aminoglikozidlar bilan toʻla davolash** vaqtida koʻkrak bilan emizishni toʻxtatish, bu preparatlar sutga oson kirib katta kontsentratsiyada saqlanadi.

**Ampitsillin** siydik yoʻllari infeksiyasida qoʻllaniladi: esherixiyalar, proteylar, enterokokklar. Ampitsillinning oʻrtacha sutkalik dozasi 2,0-3,0g ni tashkil etadi (0,5-,75 g dan kuniga 4 marta mg). Ampiksni ham ishlatish mumkin - 0,5 g dan kuniga 4 maxal mg.

**Karbentsillin** – koʻk yiringli tayoqcha va turli xil proteylar munosabatiga faoliyat koʻrsatadi. Sutkalik doza-4,0-8,0 g (1,0-2,0g xar 6 soatda mg. Yuqoridagi antibiotiklar bilan davolash kurs davomiyligi 7-10 kun.

**Sefalosporinlar** - (sefamed,seftazon, sefamizin, sefuroksim) gramm manfiy va gramm musbat mikroblarga taʼsir qilishda yuqori effektivlikka ega. Ular v/I va m/o yuboriladi. (0,5-1,0 g dan 3-4 marta sutkasiga) Davolash davomiyligi - 4-8 kun.

**Aminoglikozidlar** - (gentamitsin, merkasin) gramm manfiy va gramm musbat mikroorganizmlarga keng spektrda taʼsir koʻrsatadi. Koʻk yiringli tayoqchaga nisbatan yuqori aktivlikka ega. Aminoglikozidlarni tavsiya etish bilan birga ularning ototoksik va nefrotoksik taʼsirini hisobga olish kerak. Kurs davomiyligi 5-7 kun.

**Gentamitsinning** sutkalik dozasi 0,12-0,16g (0,04 3 marta yoki 0,08g sutkasiga 2 marta m/o).

Birinchi uch oylikda buyrakni ultratovush tekshirganda oʻtkir PN belgilari kuzatilsa yoki xromotisto skopiyada buyrak ajratish funksiyasi buzilgan boʻlsa, homiladorlik toʻxtatiladi. Bunday kasallar tashxisni aniqlash va kerakli terapiyani oʻtkazish uchun urologik nazorat ostiga olinadi. Buyrak yetishmovchiligi yoki kechki toksikozning ogʻir formalarida homiladorlik II uch oylikda toʻxtatiladi yoki III uchoyligida vaqtidan oldin tugʻdiriladi. II uch oylikda homiladorlikni toʻxtatiladi.

Siydik sistemasi kasalligi boʻlgan homiladorlar doimiy nazoratda boʻlishi kerak. Ona buyragida oʻtkir va surunkali infeksiyon jarayonning taʼsiri homila va chaqaloq holati homila ichi gipoksiyasi, homila ichi infeksiyasi, gipotrofiya, oʻlik tugʻilish va erta bolalikdagi oʻlim kabi asoratlarga sabab boʻlishi mumkin. Homila holati uning davomiyligiga, onada kasallikning ogʻir kechishi va preeklampsiasiyani qoʻshilishiga bogʻliq.

PN ni oʻtkazgan onalarda chaqaloqlarda infeksiyalanish belgilari kuzatiladi. bu ogʻir holat, nafas yetishmovchiligi belgisi, nevrologik statusning oʻzgarishi, tana vaznining yoʻqotilishi namoyon boʻladi. PNni boshidan kechirgan ayollar tugʻruqdan keyin yoki tugʻruqxonadan chiqqandan keyin ayollar maslahatxonasi hakimi nazorati ostida boʻladilar. Ayollar maslahatxonasi terapevti dispanser kuzatuvga oladi, bu haqida uchastka terapevtiga, tuman urologiga va nefrologiga xabar beradi. Shu tarzda buyrak kasalliklari boʻlgan ayollarda kuzatish: tuman poliklinikasi - ayollar maslahatxonasi-tugʻruqxonayaollar maslahatxonasi - tuman poliklinikasi.

### **Anemiya**

Temir yetishmovchiligi anemiyasi - bu juda keng tarqalgan kasallik boʻlib, yer sharining 25 % aholisi zararlangan. Koʻpincha temir tanqisligi anemiyasi bilan yosh bolalar (oʻsish davrida) qiz bolalar jinsiy balogʻatga yetish davrida (hayz qoni ketishi oqibatida), homiladorlar kasallanadilar. JSST maʼlumotlariga koʻra homilador ayollarning 80-90 % kamqonlik bilan ogʻriydi. Oxirgi 10 yil ichida kamqonlik kasalligi 6 martaga oshgan. Temir yetishmovchiligi anemiyasi homilador ayollarda ham ona va bola uchun koʻp asoratlar keltiradi. Preeklampsiya, homiladorlikni koʻtara olmaslik, homilaning ona qornida surunkali gipoksiyasi, homila rivojlanishining orqada qolishi, tugʻruq kuchlari anomaliyasi va boshqalar shular jumlasiga kiradi.

Kamqonlikning rivojlanishi homilador ayollarda jigar patologiyasining sababi boʻlishi mumkin. (surunkali gepatit, gepatoz). Homiladorlikgacha kamqonlikning sabablari hayz siklining koʻp miqdorda boʻlishi (giperpolimenoreya, bachadon miomasi. adenomioz ), oshqozon - ichak traktidan qon ketishlar ( gastrit, oshqozon va 12 barmokli ichak yara kasalliklari, venalarning varikoz kengayishi, gemorroj ) va shu bilan birga temir moddasining oshqozon ichak traktidan yaxshi soʻrilmasligi oqibatida kelib chiqadi.

Baʼzi hollarda temir yetishmovchiligi kamqonligi surunkali toʻyib ovqatlanmaslik va och qolishlar oqibatida yuzaga keladi.

## TEMIRNING ORGANIZMDA AYLANISHI.

Temir inson organizmida keng tarqalgan element bo'lib, u kislorodni tashishni ta'minlaydi, oksidlanish jarayonlarida, immunoglobulinlar sintezida ishtirok etadi. T - limfositlarning soniga va funksional tarkibiga ta'sir qiladi. Temirning 2 xil turi tafovut qilinadi. Ekzogen (alimantar) - faqat ovqat bilan organizmga tushadi. Endogen temir-organizmda saqlanadigan (gemoglobinda, mioglobinda, To`qima fermentlarida, plazmada, jigarda, taloqda, suyak ko`migida).

Odam organizmdagi gemin va nogemin birikmalarida 4 gr. dan 5 gr. gacha temir saqlanadi. Gemin birikmalarida ko`proq, 3000 mg gemoglobinda, hujayralarning nafas fermentlarida esa 25 mg saqlaydi. Shu vaqtning o`zida nogemin birikmalar 1500 mg temir saqlaydi. Temir boshqa mikroelementlar kabi organizmdan unchalik katta bo`lmagan miqdorda ajraladi (1-1,5 mg ), qaysikim, endogen almashinuv to`liq temir hisobidan kechadi. Gemoglobinda saqlanadigan, suyak ko`migida qarigan eritrotsitlardan foiz qolish destruktiviyasi tufayli va gemoliz makrofaglar tomonidan amalga oshadi.

Gemoglobinning parchalanishi esa 2 yo`nalishda - temir tutadigan va tutmaydigan mahsulotlardan hisoblanadi. Gemoliz bilan bir vaqtda yangi eritrotsitlardan shakllanishi kechadi. Temir gemoglobinni sintezi uchun kerak bo`ladigan eritrotsitlarni ta'minlaydi. Temirning sutkalik yo`qotilishini minimal bo`lib va u ichak epiteliy hujayralarida, teri qoplanishining deskvamatsiyasi va uning ortiqlarining (soch, tirnoq) ko`chishi, mikroelementning kichik miqdori ter, siydik orqali chiqarilishi bilan bog`liq. Temirning ajralgan o`rtacha umumiy miqdori 1 mg ni tashkil etadi, ammo ayollar reproduktiv davrda hayz ko`rinishi 2 martaga oshadi.

Temir qanday yo`qotilgan bo`lmasin uni albatta kiritish kerak. Bu temirni ovqat bilan tushishi orqali amalga oshadi. Har kuni organizmga aralash ovqat orqali 20-30 mg. temir tushadi. Uni qayta ishlash va ikki valentliga o`tishi asosan oshqozon ichak traktidagi har xil kislotalar ta'sirida kechadi.

Rezorbsiya uchun tug`ri keladigan temirning 12 barmok ichak va ingichka ichakning yuqori qismi ma'lum bir miqdorini so`radi, lekin shunda ham faqat 10-15 % temir qonga o`tib transferrin bilan bog`lanadi. Uning ko`p qismi ichak epiteliy hujayralarida saqlanib qolib tashqariga chiqariladi. Organizmga tushgan temirning so`riladigan miqdori 1-2 mg. Temirga bo`lgan talab homiladorlikda oshadi, masalan: homiladorlikda uning rezorbsiyasi sutkasiga 3-4 mg. ga oshadi. Temir metabolizmi murakkab jarayon bo`lib, undan to`planishi, sarflanishi transport yemirilishi va qayta ishlatilishi bilan kechadi. Temir globulin transferrin bilan bog`lanishiga ega, qaysikim jigarda sintezlanadi. Transferrin vazifasi temirni berish va transport qilish va spetsifik bog`lash xususiyatiga ega: u suyak ko`migida temir almashinuvida aktiv ishtirok etadi. Retikulotsit hujayra sistemasi va eritroblastlarretseptori bilan bog`lanib, 3- valentli temirni bo`linishi va tashkillashtirishida muhim rol o`ynaydi. Temir zaxirasi asosan jigar, taloq va suyak ko`migida joylashgan. Temir zaxirasi 2 xil ko`rinishidagi kogemli birikmalardan iborat: birinchidan cruvchi ferritin oqsil molekullari kompleksiga kiradi. temirni to`qimalarga kirishi. talabga binoan oson va labil amalga oshadi. Ikkinchidan erimaydigan gemosidirin, u jigarning Kupfer hujayralarida, suyak ko`migida,

makrofaglarda to'planib, zaruriyat bo'lganda asta-sekin ishlatiladi. Temir zaxirasini umumiy miqdori 1500 mg. U gemopoez va temir kontsentratsiyasini tutib turish uchun mo'ljallangan bo'ladi. Zaxira doim temirni fiziologik gemolizi va ichakdan tushib turishi hisobiga to'lib turadi.

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

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

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

Homila shakllanishi uchun- 300 mg

Kindik , platsenta uchun- 100 mg

Bachadonning 20 marotaba kattalashishi uchun- 50 mg

Tananing shaxsiy talabi uchun -170 mg.

Eritrotsitlar massasining oshishi uchun - 450 mg.

Umumiy hisobda - 1070 mg.

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

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

Normal fiziologik kechuvchi homiladorlikda ayol organizmida qator asosiy o'zgarishlar ro'y beradi. Ayol massasining umumiy og'irligi o'rtacha 10-12 kg oshadi, buning 75 % hamma vazni va h.k. Platsenta og'irligi, qog'onoq suvlar undan tashqari AYUUQH hajmi oshadi. Bu homiladorlikning 1- trimestridan boshlanadi va eng ko'p oshishi 34-36 haftalarda kuzatilib, homiladorlikning

oxirida AYUUQH o'rtacha boshlangich miqdorining 40-50 % dan yuqori bo'ladi, bunda 74 mlg/kg tana vaznini tashkil etadi, bu 1,5 l. ga homilador bulmagan ayol vaznidan ko'p bo'ladi.

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

Tomirlar ichidagi zardob miqdori ham 2,5 dan to 3,8 l gacha 40 haftada ko'tariladi, aylanadigan eritrotsit hajmi esa bu davrda 1,4 dan 1,65 gacha ko'tariladi. Buning natijasida gidremiyaning fiziologik fenomeni kuzatiladi yoki qo'shilgan anemiya kuzatiladi. Bu esa gemoglobin va gemotokrit kontsentratsiyasining pasayishiga olib keladi. Shuni ta'kidlash kerakki, homiladorlik paytida qonning suyulishi bu ona va homila o'rtasida platsenta orqali organik moddalar, elektrolitlar, gazlar almashinishini yaxshilaydi.

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

**Klinikasi:** Temir tanqisligi anemiyasining darajasini gemoglobin miqdori bilan aniqlaydi. yengil: gemoglobin 110-90 g/l, o'rtacha: 89 dan 70 g/l., og'ir: 69 g/l. Klinik darajasi odatda o'rtacha og'irlikda ko'rinadi. Kamqonlikning yengil formasida homilador ayol hech qanday shikoyat qilmaydi va faqat laborator tekshirishlarda ko'rish mumkin. Masalan: temir tanqisligi anemiyasini homiladorlikning 2 trimestrida diagnostika qilish mumkin.

**TTA diagnostikasi:** Homiladorlik davrida TTA ni aniqlashda eng qulay usul laborator tekshirish hisoblanadi. JSST ning ma'lumotiga ko'ra homiladorlarning TTA asosiy kriteriyalari bo'lib: gemoglobin miqdori – 110 g/l va past, eritrotsitlar miqdori  $3,5 \times 10 - 12$  g/l, rang ko'rsatgichi 0,85 dan past, gemotokrit 0,33 past, zardobdagi temir miqdori 12,5 mmol/l dan past. TTAsi boshqa anemiyalardan shundan farqlanadigan, unda asosiy ko'rsatgichlari bo'lib, rang ko'rsatgichlarining pasayishi, eritrotsitlarning gipoxromiyasi, zardobdagi temirning pasayishi qon zardobidagi temir bog'lash xususiyatining yuqoriligi hamda klinik giposideroz belgilari bo'ladi.

Ma'lumki, gipoxrom anemiyada eritrotsitlarning morfologiyasi o'zgaradi, ular turli shaklda (poykilotsitoz), bir xil razmerda bo'lmasligi (anizotsitoz), qon surtmasida kichik hujayralar (mikrotsitoz) kuzatiladi (o'rtacha eritrotsitlarning hajmi 80 mkm, eritrotsitlarning kam muddat yashovchi poykilotsitlari va anizotsitlar qizil qon tanachalarning elektrolit balansi buzilishi natijasida va spektrin oqsilining membrana strukturasi buzilishlaridan kelib chiqadi. Retikulotsit miqdori normada (1,2 %) yoki bir oz ko'tarilgan bo'ladi. Suyak ko'migida TTA da gipoxromiya va eritrotsitlarning mikrotsitozi kuzatiladi. Zardobdagi temirni aniqlash katta diagnostic ahamiyatga ega. Aniq javobni olish uchun 5-7 kun temir preparatini qabul qilish kerak. 5-7 kungacha esa temir preparatlarni qabul qilishi kerak emas.

Chunki bu davrda tekshirish uchun qon olinadi. Temir tanqisligi anemiyada (TTA) zardobdagi temir miqdori 12,5 mkm. g/l ga teng bo'ladi.

Temir tanqisligi anemiyasining yashirin ko'rinishida kasal o'zini yaxshi sezadi. Gemoglobin eritrotsiti normada, bu ko'rsatgichga ferritin dinamikasi ta'sir etmaydi. Latent temir tanqisligining yuqori progressiyasida gemoglobin miqdori

kamayadi. TTA si rivojlanadi. TTA sida temir o'zgarishlaridan tashqari oqsil almashinuvida ham o'zgarish bo'ladi.

Gipoproteinemiya faqat og'ir anemiyada kuzatiladi. Yengil va o'rta anemiyada esa gipoalbuminemiya disproteinemiya bilan birga kuzatiladi. Bu vaqtda A va B fraksiya hisobiga globulin miqdori oshadi. Bu esa homilador ayolda immunologik statusining o'zgarganligini ko'rsatadi.

Kasallikning og'ir holatida yuqori gipoalbuminiya, gipoproteinemiyaning yuqori bo'lishi homiladorlarda shishning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

### **Temir tanqisligi anemiyasini davolash.**

TTA oson va tez davolanadi. Agar davolash to'g'ri tanlangan bo'lsa, natija 2-3 haftadan keyin ko'rinadi. TTA kompleks terapiya. Ovqat rejimi bilan yangi dori vositalarni birga qullash bilan birga olib boriladi. Ovqat tarkibida 2-xil temir bor, gemga tegishli bo'lgan va gemga tegishli bo'lmagan. Gemga tegishli bo'lgan temir va mioglobin asosini tashkil qilib, go'sht va baliq tarkibida bo'ladi. Bular ovqat tarkibida kam bo'lishiga qaramasdan so'riladigan temirning asosiy qismini tashkil etadi. Gemga bog'liq bo'ladigan temir barcha o'simlik mahsulotlari tarkibida bo'ladi. Askorbin kislotasi temirni so'rilishini yaxshilaydi. Ovqatdan keyin choy ichish temir so'rilishini pasaytiradi. Temir so'rilishini yaxshilaydigan asosiy mahsulotlarga go'sht va jigar kiradi. Bu vaqtda jigar xom va yarim xom yeyish shart emas, chunki jigardagi temir mahsulot qovurilgan yoki qaynatilgan bo'lsa ham yaxshi so'riladi: olma, sabzi, lavlagi tarkibida metalning ko'p bo'lishi kasallik tez davolanadi degan fikrga asos bo'lolmaydi. Hayvon va o'simlik mahsulotlaridan tarkib topgan ovqat tarkibida gem shaklidagi va temirning 2-valentli va 3-valentligini saqlaydi. Ammo bulardan faqatgina gem shaklidagi va temir 2 ning ko'rinishidagilar so'riladi. Temirning so'rilishi hamma mahsulotlarda bir xil. Go'shtdan 12 - 18 % jigardan 5-11 %. Tuxumdan, nondan, karamdan va loviyadan 13 %. Hozirgi vaqtda temir tanqisligi anemiyasini davolash temir preparatlari bilan olib boriladi. Aytib o'tish kerakki, gemotransfuziya kasallikning asosiy patogenetik davosi hisoblanmaydi. TTA da B<sub>12</sub>, B<sub>1</sub>, folat kislotasi, preparatlari noratsional qo'llash temir preparatlarining terapevtik effektivligini oshirmaydi.

Temir preparatlarini oral qo'llash qulay, terapevtik effekt parenteral qo'llagandan sekinroq, lekin parenteral qo'llaganda qo'shimcha ta'sir ko'proq uchraydi va og'irroq kechadi. Allergik reaksiya, infiltratning paydo bo'lishi, kechroq organizmda temirning to'planishi holatlari kuzatiladi. Temir preparatlarini faqat aniq diagnoz qo'yilgach qo'llash kerak. Umumiy qon tahlili, zardobdagi temir konsentratsiyasi va zardobning temirning bog'lash xususiyati bo'lishi kerak. TTA ni davolashda Fe ni oshirish uchun 300 ml/g - 100 ml/G/g 1 sutkada temir tushishi kerak. Normaga nisbatan temir so'rilishi 25-30 % ni tashkil qiladi. Agar temir zaxirasi 37 % bo'lsa, shuning uchun sutkasiga 100 mg - 300 mg. gacha temir 2-valentligi tavsiya qilinadi.

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



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

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

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

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

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

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

b) sirop 2 choy qoshiqda 2 mahal ovqatgacha beriladi. tomchi holda esa 15 tomchidan 2 mahal ovqatdan keyin beriladi.

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

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

Bu preparatlar vrach tomonidan buyurilib, ichish davomiyligi esa anemiyaning darajasiga va preparatning turiga qarab tavsiya yetiladi.

TTA profilaktikasi homilador ayollarda anemiyaning va temir tanqisligining (yashirin yoki aniq) ko'p uchrashishi e'tiborga olgan holda profilaktika katta ahamiyatga ega. Anemiyaning paydo bo'lishi xavfi katta bo'lgan ayollarda profilaktika juda zarur. Bularga quyidagi ayollar kiradi.

- oldin anemiya bilan kasallanganlar;
- surunka infeksiyon kasalligi bor (jigar, buyrak va boshqalar);
- ko'p tug'ganlar
- I trimestrdagi gemoglobinni 100 g/l bo'lgan homilador ayollar;
- Ko'p suvli homilador ayollar;
- preeklampsiyasi bor homilador ayollar;
- yillar davomida giperpolimenoreyasi bo'lgan ayollar.

Profilaktika quyidagicha: past dozadagi temir dori vositalari (1-2 tab. kuniga) 4-6 oy davomida homiladorlikning 12-14 haftasidan boshlab davolash 2-3 hafta olib boriladi, 2-3 haftada dam olib TTA profilaktika qilish yangi tug'ilgan bolalarda yuqori temir zaxiralarning bo'lishiga va ko'krak yoshidagi bolalarda temir tanqisligining oldini olishga yordam beriladi.

#### **Oliy toifali hamshiraning o'rni**

Bemorga pielonefritda statsionar rejim belgilangan keyin, undan siydik tahlili olinib, siydik miqdori, bioximik o'zgarishlar, leykotsitlar miqdori takshiriladi. Bemorda Zimnitskiy, Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usullari bilan tekshiruv olib boriladi. Siydik yo'li infeksiyasi uchun bakteriuriya xarakterli. U 1 ml siydikda mikroblar hujayralari 100 000 oshiriladi. Tug'ruqdan keyingi PNda bakteriuriyaning past darajasi homiladorlik vaqtida, asosan oxirida boshlanishi mumkin va keyin antibakterial terapiya o'tkazilgan.

Osh tuzi sog'lom homilador ayollarda beriladigan sutkalik miqdorda berilishi kerak. Buyrak sanchig'ida spazmolitiklar va og'riq qoldiruvchi vositalar: infeksiyaga 2 ml 2 %li papaverin gidroxlorid, 2 ml noshpa, 0,1%li 1 ml atropin sulfat tavsiya yetiladi.

### **Amaliy ko'nikamalar**

**Zimmiskiy usulida siydik yig'ish.** Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00' gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1015 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funksional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi.

**Nechiporenko usulida siydik yig'ish.** Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Siydik bir kecha-kunduz davomida xohlangan vaqtda yig'iladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Tahlil uchun 2—3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqqligida laboratoriyaga jo'natiladi.

### **QONDAGI GEMOGLOBIN MIQDORINI ANIQLASH**

Gemoglobinni aniqlash uchun belgilash maxsus pipetkaga barmoqdan qon olinadi, pipetkaning belgisigacha bo'lgan sig'imi 20 mm<sup>3</sup>. Qon Sali gemometrining alohida probirkasiga puflab tushiriladi. Gemometr kolorimetrlning eng oddiy xilidir. U shtativga o'rnatilgan ikkita kichkina probirkalardan iborat bo'lib, shtativning orqa tomoniga xira oyna qo'yilgan. Apparatning bitta probirkasida standart sutkali chunonchi gematin xloridning glitserindagi bir protsentli eritmasi bor; bu probirka ikkala tomonidan kavsharlangan. So'nggi vaqtda asboblardagi shu probirka o'rniga vaqt o'tishi bilan ranggi aynib ketmaydigan qo'ng'ir tusdagi shisha tayoqchalar qo'yilmoqda. Birinchi probirka bilan bir xil kalibrda bo'ladigan ikkinchi probirka bo'sh; uning devori 140 ga bo'lingan. Tekshiriladigan qon xuddi ana shu probirkaga solinadi. Pipetkadan qonni shu probirkaga tuflab tushirishdan oldin probirkaga 10 darajasigacha xlorid kislotaning detsinormal eritmasi qo'yiladi. Pipetka bilan aniq qilib o'lchangan qon pipetka uchini suyuqlik yuzasiga tekkizib turib va suyuqlikka havo kiritmaslikka harakat qilib, kislotaga tushiriladi (havo kirmasligi uchun so'nggi tomchini xlorid kislotaga damidan sal yuqoriroqda probirka devoriga puflab tushirish, so'ngra probirkani sal engashtirib, uni yuvib olish kerak. Probirkadagi qonni xlorid.

kislota bilan obdan aralashtirib 10 mint turg'izib qo'yiladi. Shu vaqt ichida gemoglobin xlorid kislota bilan birikib, gematin xloridga aylanadi va suyuqlik tusi jihatidan probirka yoki tayoqchanning rangiga o'xshaydigan, ammo ancha to'g'riligi bilan undan ajralib turadigan rangga kiradi. Shu muddat o'tganidan keyin probirkaga undagi suyuqliq rangi standart rangn bilan baravarlashguncha suv quyila boshlaydi. Ayni vaqtda yoki maxsus shisha tayoqcha bilan yoki probirkani chayqatish yo'li bilak suyuqlik aralashtirib turiladi. Tusining to'g'riligi standart bilan bir xil bo'lib qolgan suyuqlikning suyultirishdan keyingi satxi shishadan qarab belgilanadi; tegishli daraja gemoglobinining normada 100 deb qabul qilinadigan miqdoriga nisbatan protsent miqdorini ko'rsatib beradi. Gemoglobinni qonning kislorod sig'imiga qarab aniqlash eng to'g'ri yo'ldir. 1,33 sm kislorod 1 g gemoglobnnga to'g'ri keladi. Normada erkaklarda 100 ml qonda 13-16, ayollarda esa 12-15 g gemoglobin bo'ladi. Gemometrdagi standart, 100 raqami qo'yilgan darajasi 100 ml qondagi 16 g gemoglobinga to'g'ri keladigan qilib tayyorlangan bo'lishi kerak. Afsuski ishlab chiqarilayotgan gemometrlar juda xilma-xil, ko'pincha haddan tashqari to'q tusda bo'ladi. Shu munosabat bilan gemoglobin miqdori noaniq (ko'pincha juda past) chiqadi. Gemometrning ko'rsatishlarga «tuzatish» kiritish, qondagi gemoglobin miqdorining son qiymatlarini esa, grammlar bilan ifodalash kerak.

### Vaziyatli masala

Tug'ruq bo'limiga homiladorlik muddati 30 hafta bo'lgan, 30 yoshli ayol qabul qilindi. Tekshiruvdan keyin homiladorlik sababli qomining kattalashgani, QA-89sm, BTB-35sm, bachadon tubida yirik, noto'g'ri yumaloq shakldagi o'rta chiziqdan o'ngga og'gan, chap tomonda kichik qismlari, pastki qismda chegaralari tekis, konsistensiyasi zich, harakatchan yumaloq qismi kichik chanoq kirish tekisligi ekanligi aniqlandi. Homila yurak urishi yaqqol, ritmik 140 marta kindikdan pastga, o'ng tomonda eshitiladi.

### SAVOLLAR:

1. Sizning tashxisingiz?
2. Homila qaysi qismi bilan joylashgan?
3. Homila vaziyati va pozistiyasi?

### Anemiyada hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshira tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejalashtirilgan rejanı amalga oshirish	Natijalarnı baholash
<p><b>Shikoyatlari:</b> Bemorda ko'ngil aynishi, boshida muntazam og'riq, holsizlik, tezcharchash, rangi oqargan, ko'z oldi qorong'ulashuvi, ish qobiliyatining pasayishi.</p> <p><b>Epidemiologik anamnez:</b></p>	<p>Ko'ngil aynishi Bosh aylanishi Loqaydlik Ish qobiliyatining pasayishi</p>	<p>Ratsional ovqatlanishni tashkillashtirish</p> <p>Mehnat va dam olishni muvofiqlashtirish</p> <p>Jismoniy va ruhiy tinch holat yaratish</p>	<p>Homilador ayol kundalik taomlari vitaminlar, mineral moddalar va tabiiy mahsulotlardan iborat bo'lishi kerak. Doimiy ehtiyojga mos</p>	<p>Ayol ahvoli yaxshi. Homila yaxshi rivojlanyapti. Ayolning muammolari ijobiy hal qilindi.</p>

<p>Yaqin 6 oyda hech qanday muolaja olmagan.</p> <p><b>Anamnez morbi:</b> Bemor bu belgilarni turmushga chiqqandan keyin seza boshlagan.</p> <p><b>Obyektiv ko'rik:</b> Puls soni-70 ta Nafas-16 ta Arterial bosim 100/70</p> <p>Teri rangi oqargan, ko'z sklerasi rangpar. Kasbi: tikuvchi</p>		<p>Ayol holatini nazorat qilish</p>	<p>ovqatlanish.</p> <p>Ayolning ishlashini inobatga olib, unga kun tartibini tuzishga yordamlashish va dam olish afzalliklari va foydasi haqida ma'lumot berish</p> <p>Ayolda har qanday savol paydo bo'lsa yoki qandaydir o'zgarishlar bo'lganida, shifokorga murojaat qilishi aytiladi. 1 oyda 1 marta ko'rik uchun shifoxonaga kelishi aytiladi.</p>	
---	--	-------------------------------------	---	--

## Test

### 1. Kamqonlik nima?

- \*gemoglobin miqdori kamayishi
- trombositlar miqdori kamayishi
- eritrostitlar miqdori kamayishi
- gematokrit pasayishi

### 2. Uchinchi uch oylikda temir moddasiga bo'lgan sutkalik ehtiyoj qancha?

- \*160 gr
- 0,5-0,8 gr
- 2-2,5 gr
- 3-5 gr

### 3. Temir miqdorining sutkalik so'rilishi homiladorlarda qancha?

- \*3,0 gr
- 2,5 g
- 1,5 gr
- 5 gr

### 4. Anemiyaning yengil darajasida homiladorlarda profilaktik davolash?

- \*ambulator sharoitda temir preparatlarini qabul qilish
- 16 hafta. 26 hafta. 36 haftatada gospitalizastiya
- 32 hafta. 36 hafta. 23 haftatagada gospitalizastiya

**5. Anemiyasi bor bo'lgan homiladorlarda qon quyishga ko'rsatma?**

\*quyilmaydi

homiladorlikning erta muddatlarida gemoglobin 80 gr/l  
anemiya 2-3 chi darajasi tug'uruqqa tayyorlash paytida  
anemiya 1- darajasi+rezus manfiy qon

**6. Homiladorlikka qaysi buyrak kasaligi ko'p uchraydi?**

\*pielonefrit

glomerulonefrit

buyrak gidronefrozi

buyrak tushishi

**7. Qaysi buyrak kasalligida homiladorlikni to'xtatish kerak?**

\*glomerulonefrit nefrotik formasi

homiladorlik pielonefriti

pielostitit

buyrak tosh kasalligi

**8. Homiladorlikda qaysi kamqonlik ko'p uchraydi?**

\*temir yetishmovchilik

gipoxrom

B 12 yetishmovchilik

gipoplastik anemiya

**9. Temir yetishmovchiligi kamqonligiga xarakterli belgilar?**

\*yurak cho'qqisida sistolik shovqinning bo'lishi

bradikardiya

taxikardiya va sistolik shovqinning eshinishi

yurak cho'qqisida diastolik shovqin

**10. Temir yetishmovchiligi kamqonligi kasalligida homiladorlikda bo'ladigan asoratlar?**

\*yo'ldoshning vaqtidan oldin ajralishi

O'tkir buyrak yetishmovchiligi

Tug'ruqdan oldin suv ketish

homilaning qiyshiq yotishi

**11. Qaysi homiladorlik patologiyasini ayollar maslahatgohida davolash mumkin?**

\*anemiya yengil darajasi

homila to'shish xavfi

o'tkir pielonefrit

normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi yengil darajasi

**12. Tug'ruqlar orasidagi interval qancha bo'lganda kam qonlilik kuzatiladi?**

\*1 va 2,5 yil

2,5 yil 3 yil

3-4 yil

5 yil

**13. Pielonefritning qayta xuruji qaysi muddatlarda kuzatiladi?**

\*22 - 28 haftada

20 haftatagacha  
32-36 haftatagacha  
Tugʻruq paytida

**14. Buyrak kasalligida qanaqa asoratlar kuzatiladi?**

\*preeklampsiya  
muddatdan oldingi tugʻruq  
yoʻldoshning oldin yotishi  
homilaning notoʻgʻri yotishi

**15. Homiladorlarda siydikning sutkalik miqdori qancha?**

\*800,0-1100,0  
600,0-1000,0  
1800,0-2600,0  
2000,0-2200,0

**16. Normada soatlik siydik ajralishi qancha?**

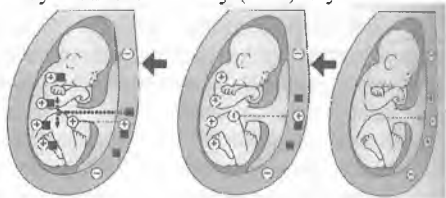
\*60 ml  
100 ml  
30 ml  
150 ml

**AKUSHERLIKDA REZUS- IMMUNIZATSIYA VA HOMILA  
GEMOLITIK KASALLIGI.**

**REJA:**

1. Rezus faktor haqida tushuncha.
2. Chaqaloqlar gemolitik kasalliga haqida tushuncha.
3. Antenatal davrdagi diagnostika
4. Chaqaloqlar gemolitik kasalligini davolash.

Rezusfaktor (Rh - faktor) – odam eritrotsitlarining tugʻma sinfiy xususiyati boʻlib, oʻzida rezusantigen (izoantigen) saqlaydi. Boshqa xususiyatlariga bogʻliq boʻlmay, avloddan avlodga beriladi va odam butun hayoti davomida saqlanadi. 85 % odam eritrotsitlarida boʻladi va Rezus - musbat (Rh - +) deb ataladi. Boshqa odamlar qonida boʻlmaydi va rezus manfiy (Rh- ) deyiladi.



**15-rasm:**

Rezus sistemasida turli xil antigenlar boʻlib, ularni aniqlashda maxsus zardoblar mavjud. Normada rezus antigenlariga tabiiy antitelalari uchramaydi. Biroq homilador ayol organizmida homila rezus faktor immunizatsiyasi yoki rezus musbat qonni rezus manfiy qonli retsipiyentga qoʻyish natijasida antirezusning toʻliq yoki notoʻliq formalarining immun antitelalari hosil boʻlishi mumkin. Mana

shunday immunizatsiyalashgan retsipiyentga rezus musbat qon quyganda eritrotsitlar buzilishi, reaksiyalar yoki asoratlar berishi mumkin.

«Rezus faktor» nomi makakus – rezus turidagi maymun nomidan kelib, chiqqan. 1940-yilda avstraliyalik olim Karl Landshteyner bilan (u 1990-yilda qon guruhini ochdi, 1930-yilda shu uchun Nobel mukofoti olgan). Amerikalik olim A.S. Viner mana shu maymun qonida rezus faktor nomli antigenni aniqlaydi. Odam eritrotsitlarida rezus faktor bo'lishi yoki bo'lmasligiga qarab ular rezus musbat (Rh +) yoki rezus manfiy (Rh - -) guruhga kiritiladi. Rezus odam hayoti davomida o'zgarmaydi. Qonning «rezus musbat» xususiyati dominant gen, «rezus manfiy» esa retsessiv gen hisoblanadi. «Rezus musbat» va «rezus manfiy» qonlar bir – biriga nomutanosib. Chunki «rezus manfiy» individual qoniga rezus faktor tushsa, antitela (immunreaksiya) hosil bo'lishi, u esa anafilaktik shokka olib kelishi mumkin. «Rezus manfiy» bemorlarga faqat «rezus manfiy» qonni, «rezus musbat» bemorlarga ham «rezus musbat» ham «rezus manfiy» qonni quyish mumkin. Rezus musbat faktorli erkak bilan rezus manfiy faktorli ayol turmush qurganda «rezus musbat» homila tug'ilishi ko'proq kuzatiladi. Homiladorlik davrida homila antigenining oz miqdori ham ona qoniga platsenta orqali o'tishi mumkin va antitelalar hosil bo'lishini chaqirishi mumkin. (asosan agar bolada patologiya bo'lsa). Birinchi homiladorlikda (ba'zan ikkinchisida ham) qonda ularning qon konsentratsiyasi nisbatan kam bo'ladi va homila bu antitelalarining hech qanday ta'sirini his qilmasdan rivojlanishi mumkin. Quyidagilar homiladorliklarda o'zgarishi mumkin: antitelalarning konsentratsiyasi oshib boradi, kam miqdorda bo'lgani uchun ular platsenta orqali homila qoniga erkin o'tadi va uning rezus – musbat eritrotsitlarini (gemoliz) va qon yaratuvchi organlarini zararlaydi. Buning natijasida bolada gemolitik kasallik paydo bo'ladi. Rezus nomutanosiblik barvaqt namoyon bo'lganda bola tashlashlarga yoki barvaqt tug'ruqlarga, o'lik bola tug'ilishiga sabab bo'ladi. Rezus nomutanosiblikka homiladorlikning 8-haftasida tahlil qilinadi va qonda rezus – antitelalar borligi aniqlanadi. Bu agar oldin abort, bola tashlashlar yoki qon quyish jarayonlari bo'lganda muhim hisoblanadi.

### **GEMOLITIK KASALLIKNING PATOGENEZI.**

Gemolitik kasallik yana antitelalarning homilaga platsenta orqali o'tishi natijasida rivojlanadi. Rezus antitelalar homilaning rezus musbat eritrotsitlar bilan reaksiyaga kirishib, ularni gemolizini chaqiradi. Rivojlanayotgan anemiya organizmning kompensator, reaksiyasini, gepatosplenolegamiya bilan ekstramedulyar qon yaratilishi o'choqlar hosil bo'lishini chaqiradi. Eritrotsitlarning parchalanishi mahsulotlari qizil qonning yosh, yetilmagan turlarini hosil qilishini stimullaydi. Homilada gemopoez buzilishi natijasida anemiya rivojlanadi. Gemolitik kasallikda sariqlikning paydo bo'lishi va kuchayishi va chaqaloq qonida bilvosita bilirubinning saqlanishi bilan bog'liq. Bilvosita bilirubinni bevosita bilirubinga aylantirishda jigarning faoliyati chegaralangan bo'lsa, eritrotsitning parchalanishi mahsulotlarini qayta ishlash uchun u yuklama hisoblanadi. Shuning uchun bilvosita bilirubin to'planishi kuzatiladi. U toksik xususiyatga ega va buyraklar orqali chiqarilmaydi. Uning toksikligi nafas fermentlari va fosforilanjish jarayonlarining yo'qolishi natijasida to'qima metabolizmining buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Jigarning temir bilirubin pigmentlari va rivojlanayotgan fibroz «qayta tiklanish» lari buziladi, u esa gipoprotenemiya, gipoalbuminemiya, tomir o'tkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Paydo bo'lgan yurak yetishmovchiligi va jigarning kattalashishi katta qon aylanishi sistemasida dimlanishga, suyuqlikning to'qima va bo'shliqlariga to'planishiga, anasarka rivojlanishiga olib keladi.

### **GEMOLITIK KASALLIK KLINIKASI.**

**Gemolitik kasallikning 3 xil turi bor:**

- 1) Gemolitik anemiya sariqliksiz va shishsiz
- 2) Gemolitik anemiya sariqlik bilan
- 3) Gemolitik anemiya sariqlik va shish bilan



Sariqliksiz va shishsiz gemolitik anemiya – kasallikning kam tarqalgan va yengil formasiiidir.

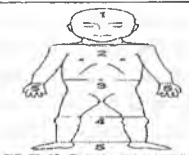
Uning asosiy simptomi – teri qoplamlarining rangparligi gemoglobin va eritrotsitlar soni kamligi bilan birga. Jigar va taloqning biroz kattalashishi petexial toshmalar aniqlanadi. Schvenzer (1953) fikricha, anemiya nafaqat gemoliz natijasida balki ilik funksiyasining tormozlanishi va undan yetilgan va yetilmagan eritrotsitlar chiqishining ushlanishi natijasida rivojlanadi. Gemolitik anemiya sariqlik bilan – gemolitik kasallikning og'irroq va ko'p uchraydigan formasidir. Asosiy simptomlari bo'lib, anemiya, sariqlik, gepatosplenomegamiya hisoblanadi. Og'ir hollarda markaziy nerv sistemasining zararlanishi simptomlarini kuzatish mumkin. Bola tug'ilgandan qog'onoq suvlarining, birinchi tug'ruq moylari, teri qoplamlarining, kindik tizimchasining sariq rangda bo'lishi diqqatni tortadi. Gemolitik anemiya sariqlik va shish bilan (universal shish) – gemolitik kasallikning og'irroq turidir. Universal shishli bolalar ko'pincha o'lik tug'iladi yoki tug'ilgandanoq o'ladi. Faqat oxirgi yillarda yengil formasining davolanishi haqida ma'lumotlar berildi. Kasallikning eng yaqqol simptomlari bu – shish, anasarka, astit, anemiya, yaqqol sariqlik, gemodinamik buzilishlar (gipervolemiya, venoz bosimining oshishi, katta va kichik qon aylanish doirasida dimlanish, o'pka – yurak yetishmovchiligi) dir. Ko'pincha kasallikning bu formasida gemorragik sindrom kuzatiladi. Kasallikning klinikasi yaqqol bo'lishiga qaramasdan, uning formalari orasida aniq chegara ajratish qiyin. Gemolitik kasallikning turli formalariga qarab quyidagi 3 tur og'irlik darajasi farqlanadi: yengil, o'rta va og'ir. Kasallikning og'irligi tug'ruq vaqtidagi shish, sariqlik va anemiya kabi asosiy simptomlariga qarab aniqlanadi. Bolaning ahvoli 1-3 ball bo'lsa, kasallikning yengil formasi, 4-6 ball – o'rta, 7-9 ball – og'ir formasi hisoblanadi.



## GEMOLITIK KASALLIKNING OG'IRLIK DARAJASINING KO'RINISHLARI:

Asosiy klinik belgilari	Gemolitik kasallikning og'ir darajalari		
	I	II	III
Anemiya (kindik tizimchasi qonida gemoglobin miqdori)	150 (15,2%)	149-100 (15,1-10,0%)	100 (10%)
Sariqlik (kindik tizimcha qonida bilirubin miqdori, mk mol/l)	85,5 (5,0mg%)	85,6 – 136,8 (5,1 – 8,0 mg%)	136,9 (8,1mg %)
Shish sindromi	Teri osti yog' klechatkasi shishi	Shish va astit	Universal shish

Gemolitik kasallikning og'irligi bola chala tug'ilish darajasi bilan ham aniqlanadi, chunki bu holda bolaning hayoti xavf ostida bo'ladi. Chala tug'ilishning 3 ta darajasi bor. 37-38 haftalik bola tug'ilishi I daraja, 35-36 haftalik II daraja, 33-34 haftalik III daraja hisoblanadi. Bu tug'ruq bilan bog'liq kasallikning darajalari shartlidir, chunki kasallik og'irlik darajasini aniqlashda juda ko'p belgilar va tekshirishlar mavjud.

	1	2	3	4	5
Zardobdagi bilirubin mkm/l	100	150	200	250	>250

### Oliy toifali hamshiraning roli:

So'rab so'rishtirish.

#### *17-rasm: Kramer shkalasi*

Pasport qism: 1-bosqich – Bemor ayollarni tekshiruv – shikoyatlarini qayd qilish va kasallik anamnezini aniqlash, to'laqonli tekshiruv. Homiladorlik davrida tekshiruv uslublari.

- So'rov tizimi;
- Anamnez:

- Ko'rik.
- Akusherlikda bemorlarni tekshirish.

1. Ayolning anamnezini yig'ish.
2. Organ va sistemalarni ob'yektiv tekshirish.
3. Akusherlik tekshiruvi.
4. Qo'shimcha tekshirish.

**2-bosqich** Bemor ayol holatini baholash va muhtojliklarini aniqlash (hamshiralik tashxisining tuzilishi), ichki a'zolar tekshiruvi.

Homiladorlikning erta va kechki muddatlarida tashxis qo'yish. Homilador ayolni tashqi va ichki akusherlik tekshiruvi:

- Homilaning ahvoli,
- Holati,
- Joylashuv ko'rinishi.
- 3 bosqich– hamshiralik jarayon rejasini tuzilishi.
- 4 bosqich – hamshiralik jarayonning tashkil qilinishi va amalga oshirilishi.
- 5 bosqich– o'tkazilayotgan davolanish va hamshiralik aralashuvining samaradorligi tahlili.

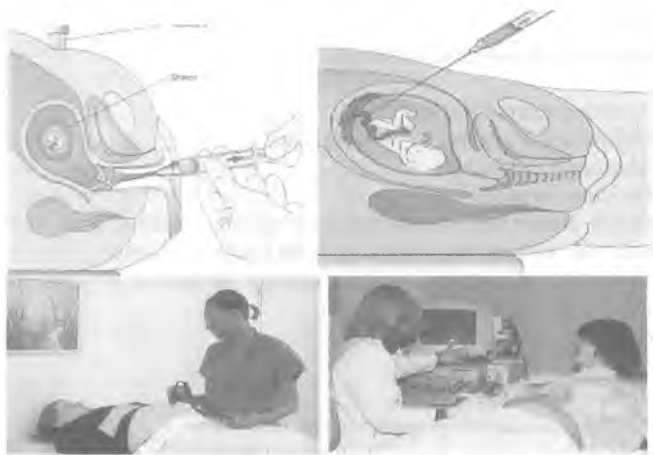
### ***ANTENATAL DAVRDAGI DIAGNOSTIKASI***

Homila va chaqaloqning gemolitik kasalligini diagnostika qilishda antenatal va postnatal davrlardagi o'tkazilgan klinik – laborator tekshirishlar kompleksi muhimdir.



***18-rasm: Homilador ayoldan qon olish.***

Hozirgi kunda qog'onoq suvlari, platsenta, homila holatini baholashda UTT dan foydalaniladi.



**19-rasm: Amniosentez texnikasi.**

Bola holati haqida eng yaxshi ma'lumotni qog'onoq suvlarini amniosentez orqali aniqlash beradi. Hozirgi kunda bu metod biroz xavfli, UTT orqali platsenta joylashishini aniqlash esa uning zararlantirish xavfini yo'qotadi.

Bunda bilirubin ko'rsatkich (qog'onoq suvlarining optik zichligini spektrofotometr orqali o'lchash yo'li bilan), homila qon guruhi, antelalar titri, oqsil miqdori va boshqalar aniqlanadi. Qog'onoq suvlarini amniosentez orqali olish mumkin va bu 2 yo'l bilan qilinadi: transabdominal va bachadon bo'yni kanali orqali. Transabdominal amniosentez UTT orqali platsenta lokalizatsiyasi va punksiya joyi aniqlangandan keyin qilinadi. Ignaning uzunligi qarab tanlanadi. 0,025% li novakain bilan taxminiy mahalliy anesteziya qilgandan keyin igna teri orqali kiritiladi. Ignaning amnionga o'tishda amniotik suyuqlik paydo bo'ladi; shpris bilan uning 10-15 ml so'riladi va igna olinadi. Amniosentezdan keyin qog'onoq suvlarining ko'payishi, qon ketish, xorionamnionit kabi asoratlar rivojlanishi mumkin. Ba'zida amniosentez tug'ruq faoliyatini rivojlantirishi mumkin. Shuning uchun operatsiyani ko'rsatma bo'yicha homiladorlikning 33-34 haftaligidan kam bo'lmagan davrda qilish kerak. Homilada gemolitik kasallik yo'q deb qaraladi. Bilirubinning zichligi 0,16-0,22 nisbat birlik bo'lsa, homilada kasallikning yengil formasi, 0,23 - 0,34 nisbat birlik bo'lsa, - o'rta formasi 0,35 - 0,7 nisbat birlik bo'lsa og'ir formasi bo'ladi. Bilirubinning optik zichligi 0,7 nisbat birlikdan katta bo'lsa homilada universal shish yoki uning ona qornida gemolitik kasallik natijasida o'lganligi haqida dalolat beradi. Takroriy amniosentez homila holatini dinamik tekshirishni va homiladorlikni uzaytirish yoki uni to'xtatishni hal qiladi

#### **Teri alloplastikasi**

Operatsiya quyidagi metod orqali bajariladi: er - xotinlarning chap qo'ltik ostidagi, V-VI qovurg'alar sathidan, aseptik sharoitda, 0,5 % li novakain bilan mahalliy anesteziyadan keyin bir vaqtda 2x2 sm o'lchamli, 3mm qalinlikdagi teri

olinadi. Eridan olingan teri ayolning o'sha mos keladigan sohasiga o'tkaziladi va ipak ip bilan fiksatsiyalanadi. Erining jarohati ipak ligaturalar bilan tikiladi va choklar 7-8 sutkalarda olinadi. Operastiyadan 7-15 sutkadan keyin yarim ayollarda antirezus antitelalar titri stabil qolishi, o'sishi yoki «sakrovchi» bo'lishi mumkin. Bu esa yaxshi natija emas. Erining allotransplantant terisi homiladorlikning kechishi va oqibatiga yaxshi ta'sir mexanizmi hozirgacha etarlicha aniq emas.

#### **CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGINI DAVOLASH.**

*-Homilador ayollar hamshira nazorati ostida bo'lishi kerak nazoratida bo'lishi kerak;*

*-Plazmotransfuziya va dezintoksikatsion terapiya.*

#### **FOTOTERAPIYA**



**22 –rasm: Gemolitik kasallik bilan kasallangan chaqaloq.**

#### ***Ko'krak suti bilan emizish***

Gemolitik kasallikni davolashda bolani to'g'ri ovqatlantirish katta ahamiyatga ega. Ona sutida rezus antitelalar bor va u bolaning hazm qilish traktidan so'rilishi mumkin. Ko'pincha rezus antitelalar sutda susayadi va 2-3 hafta davomida yo'qoladi. Bolani ko'proq sutiga rezus – antitelalarning sutdan yo'qolganidan keyin, 10-15 kun dan kam bo'lmagan muddatdan keyin o'tkazish mumkin. Ba'zan qonda antitelalarning titri yuqori bo'lganda, ularni sutda topish qiyin bo'ladi, chunki sut izoimmun zardoblar bilan eritrotsitlar aglyutinatsiyasini saqlash xususiyatiga ega. Ona suti bilan ovqatlantirishni sekinlik bilan boshlash kerak, boshida sutkasiga 2 marta, keyin bir marta qo'yib bir marta emizish, keyin esa doimiy emizish.



**23-rasm: Ko'krak suti bilan emizish.**

## Oliy toifali hamshira roli:

- Akusherlikda birlamchi yordamni ko'rsata olish kerak.
- Homilador ayol arterial bosimini o'lchash, nafas sonini sanash, bola yurak urishini eshitishi kerak.
- Shoshilinch holatlarda mustaqil tug'ruq qabul qila olishi kerak.
- Ona va bola holatini nazorat qilib turish zarur.
- Abort, bola tashlashlarni kamaytrish bo'yicha onalarga ko'nikmalar bilan tanishtirish

• Oilani rejalashtirish to'g'risida yosh oilalarga tushuntirishlar olib borish

### Vaziyatli masala

Chaqaloq 2-homiladorlikdan tug'ilgan 1- farzand. Onasining qon guruhi O (1) Rezus manfiy. Birinchi homiladorlik homila tushishi bilan yakunlangan. Chaqaloq tug'ilganiga 22 soat bo'lgan. Hamshira tanasining rangini Kramer shkalasi bilan baholaganda sariqlik ikkinchi darajasiga to'g'ri keladi. Bolaning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmagan. Onasining so'ziga qaraganda emishi bir oz sust

## Sizning hamshiralik tashxisingiz va taktikangiz.

### Rezus konfliktida hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><b>Bemor shikoyatlari:</b> Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, umumiy darmonsizlik, tez charchash.</p> <p><b>Epidemiologik anamnez:</b> Yaqin 6 oyda hech qanday muolaja olmagan.</p> <p><b>Anamnez morbi:</b> Ayolda 3-homiladorlik, birinchi va ikkinchi farzandlari sariqlik bilan tug'ilgan.</p>	<p>Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, darmonsizlik</p>	<p>Bemorga tinchlik va osoyishtalikni ta'minlash,</p> <p>Bemor holatini nazorat qilish.</p> <p>Homila holatini kuzatib turish. qonda antitelolarni tekshirish</p> <p>Yengil jismoniy mashqlar buyurish</p>	<p>Xona havosini shamollatib, palatada tinchlikni ta'minlash.</p> <p>Bemor A/B ni o'lchash, nafas sonini sanash, yurak urishini eshitish.</p> <p>Homila yurak urishini eshitish.</p> <p>Bemor holatiga qarab, unga yengil mashqlar bajartrish.</p>	<p>Bosh aylanishi va bosh og'rishi kamaydi.</p> <p>Harakatlari faollashdi.</p> <p>Bemor ahvoli yaxshilandi.</p>

<p><b>Obyektiv ko'rik:</b>  <i>Es-hushi joyida, savollarga aniq javob beradi, holati passiv, yurak urishi 75-80, nafas soni 18-20 ta, A/B 110-70, tana harorati 36,7</i></p>		<p><i>Shifokor buyurgan muolajalarni bajarish.</i></p>		
--	--	--	--	--

### TEST

1. ABO - ChGKda sariqlik qachon paydo bo'ladi?  
 \*hayotining 2-3 kuni  
 hayotining 8-10 kuni  
 hayotining 12-15 kuni  
 tug'ilgan zahoti
2. ABO-antigenlar konflikti bo'yicha ChGKga olib keladi?  
 \*ona qoni 0(I), bola qon i A(II)  
 ona qoni 0(II), bola qoni A(II)  
 ona qoni 0(I), bola qoni A(IV)  
 ona qoni 0(III), bola qoni A(II)
3. Rh-antigenlar konflikti bo'yicha ChGKga olib keladi?  
 \*ona qoni Rh (-), bola qoni Rh (Q)  
 ona qoni Rh (-), bola qoni Rh (-)  
 ona qoni Rh (Q), bola qoni Rh (Q)  
 ona qoni Rh (Q), bola qoni Rh (-)
4. Homiladorlikning qaysi muddatlarida antirezus-antitelo titri yuqori bo'lgan ayollarni gospitalizatsiya qilinadi?  
 \*10,28,36 hafta  
 8,24,32 hafta  
 16,28 hafta  
 8,16,28,24,32 hafta
5. Chaqaloqlar asfiksiyasining Xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasi asosida darajalarini ko'rsating?  
 \* yengil,o'rta , og'ir;  
 O'ta og'ir, o'rta, og'ir;  
 oq va ko'k asfiksiya;  
 hammasi noto'g'ri.
6. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi (ChGK) bu-  
 \*kasallik immunologik konflikt bilan xarakterlanish asosida homila ona qonining eritrotsitar antigenlar bo'yicha mos kelmasligi

qonning hajmiy birligida NV va eritrotsitlar miqdorining kamayishi bilan xarakterlanadigan patologik holat qon tizimining kasalligi bo'lib, asosida temir etishmasligidan tashqari jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi ham yotadi surunkali kasallik bo'lib, qon hosil qilish tizimi

oshqozon ichak tizimi va asab tizimining zararlanishi bilan xarakterlanadi

7. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi (ChGK) bu ona va homila orasidagi konflikt bo'lib, bu konflikt nimaga asoslangan?

\* eritrotsitar antigenlarga

leykotsitar antigenlarga

immunoglobulinlarga

limfotsitlar turiga

8. ABO-antigenlar konflikti bo'yicha ChGKga olib keladi?

\* ona qoni 0(I), bola qoni A(II)

ona qoni 0(II), bola qoni

A(II) ona qoni 0(I), bola qoni A(IV)

ona qoni 0(III), bola qoni A(II)

9. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi qaysi holatlarda rivojlanadi?

\* Onasi rezus- manfiy, otasi rezus musbat, homila rezus

musbat, platsenta himoya faoliyatini patologiyasi

Onasi rezus- musbat, homila rezus- manfiy, onada ekstragenital patologiy

Onasida trombositopeniya, chaqaloqda gemorragik sindrom hamda sensibilizatsiyani kuchayishi

Ota- onasi rezus- manfiy,

onasining qon guruhi IV, homiladorlik davri patologiyasi

10. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi shakllarini sanab o'ting?

\* anemik, sariklik, shish, aralash;

yengil, o'rta, og'ir,

o'tkir, o'tkir osti, retsidivlovchi;

anemik, shishli.

11. ChGKda rezus konfliktida qanday qon quyiladi ?

\* bola qon guruhi va rezusiga mos

ona qon guruhi va rezusiga mos

ona qon guruhi va bola qon rezusiga mos

bola qon guruhi va ona rezusiga mos

12. Chaqaloqlar gemolitik kasalligi (ChGK) bu ona va homila orasidagi konflikt bo'lib, bu konflikt nimaga asoslangan?

\* eritrotsitar antigenlarga

leykotsitar antigenlarga

immunoglobulinlarga

limfotsitlar turiga

## Akusherlikdagi qon ketish sindromi.

### **Reja:**

**1. Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi(NJYMOK) diagnostikasi.**

**2. Yo'ldoshning ko'chishida og'irlik darajalari.**

**3. Bachadon yorilishi va taktika.**

**4. Tug'ruqning II davrida qon ketish xarakteri.**

**5. Tug'ruqning III davri va chilla davrida qon ketishlar.**

6. Hozirgi paytda akusherlikda homiladorlik davrida qon ketishlar juda ko'p uchraydigan, ancha og'ir asoratlar qoldiruvchi hodisa bo'lib qoldi. Keyingi yillarda uning chastotasi 2,7 – 2,9% umumiy tug'ishga nisbatan oshmoqda, 20-25% hollarda onalar o'limiga sabab bo'lmoqda.

Akusherlik amaliyotida qon ketishlar jiddiy muammo hisoblanib, 20-25% da onalar o'limi bilan tugamoqda. Keyingi yillarda akusherlikda qon ketish chastotasi mazmunan o'zgardi. Akusherlikda qon ketish bilan kechadigan tug'ishlar ancha kamaygan bo'lsada, gemostaz natijasida yo'ldoshning joylashuvining o'zgarishi kuzatiladi. Homiladorlikning 2-davrida qon ketishlar asosan muddatdan oldin yo'ldosh ma'lum qismining ko'chishi, yo'ldoshning oldinda joylashuvi, yo'ldoshning bachadon devoridan ajralishi, yo'ldoshning barvaqt ko'chishi va bachadon yorilishi kuzatiladi.

**Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi (NJYMOK)** – bu homiladorlik vaqtida tug'ruqdan oldin yo'ldosh bo'lagining bachadon devoridan ko'chishidir. Bu xildagi patologiya 0,5-1,5% hollarda uchraydi. Yo'ldoshning umumiy va qisman ko'chishi, tez rivojlanadigan, asta – sekin rivojlanadigan, yengil va og'ir turlari farqlanadi. Bu patologiyada asosiy sabab preeklamsiya bo'lib, u ekstragenital kasalliklar bilan birga kechadi, ya'ni unga gipertonik kasalliklar, pielonefrit, qandli diabet, yurak – qon tomir tizimi kasalliklar kabilar kiradi. Folat kislotasi yetishmovchiligi anemiyalar hamda boshqa xildagi kasalliklar ko'pincha periferik qon aylanishi holatiga salbiy ta'sir qiladi.

**Tug'ruq paytida NJYMOK ga sabab qilib quyidagilarni keltirish mumkin:**

- diskoordinatsion tug'ruq faoliyati;
- ko'p suvlilik davrida birdaniga yoki tez homila oldi suvining ketishi;
- monoxorial egizakda I – homilaning tug'ilishi;
- mushak o'rtasidagi tugunlarda lokalizatsiyalashgan yo'ldosh;
- surunkali bazal endometrit;
- yo'ldoshning muddatdan oldin qarishi;
- homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi.

NJYMOK asosan qoida bo'yicha bachadon – yo'ldosh qon aylanishi surunkali buzilishida quyidagilar kuzatiladi.

- arteriol va kapillyar spazmasida bazal bo'limning distal pardasi;
- DVS – sindromi.

Kichik qon aylanishining yomonlashuvi yo'ldoshda tomir devorlari elastikligini pasayishida kuzatiladi. Bu esa arteriol, kapillyar yorilishi,



mikrogematomaning hosil bo'lishi natijasida bazal plastinkaning detsidual to'qimasi buzilishiga olib keladi, hamda retroplatsentar gematoma hosil qiladi.

**Klinikasi.** NJYMOK darajasiga bog'liq bo'lib, patologiyaning kechishi ko'pincha ilk homiladorlikda kuzatiladi. Preeklamsiya bilan kechuvchi homilada ko'pincha somatik kasalliklar birga kechishi mumkin. NJYMOK ning asosiy belgilariga qon ketishi va og'riqlar kuzatiladi. Bunda ichki qon ketishlar xavflidir. Qon ketishi gematomaning lokalizatsiyasiga bog'liqdir. NJYMOK ning yetakchi simptomiga og'riq hamda qon ketish kiradi. Qon ketish ichki va tashqi hamda aralash holda kechishi mumkin. Bular ichida eng xavflisi ichki qon ketish hisoblanadi. Yo'ldosh markazida gematomaning hosil bo'lishi lokalizatsiyalash variantlariga bog'liq. Og'riq sindromi – NJYMOK ning eng asosiy 2 – belgisi hisoblanadi. Og'riq avval yo'ldosh atrofida, so'ng butun boshqa bo'limlarda ham tarqalishi mumkin. Qorin qismida har tomonlama beruvchi qattiq og'riqlar bilan kechishi mumkin. Bachadon og'riqlarga tez beriluvchan bo'lib, tez kattalashib, assimetrik holat kasb etadi. Bunda qon laxta ketishining o'ziga xos darajalari farqlanadi, hamda homilaning ona qornida nobud bo'lishigacha kechadi. Yo'ldoshning bachadondan 1/3 qismigacha laxta qon tarzida ketishi kuzatiladi. Bachadon gipertonusida retroplatsentar gematomaning kattalashuvi natijasida (150 ml qon miqdorini saqlagan) homilaga xavf solishi mumkin. Bu holatda retroplatsentar gematoma 500 ml ga yetishi kuzatiladi. Hamda gemorragik shokni keltirib chiqaradi. Bu esa homilaning nobud bo'lishi xavfini kuchaytiradi. Juda ko'p qon ketish ko'pincha tug'ruqdan keyin bachadon atoniyasi bilan kechib, o'tkir koagulopatiyaga olib keladi. Bachadonda qonning singdirilishi, uning tez torayishini pasaytiradi, natijada qon ivishi kamayadi. Fibrinologik faollik kuchaygach DVS sindromi tezda III – IV fazasiga o'tadi. Shokka tez beriluvchan bo'ladi.

#### **Klinik differensiallashuvida NJYMOK diagnostik belgilari:**

- NJYMOK da qon ketish – ko'pincha tug'ruqning I davrida, homiladorlikning III trimestrida;
- Kamchilik holatlarda tug'ruqning II davrida homiladorlikning II trimestrida ko'pincha ichki, ba'zan tashqi kechishi mumkin;
- NJYMOK da og'riqning yaqqol namoyon bo'lishi;
- NJYMOK da bachadon holati ancha taranglashgan, og'riqli kechadi;
- NJYMOK da preeklamsiya, gipertonik kasalliklar, buyrak og'rig'i bilan birga kechishi mumkin; NJYMOK da ultratovush diagnostikasi katta o'rin egallaydi. NJYMOK da patologoanatomik diagnoz ona yo'ldoshiga qarab belgilanadi. NJYMOK avj olganda qo'llanadigan operativ holat. Bunda tug'ruqni konservativ usulda qabul qilish mumkin emas. Bundan tashqari gemokoagulyastiya tizimida buzilishlar, tug'ruqdan keyingi qon ketishlar bilan kechishi mumkin. Shu sababdan kesar kesish operatsiyalari eng qulay hisoblanadi. Agar operatsiya vaqtida bachadon imbibistiyasi qon bilan kuzatilsa, faqatgina bachadonni olib tashlash tavsiya qilinadi. Kesar kesish operatsiyasidan so'ng yoki o'zi tuqqanidan keyin koagulopatik qon ketish xavfi to'g'risida unutmastlik kerak.

Yo'ldosh to'qimasining past elastikligi bachadon devorlarini tortish qobiliyatiga ega emasligi homiladorlik davrida yoki tug'ruq davrida qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

- Ko'pincha tashqi tomondan, birdaniga, tashqi sababsiz;
- hech qanday og'riqsiz;
- ko'p hollarda kechqurun, osoyishta holatlarda ro'y beradi.

Qon ketish harakterini ba'zan belgilab bo'lmaydi. Homiladorlikning 26-28 haftasida jismoniy zo'riqishdan, jinsiy aloqadan so'ng kechishi mumkin. Yo'ldosh joylashuvi diagnostikasi hech qachon o'ziga xos qiyinchilik tug'dirmaydi. Tashqi tomondan paypaslab ko'rilganda homilaning kichik chanoq yo'li yoki bachadonda noto'g'ri joylashuvi aniqlandi. Aniq usullardan biri ultratovush orqali davolash hisoblanadi. Tug'ruqdan oldingi qon ketishlarga ko'pincha muddatidan oldin laxta qon kelishi sabab qilib ko'rsatiladi. Bu holat gemorragik shokkacha yetishi mumkin. Shokni avj oldiruvchi sabablarga arterial gipotenziya, temir tanqisligi anemiyasi, UAYQH darajasining kamayishi, ko'p miqdorda qon ketishini kiritish mumkin.

**Yo'ldosh joylashuvining klinik differensial – diagnostika sabablari:**

- yo'ldosh joylashuvida qon ketishi, ko'pincha homiladorlikning II-III trimestrida kuzatiladi. Bunda ko'p miqdorda qon ketadi, takrorlanuvchan bo'ladi;
- shu holatda og'riqsiz kechishi;
- bachadon holatida yo'ldoshning egri yoki odatiy tuzilishi;
- homila shu holatda oson palpatsiya qilinadi, yurak urishi normal bo'ladi;
- asoratli tug'ruqlar, abortlar.

Kuzatish va davolash usullari: shu holatda 24 haftalik homiladorda stasionar usulda davolanadi. Tug'maguncha klinikadan javob berilmaydi. Davo usulini tanlashdan oldin bemordagi kamqonlik darajasi, qon ketish ustidan boshqarish qobiliyatiga ega bo'lgan bachadon – yo'ldosh qon aylanishini yaxshilovchi faoliyat usullari tanlanadi.

**Homiladorlik davrida kesar kesishda quyidagi tavsiyalar beriladi:**

- qon ketishi mosligi gipotoniya anemiyasi;
- bir daqiqada tez qon ketishi 250 ml ga yetadi;
- yo'ldoshning butun joylashuvi homiladorlikning 38 haftasida;
- boshqa somatik patologiya va boshqa akusherlik kasalliklarda kechishi.

**Tug'ruqni qabul qilishdagi konservativ prinsiplar:**

- boshlang'ich amniotomiyada oldindan spazmolitiklar o'tkazish (no-shpa, papaverin, baralgin);
- homiladorlikning I davrida spazmolitiklarni tomirdan o'tkazish;
- infuzion terapiyada butunligicha tayyorgarlik ko'rish;
- tug'ruq stimulyatsiyasidan voz kechish;
- profilaktika uchun tomir ichidan uterotoniklar (metilergometrin, oksitostin) o'tkazish.

**Bachadon yorilishi.**

Bachadon yorilishida uning devorlarida har xil shikastlanishlar yuz beradi.

Bachadon yorilishi tug'ruq davrida xavfli asoratlar tug'diradi. Zamonaviy tashkil qilingan akusherlik tibbiy yordamini ko'rsatishda bachadon yorilishida

homilaning ona qornida nobud bo'lishi tez – tez uchraydi. Xavfning tug'ilishi qon ketishi yoki shokka bog'liqdir. Qon ketish manbaiga bachadon devorlari tomiri keng yorilishiga qarab qon ketishi avj olishi kuzatiladi. Shok asab tizimi, bachadondagi har xil shikastlanishlar, boshqa organlardagi buzilishlar, qorin bo'shlig'idagi o'zgarishlarga olib keladi. Ko'pincha bachadon yorilishi takroriy tuqqandan so'ng sodir bo'ladi. Bu holat sodir bo'lishiga sabab qilib, o'tgan asrda (1875) Bandl bachadon yorilishining mexanik nazariyasini ishlab chiqdi. Buni u ona chanog'i bilan homilaning joylashuviga bog'lab o'rganishni tavsiya qilgan. Asrimizning boshida (1911) Ya.F. Verbov o'zining yangi qarashi bilan kirib keldi. Uning fikricha sog'lom bachadon hech vaqt yorilmaydi, bunga sabab bachadon devorlarida o'zgarishlar sabab bo'lganda kuzatiladi. Bunga sabab qilib patalogik o'zgarishlar, mexanik faktorlarni keltirish mumkin.

**Bachadon yorilishiga sabab qilib quyidagilarni keltirish mumkin:**

- ona chanoq suyaklarining torligi;
- bachadon o'smalari;
- tug'ruq kanali yumshoq to'qimalaridagi har xil chandiqlar;
- operatsiyadan keyingi bachadonning noto'g'ri joylashuvi.

Bachadon yorilishidagi klinik xavfi homila oldi suvi, pastki segment tortilishiga ta'sir qiladi. Bachadon uzunasigi tortilgan, bachadon ichida qumli soat tusini oladi. Yumaloq boylam sohasi og'riqli, taranglashgan bo'ladi. Bu holat diagnostikasi chuqur tahlil va o'rganishni talab qiladi. Bunda ko'pincha homilaning sekin rivojlanishi kuzatiladi.

**Shunday qilib yorilish xavfi simptomlariga quyidagilar kiritiladi:**

- og'riqli to'lg'oqlar;
- foyda bermaydigan zo'riqishlar;
- siydik ketishining qiyinlashuvi.

**Bachadon yorilishi boshlanishida ancha yaqqol quyidagi holatni ko'rish mumkin:**

- to'lg'oqlar ancha og'riqli kechadi;
- bachadondan qon laxtalarining ketishi;
- siydikning qon aralash kelishi kuzatiladi.

Tezda homila ahvoli yomonlashadi, birdaniga homilaning nobud bo'lishi kuzatiladi. Yorilish boshlangan paytda umumiy holsizlanish, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi kabi lar kuzatiladi. Noto'liq chandiqli to'g'risida quyidagi anamnezlar yordam berishi mumkin. Yara bitishining buzilishi va uzoq davom etuvchi lixoradik kechishlar operatsiyadan keyingi holatda, kesarcha kesishdan keyin yoki yirtilgan bachadonni tikishdan xavf soluvchi bachadon yirtilishi, tez tug'ishga ruxsat berilishini talab qiladi, tug'ish jarayonida – chuqur narkozni ta'minlash kerak. Tirik yetilgan homilada kesarcha kesish qilinadi, boshqa holatlarda homilani saqlab qoluvchi operatsiyalar, keyin esa bachadonni qo'l bilan tekshirish usullari qo'llanilishi shart. Bachadonni kesish tugagandan so'ng aniq klinik manzara kuzatiladi va tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'dirmaydi. To'liq yirtilish tug'ayotgan ayol tug'ruq vaqtida kuchli sanchuvchi og'riqni sezadi, ko'pincha bir to'lg'oq tikka yotganda ayol baqirib yuboradi. qo'li bilan qornining pastini ushlab oladi. Tug'ruq jarayoni to'xtatiladi, tug'ayotgan ayol apatik bo'lib qoladi.

baqirishni to'xtatadi, teri qoplamlarining oqarishi kuzatiladi, sovuq ter chiqadi, ko'ngil aynishi, qo'sish, A/B tushadi, puls tezlashadi. Qon ketishlar bachadon yirtilishida tashqi, ichki va aralash bo'lishi mumkin. Homila tez nobud bo'ladi. Uning qorin bo'shlig'idan chiqish vaqtida qorin noto'g'ri formani egallaydi va oldingi qorin devori orqali paypaslaganda homilaning mayda bo'laklari seziladi. Bachadon yirtilishi tug'ruq oxirida boshlanishi mumkin, simptomlar bu vaqtda aniq ko'rinmaydi. Shuning uchun tug'ruq jarayonida kelib chiqishi aniq bo'lmagan qon ketishlar kuzatilsa, homilaning yurak urishi buziladi. Tug'ayotgan ayolning holati yomonlashadi, ko'pincha chaqaloq tug'ilganidan so'ng, bunda bachadon yirtilishiga gumon qilib, qo'l bilan tekshirish o'tkazish kerak. Chandiqli yirtilish tugallangandagi klinikasi xavf soluvchi yirtilish simptomlari (og'riq, chandiqli og'rib turishi, tug'ruq jarayonining effektsizligi) fonida rivojlanadi. Doimiy ko'payib borayotgan yirtilishda og'riq kuchayishi kuzatiladi, qindan qonga o'xshash ajralmalar keladi. Og'riq qo'shiladi va o'ng qovurg'a ostida og'irlik hissi paydo bo'ladi, ko'ngil aynishi, gohida qisqa vaqtli xushdan ketish holatlari, qayt qilish, ichaklar parezi, qorinni ta'sirlantiruvchi simptomlar paydo bo'lishi mumkin. Gohida chandiqli bachadon yirtilishi simptomlari shunchalik yashirin bo'lishi mumkin va bunga e'tibor bermaydilar va tashxis juda kech qo'yiladi, peritonit rivojlanganda yoki operatsiyada, bunday holatlarda tashxis qo'yishda gisteroskopiya va ultratovush tekshiruvchi yordam beradi. Qorin oldi gematomalari chandiqli yirtilish oqibatida pastki segmentda shok rivojlanmasdan paydo bo'lishi mumkin. Qorinni orqa gematomalari – pastki segmentga o'tuvchi bachadon bo'yni travmalari oqibatida paydo bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda bachadon bo'ynini oynalar yordamida ko'rish, yirtilish chuqurligiga baho berish katta ahamiyatga ega. To'liq simptomlarsiz kuzatiladigan bachadon yirtilishlari yo'q. Tug'adigan va homilador ayolning shikoyatlariga diqqat bilan yondashish, anamnezni yaxshilab baholash va tug'ish jarayonida paydo bo'ladigan hamma jihatlarini to'g'ri va o'z vaqtida tashxis qo'yishda yordam berish kerak. Bir vaqtda yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish, shokka qarshi chora tadbirlar ko'rilishi zarur. Qaysi xirurgik metod tanlash to'g'risidagi savolga yirtilish boshlangan vaqt, uning xarakteri, infeksiya belgilari inobatga olingan holda yechiladi. Bachadon chandiqli yirtilishini tikish, infeksiya yo'q sharoitda va yirtilishidan 24 soat vaqt o'tgandan so'ng amalga oshiriladi.

**Bachadon ekstirpastiyasi quyidagi holatlarda amalga oshiriladi:**

- pastki segment yirtilganda parametral kletchatkaga katta gematoma paydo bo'lganda;

- bachadon bo'yni va qin gumbazga o'tadigan yirtilishlarda;

- bachadonni qin gumbazlaridan uzilib qolishida;

- infeksiya rivojlanganda.

Bachadon noto'liq yirtilishida uni tikish mumkin. Sterilizatsiya haqida savol bachadon yirtilishi tikilgandan so'ng individual hal qilinadi. Profilaktika o'z ichiga homiladorlarni yaxshilab tekshirish, nazorat qilish, bachadon yirtilish xavfini oldini olishdan iborat.

### **Xavfli guruhga kiradigan ayollar:**

- og'ir yallig'lanish jarayonlari natijasida paydo bo'ladigan yaxshi rivojlanmagan bachadon yoki kesarcha kesishni erta boshidan kechirganlar, tubektomiya, bachadon bo'yni operatsiyalari, bachadon yirtilishini yoki perforastiya teshigini tikish;

- tez-tez tug'uvchi ayollar ;  
- asoratli tug'ish jarayonini boshdan kechirganlar. Katta homilani tug'ilishi, qindan tug'ishga ruxsat etilgan tug'ruqlar tug'ishda va tug'ishdan keyingi davrda infeksiya va boshqalar;

- hozirgi homiladorlikning asoratli kechishi;  
- og'riq sindromi bilan (doimiy va noregulyar qorin pastidagi og'riqlar, bachadon chandiқ sohasida) yoki lokalizatsiyasi aniq emas;

- homiladorlikning turli muddatlarida qonsimon ajralmalar, muddatidan o'tgan homiladorlik, tor chanoq bilan;

- homilaning noto'g'ri yotishi va holati yoki muddatdan oldin qog'onoq suvi ketishi va tor chanoq belgilari bilan. Kesar kesishni boshidan o'tkazgan homiladorlar dispanser nazoratda turishi va tug'ishdan 2-3 hafta oldin gospitalizatsiya qilinishi shart.

### **Normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chishda gemostaz sistemasidagi o'zgarishlar.**

Normal fiziologik homiladorlarga giperkoagulyatsiya kuzatilsa, normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chishi homilador ayollarda paydo bo'ladi. Qon ivish sistemasidagi faktorlar o'zgaradi va mayda qon laxtachalari hosil bo'ladi. Normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chishida trombositlar sonini kamayishi, fibrinogen konsentrastiyasi pasayishi kuzatiladi.

Normal homiladorlarda mos keluvchi ko'rsatgichlarni taqqoslaganda normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chishi to'liq bo'lganda va homila nobud bo'lganda gipokoagulyastiyaning ajratilgan bosqichi kuzatiladi. Asoratlanmagan homiladorlikda quyidagi ko'rsatgichlarni taqqoslash bilan birga antitrombin 3 konsentrastiyasining 3 marta ko'payishi aniqlangan. Derevatov fibrinogenlarning tarkibining ortishi, shuni ko'rsatdiki, qonning gipokoagulyastiyasi va ivimasligi, koagulyastiyasiga bog'liq. Qaysiki, gemorragik shokka va qonning stirkulyar buzilishiga sabab bo'ladi. Bu jarayonning bosqichlari normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chish maydoniga bog'liq bo'ladi. Normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chishidagi gemostaz sistemasining funksiyalanishining muhim ko'rsatgichi bo'lib, tomir ichi fibrin va fibrinogen konsentrastiyasi bosqichi hisoblanadi. Bu haqda antitrombin reporin kofaktori dinamik, tarkibidan aniq baholashimiz mumkin va qon zardobidan fibrinogen mahsuloti deqratastiyasi aniqlanadi. Normal joylashgan yo'ldoshni vaqtidan oldin ko'chishi kuzatilgan ayollarda, antitrombin 3 miqdorining kamayishi, umumiy antikoagulyantlik, plazma aktivligi kamayganligi ko'rsatgichi bo'lib hisoblanadi. Antitrombin 2 qonning aktiv ivish prostessida belgilangan intensiv qo'llanilishi hisoblanadi. ( XP. XI. IX.VII. V ). Fibrin va fibrinogen deqratastiyasining o'zgarishi yo'ldoshning ajralganlik darajasiga bog'liq. Shunday qilib to'liq yo'ldosh ko'chganda, fibrinogen deqratastiyasi konsentrastiyasi

asoratlanmagan homiladorlikka qaraganda 5 marta ortiq koagulopatik buzilishning og'irligi normal joylashgan yo'ldosh vaqtidan oldin ko'chish darajasining davomiyligiga bog'liq. DVS sindromidagi umumiy qabul qilingan holat universal polifogiya fenomen bo'lib, akusherlik va ekstragenital patologiyaning ko'pgina shakllari rivojlanishida ahamiyati bor. DVS sindrom ko'pgina homilador bo'lmagan ayollarda uchrashi mumkin va oldin o'tkazilgan ekstragenital va genital kasalliklar natijasida bo'lib, har xil somatik kasalliklar asorati bo'lib hisoblanadi. Taxmin qillishlaricha yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi natijasida o'z-o'zidan bola tashlashdan so'ng DVS sindromining rivojlanishi DVS sindromining surunkali ko'rinishi rivojlanish uchun boshlang'ich mexanizm bo'lib hisoblanadi.

### **TAKTIKA**

Yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi bilan bo'lgan homiladorlarda tug'ruq faoliyati boshlanguncha homiladorlik muddatiga va homila yashash qobiliyatiga bog'liq bo'lmagan holda bachadon ichi bosimi oshishi, retroplatsentar gematoma paydo bo'lishi va keyinchalik DVS sindromi o'tkir fazasi rivojlanishi mumkin bo'lganligi uchun bunday ayollar tezkorlik bilan tug'dirishni talab qiladi. Normal joylashgan vaqtidan oldin ko'chishida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish faqatgina tug'ruq yo'llarining tug'ruqqa to'liq tayyor bo'lganida mumkin bo'lib hisoblanadi. Bunda tirik homila boshi bilan kelganda akusherlik qisqichlari qo'yiladi, chanog'i bilan kelganda esa homila chanog'i bilan olinadi, o'lik homilada esa homila yemiruvchi operatsiyalari qilinadi. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruqni olib borishda, yo'ldoshni qo'l bilan ajratish va bachadon devori butunligini tekshirish, gipotoniya, gipokoagulyastiya, organ butunligi buzilishi oldini olish maqsadida homila tug'ilgandan keyin darrov o'tkazilishi kerak. Tabiiy yo'llar orqali tez tug'dirishga sharoit bo'lmaganda homilani kesar — kesish operatsiya yo'li orqali olinadi. Kesar — kesish operatsiyasidan so'ng Kyuveler bachadon aniqlansa, gipokoagulyastiya va gipotoniya natijasida kelib chiquvchi qon ketishni oldini olish uchun bachadon ortiqlarisiz ekstirpastiyasi qilinadi. Bachadon bo'yni cho'ltoqdan qon ketishi ehtimoli borligi uchun qin usti amputastiyasi qilish maqsadga muvofiq emas.

### **HOMILADORLIKNING IKKINCHI YARMIDA QON KETISHLAR**

Platsentaning (yo'ldosh, hamroh) barvaqt ko'chishi — *Separatio placentae normaliter insertae spontanea praematura sea praecox*.

Bu hol hali dard boshlanmasidan yoki tug'ruqning I va II davrlarida platsentaning bachadon devoridan ajralishiga aytiladi. Platsentaning bachadon devorida ushlanib turishi nafaqat uning detsidual pardasiga, balki bachadon ichidagi bosimga ham bog'liqdir. Homilaning rivojlanishi asosan bachadon va platsenta o'rtasidagi qon aylanishi bilan aniqlanadi, bu hol platsenta birikkan (yopishgan) bachadon detsidual mushak qavatining spiral arteriya qon tomirlari terminal bo'limlarining tuzilishi va funktsiyasi bilan bevosita bog'liqdir. Spiral arteriyalarda patologik holatlar paydo bo'lishi mumkin. Tomirlarning terminal bo'limlaridagi o'zgarishlar ularning mo'rtlashuviga (sinuvchanliga). egiluvchanligining yo'qolishiga sabab bo'ladi va ularning arzimagan mexanik ta'sir yoki bachadon tomirlarida bosimning oshishi natijasida tez yorilishiga olib keladi. Destidual pardadagi spiral arteriyalarning yorilishi bachadon — platsenta

qon aylanishining buzilishiga olib keladi va platsenta ortida qon laxtasi hosil bo'lishiga olib keladi. Platsenta ortidagi qon laxtasi detsidual parda va vorsinkalar (tomirli tuklar) to'qimalarining jarohati natijasida ajralib chiqqan to'qima tromboplastini ta'sirida uvishadi. Agar platsenta ajralgan maydon kichkina bo'lsa, unda platsenta ortida qon laxtasi hosil bo'lgandan darhol bachadon tomirlarida tromblar paydo bo'ladi, vorisnikalar anchagina qisiladi va chuqurlik vujudga keladi. Platsentaning birdan ko'p joyi ajralsa platsenta va bachadon devori oralig'ga ko'p qon quyiladi. Spiral qon tomirlarda bachadonning detsidual va muskul qavatlarida orasiga qon ketishi mumkin. Sodir bo'lish darajasi (uchrash) — Platsentaning barvaqt ko'chishi 1%gacha uchraydi, ko'pincha qayta homilador bo'lgan va ayniqsa tez-tez tug'uvchi ayollarda uchraydi. Platsentaning barvaqt ko'chishi ko'pincha qon tomirlarida chuqur o'zgarishlar chiqaruvchi kasalliklar, ayniqsa homiladorlikning kechki toksikozlari, xafaqonlik va buyrak kasalliklari natijasida sodir bo'ladi. Bundan tashqari bachadon shilliq pardasining yallig'lanishi (endometrit), shilliq parda ostidan o'sib chiqqan bachadon fibromiomas, rivojlanish nuqsonlari, platsentada degenerativ o'zgarishlar bo'lganda (muddatidan o'tgan homiladorlikda), bachadon devorlari o'ta taranglashganda qog'onoq suvining ko'p bo'lishi, egiz homiladorlik, yirik homila va boshqa hollarda platsenta barvaqt ko'chishi mumkin. Platsentaning barvaqt ko'chishiga kindikning kalta bo'lishi, har xil ruhiy holatlar, qo'rquv-hayajon, akusherlikning tashqi burish operatsiyasi, ayollarni qo'pol ravishda tekshirish, homilaning o'ta harakatchanligi, qog'onoq pardasining kech yirtilishi hollari sabab bo'lishi mumkin. Platsentaning barvaqt ko'chishi to'liq va qisman bo'ladi. Qisman barvaqt ko'chish ona organizmida deyarli o'zgarishlar chaqirmaydi. Platsenta to'liq ko'chganda bachadon va platsenta orasida tez o'suvchi gematoma hosil bo'ladi. Bachadon bo'rtib chiqadi. Platsenta barvaqt ko'chishi ichki qon ketish bilan ifodalanadi, keyinchalik tashqi qon ketish ham qo'shiladi. Klinik ko'rinishi platsenta maydonining katta - kichikligi va yo'qotilgan qon miqdoriga qarab har xil bo'ladi. Platsentaning 1/3 qismi ajralganda homila uncha og'irlashmaydi. Platsenta ortidagi gematomada kamroq miqdorda qon bo'ladi va u ona organizmi gemodinamikasiga deyarli ta'sir qilmaydi. Platsentaning ko'proq maydoni ajralganda homila kislorod va oziq moddalar yetishmasligidan jabrlanadi, ko'pincha ona qornida nobud bo'ladi, onada kamqonlik belgilari kuchayadi va qorinda og'riq paydo bo'ladi.

Shunday qilib, kamqonlik shok holati kuzatiladi, homilaning yurak urishi tezlik bilan yo'qoladi, qog'onoq pufagi taranglashadi, qorin damlaydi, bachadon taranglashadi, homilaning qismlarini (bosh, qo'l, oyoqlari) aniqlab bo'lmaydi, qon bosimi pasayadi.

#### **Diagnozi.**

Yuqorida aytib o'tilgan belgilar ko'zga tashlanib tursa qiyinchilik tug'dirmaydi. Odatda platsenta qisman ajralganda diagnoz yo'ldosh tug'ilgandan keyin, uni ko'zdan kechirganda aniqlanadi.

#### **Davolash.**

Platsenta barvaqt ko'chganda akusherlik amaliyotida 2 ta asosiy prinsipga tayanish tavsiya yetiladi:

1) Ehtiyotkorona tezlik bilan homilani tug'dirish, bachadonni homila va yo'ldoshdan ozod qilish.

2) O'tkir kamqonlik va shok holatiga qarshi kurashish.

Tug'dirish usulini tanlash qon yo'qotish darajasi va u yoki bu akusherlik operatsiyasini o'tkazish shart-sharoiti bilan bog'liqdir. Tug'ruqni boshqarish taktikasi kasallikning klinik ko'rinishi va tug'ruq yo'llarining tayyor emasligiga qarab aniqlanadi. Bachadon bo'yni 3-4 sm. gacha ochiq bo'lsa va qon ketish kamroq tug'ruq kuchlari yaxshi bo'lsa, qog'onoq pardasini yirtish yo'li bilan platsentaning ajralishini to'xtatish mumkin. Shu yo'l bilan tug'ruq ham tezlashadi. Bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lsa, agar homilador boshi chanoqda kirish tekisligidan yuqorida joylashgan bo'lsa, va homilaning harakatchanligi saqlangan bo'lsa, qog'onoq pardasining pufagini yirtib, homilani klassik usul bilan oyog'iga burish va tug'ruq yo'llaridan tortib olish operatsiyasini qo'llash mumkin. Homila tirik bo'lib boshi kichik chanoq bo'shlig'ida bo'lsa akusherlik qisqichlari yoki vakuum-ekstraktor qo'llash yo'li bilan tug'ruqni tezlashtirish lozim. Agarda homila o'lik holda boshi chanoqda suqilgan bo'lsa, kraniotomiya qilib, tortib olish tavsiya etiladi. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirilgan barcha tuqqan ayollarda platsenta albatta qo'l bilan bachadon bo'shlig'idan olib tashlanishi va ayni bo'lmaganining o'zida bachadon devorlarining platsenta ajralgan maydonni bus-butunligi tekshirib ko'rilishi shart, bu operatsiya albatta og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Bachadon gipotoniyasining oldini olish maqsadida bola tortib olinishi bilanoq tomir yoki mushak ichiga bachadonni qisqartiruvchi dorilar yuborish kerak.

Agar platsentaga homiladorlik paytida yoki tug'ruq endi boshlangan paytda barvaqt ko'chgan va kuchli qon ketayotgan bo'lsa, tug'ruq yo'llari tug'ruqa tayyor bo'lsa, absolyut ko'rsatma asosida kesar - kesish operatsiyasiga olinishi lozim. Bachadon devorlariga ko'p qon quyilib (momataloq Kyuveler bachadoni, bachadon- platsenta apopleksiyasi), binafsha rangga kirgan bo'lsa, bachadon bo'shshagan, mexanik va farmokologik ta'sirlarga kam javob beradigan bo'lsa, unday bachadon amputastiyasi yoki ekstirpastiyasi qilinib, olib tashlanishi zarur. Tug'ruqni ta'minlash bilan bir qatorda qon ketish va shokka qarshi kurash olib borish kerak.

### **Profilaktikasi:**

Homiladorlik kechki toksikozlari, gipertenziya buyrak va boshqa ichki a'zolari kasalliklarini aniqlash va davolash platsenta barvaqt ko'chishining oldini olishning eng muhim shartlaridan biridir.

**Placenta praevia-** (prae —oldinda, via —yo'l) platsentaning bachadon pastki segmentida joylashishi platsentaning oldinda yotishi deyiladi.

### **Etiologiyasi:**

Kelib chiqish sabablari hali yetarlicha o'rganilmagan. Bu patologiyani tushuntiruvchi ikki xil nazariya mavjud:

1) Bachadon devorlarida bo'lgan degenerativ o'zgarishlar:

2) Tuxum hujayradagi o'zgarishlar.

3) Platsentaning bachadon bo'ynida joylashishi hollari juda kam uchraydi va bu holatni bo'ynida joylashgan platsenta — placenta cervicalis deb aytiladi.



## **Turlari (klassifikatsiyasi)**

1. To'liq yoki markaziy oldinda yotish — p. praeviacompletis (totalis).

2. To'liqsiz yoki qisman oldinda yotish — p. praeviaincompletis (partialis).

Platsentaning to'liq oldinda yotishida platsenta o'z markazi bilan bachadon ichki bug'zining ustida joylashadi, qisman oldinda yotishida— platsentaning qirrasini ichki bug'izda yotadi.

Bundan tashqari platsenta pastga birikadi (joylashadi), unda yo'ldosh qirrasini bachadonning ichki bug'izigacha 3-4 smga yotmasdan qoladi.

### **Uchrashi:**

Ko'pincha qayta tug'uvchi ayollarda uchraydi. Platsenta oldinda yotishi 150-200 ta tug'ruqda bitta, ya'ni 0,5-0,7% uchraydi. Qisman oldinda yotish ko'proq hollarda (70%) to'liq, esa (30%) kamroq uchraydi.

### **Klinik ko'rinishi:**

Kasallik homiladorlikning oxirida, ba'zan 24-26 haftalik muddatlarda to'satdan, ish paytida, uyquda yoki tinch turgan joyda qon ketishi bilan boshlanadi. Markaziy oldinda yotganda ko'p qon ketish harakterlidir.

Qisman oldinda yotganda esa homiladorlik oxirida, yoki tug'ruq paytida kamroq qon ketadi. Platsenta to'liq oldinda yotganda qon ketishi o'z-o'zidan to'xtamaydi, chunki qog'onoq pardasi yirtilmaydi va bachadon bo'ynining jipslanishi va kengayishi (ochilishi) platsentaning to'xtovsiz ajralishiga sabab bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidan ketayotgan qon och qizil rangda suyuq bachadon qon laxtalari bo'ladi. Qon ketishining o'ziga xos xususiyatlari shundan iboratki, u qayta - qayta yangilanib turadi. Platsenta qisman oldinda yotgan hollarda qog'onoq pufagini yirtgan zahotiyok platsenta va bachadon devori orasidagi o'zaro munosabat o'zgaradi, bachadonning pastki segmenti, qog'onoq pardasi va platsenta yuqoriga homilaning katta qismi joylashgan joyga qarab siljiydi, platsenta yuqoriga tortiladi va bachadon devoridan ajralmasdan, qon ketishi to'xtaydi. Pastga qarab intilayotgan homila boshi qon oqib turgan tomirlarni qisadi, qon ketishi to'xtaydi. Bu xil patologiyada tug'ruq kuchlari yetarli bo'lmaydi, bachadon pastki segmenti yaxshi tortilmasdan ko'pincha birlamchi sustlikka olib keladi. Platsenta oldinga yotganda homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishi, chanoq bilan oldinda yotishi, hollari ko'p uchraydi. Diagnostika va ichki tekshirish usullari yordamida aniqlanadi. Qin orqali tekshirilganda, bachadon bo'yni yopiq bo'lsa, tekshirish o'tkazayotgan barmoqlar va homila boshi orasida yumshoq to'qima paypaslanadi, bu platsentadir. Bachadon bo'yni ochilgan bo'lsa, platsentaning g'adir-budir to'qimasi aniq qo'lga ilinadi. Platsenta qisman oldinda yotganda esa ham platsentaning qirrasini ham qog'onoq pufagi paypaslanadi. Jadal qin orqali tekshiruv odatda operatsiya xonasi tayyorlab qo'yilib, keyin o'tkaziladi, chunki birdaniga kuchli qon ketib qolsa darhol operatsiya qilishga to'g'ri kelib qolishi mumkin.

### **Asorati:**

Anemiya (kamqonlik) ba'zan DVS sindormi, infeksiya tushish xavfi paydo bo'lishi, havo emboliyasi, homila halokati va boshqalar. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishi bemorni zudlik bilan tug'ruqxonaga yotqizishni taqozo qiladi. Agarda qon kamroq ketgan bo'lsa, homiladorlik paytida konservativ yo'l

bilan davolandi. Bu holda qat'iy to'shakda yotish ta'minlanadi va vitaminlarga boy bo'lgan parhez ovqatlar beriladi, kasalning umumiy ahvoli diqqat e'tibor bilan kuzatiladi (tug'ruq yo'llaridan keladigan chiqindi miqdori, tomir urishi, qon bosimi, qon tarkibidagi gemoglobin tez-tez tekshirib turiladi).

### **TUG'RUQNING III DAVRI VA CHILLA DAVRIDA QON KETISHLARI**

Tug'ruqdan keyingi qon ketish hozirgi kundagi jiddiy muammolardan biri bo'lib kelmoqda. Muammoning jiddiyligi DVS, onalar o'limi va perinatal o'limida birinchi o'rinni egallovchi shok holati kabilar bilan izohlanadi. Hech bo'lmaganida tashxis qo'yish va korreksiya, tibbiy yordamning birinchi bosqichi bo'lib hisoblanadi va bu umumiy amaliyot vrachi zimmasiga yuklatiladi. Malakaviy bosqichma – bosqich tibbiy yordam reanimatolog, gemotransfuziolog, qon-tomir jarrohlari va boshqa mutaxassislikdagi vrachlar hamkorligida yordam ko'rsatiladi. Muammoning jiddiyligini hisobga olgan holda, talabalarga ushbu patalogiyaning etiopatogenetik asoslarini, klassifikatsiyasini, erta tashhis usullarini va kasallikni oldini olishni o'rgatish zaruriyati tug'iladi. Qon ketishning og'ir formasida birinchi tibbiy yordamni ko'rsatish, qayta tiklanish va intensiv terapiya asosiy qoidalarini o'rgatish ham shular sirasiga kiradi.



*24-rasm: Tug'ruqdan keying qon ketish.*

Tug'ruqdan keyin jinsiy a'zolardan qon ketish, etiologiyasiga qarab 4 katta guruhga bo'linadi. Ularni yaxshiroq esda saqlash uchun guruhlarning barchasi T harfi bilan birlashtirilgan bo'lib «To'rtta T» qoidasi deb ataladi.

#### **TO'RTTA "T"**

- 1. To'qima**
- 2. Tonus**
- 3. Travma**
- 4. Trombin**

**To'qima** – bu nom ostida tug'ruqdan keyingi qon ketishlarning sabablari birlashtirilgan bo'lib, bular hamroh qoldiqlarining ushlanib qolishi, yo'ldoshning qisilishi, yo'ldoshning birikish turlari bilan belgilanadi. Ajralgan yo'ldoshning ushlanib qolishi sabablari bo'lib, paralitik holat natijasida, siydik pufagini to'lishi, qorin muskullarining yaxshi rivojlanmaganligi va bachadoning cho'zilib ketishi (homilaning katta bo'lishi ko'p homilalik, ko'p suvlilik) hisoblanadi. Bundan

tashqari vaqtidan oldin tug'ruqlar, tug'ruq faoliyatining birlamchi, ikkilamchi sustligi hamda tug'uvchi ayollarning holdan toyish ham sabab bo'lib hisoblanadi. Yo'ldosh qismlarining ushlanib qolish zamirida bo'ladigan qon ketish sabablari, uning ona tomonidan tug'ilgandan keyin to'liq tekshirish orqali aniqlanadi. Yo'ldosh yuzasi silliq, rangikulrang – ko'k bo'lishi va yupqa detsidual parda bilan o'ralgan bo'lishi kerak. Yo'ldosh to'qimasida nuqson bo'lganida, yo'ldoshning bu qismi, chetlari notekis bo'lgan to'q qizil rang bilan farqlanadi. Yo'ldoshning homila tomonidagi qismini ko'rikdan o'tkazayotganda, odatda yo'ldosh chetidan o'tmaydigan qon tomirlarga e'tibor beriladi. Agar qon – tomirlar yo'ldosh chetidan o'tsa, parda shu yerdan uzilgan bo'lsa, bachadonda qolgan qo'shimcha qism bor deb hisoblash mumkin. Yo'ldosh qismlarining ushlanib qolishi hamda pardaning ko'p qismining qolishi holatlarida, zudlik bilan bachadon bo'shlig'ini tekshiriladi va unda qolgan yo'ldosh bo'laklari, hamda qon laxtalari olib tashlanadi. Bachadon bo'shlig'ini hech bo'lmaganida qo'l bilan tekshirish ishonchli gemostatik natija beradi va ko'p qon ketishini oldini oladi. Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish yaxshi natija bermasligi ko'p hollarda operatsiyaning kechiktirib bajarilganidan dalolat beradi. Tug'ruqdan keyingi davrdagi qon ketishi yo'ldoshning bachadon devorlariga, ba'zan odatdagidan boshqacharoq birikishi zamirida yuzaga keladi. Bunda yo'ldoshning bachadon devorlariga noto'g'ri birikishining 2 shakli ajratiladi. Yo'ldoshning zich birikishi va yo'ldoshning yopishishi (placenta accrete). Yo'ldoshning bachadon devoriga zich birikishi bachadon mushak devorlari bilan orasida joylashgan ajralib turuvchi labsimon qatlam atrofiyasi natijasida yuzaga keladi. Bu kam hollarda to'raligicha, ko'proq qisman bo'lishi mumkin. Qisman yopishgan hollarda yo'ldoshning alohida bo'lakchalari yoki uning kattaroq qismi bachadon devoriga noto'g'ri birikkan bo'ladi. Bunda xorion tukchalari endometriy qatlamidan tashqariga chiqmaydi. Yo'ldoshning bachadon devorlariga zich birikishi o'rtacha 0,69 % holatlarda uchraydi. Yo'ldoshning bachadon devoriga yopishib o'sishi bachadon muskul qatlami bilan xorion tukchalari orasida detsidual qobiqning ajralib tushuvchi qatlamning bo'lmasligi va tukchalarning bachadon muskul qatlamigacha borishi hamda uning ichiga kirishi bilan belgilanadi. Yo'ldoshning yopishib o'sish to'la yoki qisman bo'lishi mumkin. Yo'ldoshning to'raligicha bachadon devoriga yopishishi juda kam hollarda: taxminan 24506ta tug'ruqdan bittasida uchraydi. (Persianinov A.S.Rassrigi N.I.1983). Yo'ldoshning yopishib o'sishi aksariyat hollarda takror tug'uvchi ayollarda kuzatiladi. Yo'ldoshning zich birikishi va bachadon devorlariga yopishib o'sishi bir-xil omillar bilan shartlangan bo'ladi.

1. Homilador ayol organizmning holati endometriy va miometriydagi struktur – morfologik o'zgarishlariga bog'liq omillar;

2. Xorion tukchalari gialuronidazalarining ferment faolligi va bachadon detsidual qobiq'ining himoyalovchi roli bilan bog'liq omil;

3. Yuqorida aytib o'tilgan omillarning birlashuviga asoslangan omil.

**1-guruh.** Omillariga degenerativ va atrofik harakterga ega ajratib tushuvchi qobiqning chuqur shakli anatomik o'zgarishlarni misol qilish mumkin.

Bu kechki toksikoz og'ir kechadigan homiladorlarda ilgariroq endometrit bo'lganligi natijasida rivojlanadi. Shuningdek, oldingi tug'ruqlari nuqsonli

kechgan va jarrohlik aralashuvi bo'lgan ayollarda surunkali buyrak kasalliklari bo'lganda ham rivojlanadi.

**2-guruh.** Sabablari xorion tukchalari destidual qobiq o'rtasida gialuron kislota – gialuronidaza tizimidagi fiziologik mutanosiblik buzilishi bilan bog'liq. Normal rivojlanayotgan homiladorlikda destidual to'qima muskul xorionining kirishidan saqlaydi. Yo'ldosh bachadon devoriga noto'g'ri birikishida xorion tukchalar faolligi keskin ortadi. Yo'ldoshning bachadon devoriga noto'g'ri birikishining birlamchi belgilaridan, odatda tug'ruqning III davrida boshlanadigan qon ketish hisoblanadi, ammo yo'ldosh o'z o'rniga butunligicha birikkan bo'lib tushishini boshlagan bo'lsa qon ketmasligi mumkin. Kamdan – kam hollarda yo'ldosh yopishib o'sganda xorion tukchalari bachadonning seroz qatlami va muskul qatlamlariga kirib borishida tug'ruqdan ancha oldin boshlanishi mumkin bo'lgan qorin bo'shlig'iga qon ketishi kuzatiladi. Qon ketish va 30 daqiqa davomida yo'ldosh ajralish belgilari bo'lmaganda qisqartiruvchi preparatlar qo'llaniladi. Natijasiz qo'llanilishi holatlarida 10 daqiqadan so'ng yo'ldoshni qo'l bilan ajratish kerak. Qon yo'qotish 250-300 mldan oshganda va yo'ldoshning ajralib tushish belgilari bo'lmagan hollarda xuddi shunday operatsiyani zudlik bilan bajarilishi kerak. Yo'ldoshning birikishini bu ikki shaklini bilish faqatgina yo'ldoshni bachadon devorlaridan ajratib olish bo'lmagandagina bilish mumkin bo'ladi. Yo'ldoshning to'laligicha birikishida, bachadon devorlaridan butunligicha ajratib olish biroz qiyinchilik tug'diradi. Yo'ldoshning yopishib o'sishi hollarida, uni qo'l bilan ajratib olish faqatgina tashxisli usul bo'lib hisoblanadi, qaysikim bachadonning zudlik bilan olib tashlash zaruriyatini taqozo qiladi. Yo'ldosh to'laligicha birikkanda, uning qisman ajralish natijasida doimo qon ketishlar kuzatiladi. Yo'ldoshning to'laligicha birikkanida esa, uning majburiy tarzda ajratib olishga harakat qilinmasa va tukchalararo bo'shliq butunligi buzilmasa qon ketish kuzatilmaydi. Yo'ldoshni ajratib olish urinishlari qisman birikkan hollarda ham, to'laligicha birikkan hollarda ham, faqatgina platsentara to'qimaning yirtilishi va bachadon devorlarining shikastlanishiga olib keladi. Bu esa yanada ko'proq qon ketishga olib keladi. Tug'ruqdan keyin qon ketish jadallashuvining xavflilik omillari bo'lib: preeklamsiya ko'p suvlilik, anamnezidagi tug'ruqdan keyingi qon ketishlar, anamnezida kesar kesish, tug'ruqning III davrining uzoq (30min) davom etishi, jarohatlanishlar, akusherlik qisqichlari, vakuum – ekstraksiya, tug'ruqni aktivlashtirishlar hisoblanadi.

**Tonus-** Tug'ruqdan keyingi davrning ilk soatlarida sodir bo'ladigan qon ketish, ko'p hollarda bachadon qisqaruvchanlik faoliyatining buzilishi, uning gipo yoki atonik holati bilan belgilanadi. Bachadon qisqaruvchanlik faoliyati buzilishini chaqiradigan barcha sabablarini 2 ta asosiy qismga bo'lish mumkin.

1. Bachadonning gipotoniyasi va atoniyasini belgilovchi onaning kasalligi yoki holati (preeklamsiya, yurak-qontomir kasalliklari, jigar, buyrak, nafas olish yo'llari, MNS, neyroendokrin buzilishlar, o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar va boshqalar).

2. Bachadonning anatomik va funktsional to'laqonli bo'lmastligi, yo'ldosh birikishidagi nuqsonlar, bachadon bo'shlig'ida yo'ldosh qoldiqlarining ushlanib qolishi yoki qisilishi, normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi.

bachadon rivojlanishdagi nuqsonlar, yo'ldoshning yopishib o'sishi va zich birikishi. Bachadon yallig'lanish kasalliklari metroendometrit, bachadon miomasi, ko'p homilalik, yirik homila, yo'ldoshdagi destruktiv xarakterga ega o'zgarishlarga olib keluvchi sabablar. Bundan tashqari bachadon gipotoniya va atoniya rivojlanishiga tug'ruqning uzoq, tez va tezkor kechishiga olib keladigan tug'ruq faoliyatining nuqsonlari; qog'onoq suvining vaqtidan oldin ketishi, tug'ruq jarayonida vaqtidan oldin aralashuv, akusherlik operatsiyalarda homilaning tez olinishi, tug'ruqdan keyingi davni asossiz juda ham tez olib borish, ta'sirga ega preparatlarni katta miqdorlarda berilishi. Yo'ldoshning ajralish alomatlarini aniqlovchi usullarni tez – tez qo'llanilishi, yo'ldosh ajralmagan holda Abuladze, Genter singari usullarning bo'lmagani va asossiz qo'llanilishi, bachadonning tashqi tomondan massaj qilinishi, kindikdan tortish va boshqalar sabab bo'lishi mumkin. Bachadon gipotoniyasining atoniyaga o'tishi odatda gipotoniyani keltirib chiqaradigan sabablar natijasida vujudga keladi. Bachadonning bu 2 holatini kechishi o'rtasidagi tafovut faqatgina qo'zg'atuvchi kuch va davomiyligidan iborat, qaysikim atoniyada to'xtab qolishni emas, balki bachadonning o'tkazuvchanligini ta'minlovchi nerv o'tkazgichlari va tugunchalarida qo'zg'atish bo'lishini butunlay yo'qolishini vujudga keltiradi.



25- rasm: Li-Uayt sinamasi



26-rasm: Bachadon tonusini tekshirish

Davolash choralari (bachadonni tashqi massaji, uteratonik dori vositalarni kiritilishi, bachadon bo'shlig'ini ehtiyotkor tashqi, ichki massaj bilan qo'lda tekshirish, qorin aortasini bosish) dan ijobiy natija bo'lmaganda to'xtovsiz qon ketganda zudlik bilan bachadonni olib tashlash kerak.

**Qon ketishni oldini olishning jarrohlik usullari quyidagilar:**

- 3 juft qon tomirlarni bog'lash
- Bachadonga B- Linch usulida chok qo'yish
- Magistral qon tomirlarni bog'lash
- Bachadon ekstirpatsiyasi.

Qon ketishga qarshi kurashning natijasida o'tkaziladigan tadbirlarning ketma-ketligi va ko'rsatiladigan yordamning aniq tashkil qilinganligiga bog'liq. Tug'ruq bo'limi xodimlari bunday ayollarga tez tibbiy yordam ko'rsatishga doim tayyor turishga ko'nikmalari bo'lishi darkor. Tug'ruq bo'limida mavjud qon

komponentlari va qon o'rnini bosuvchi preparatlar miqdorining doimiy nazoratini olib borish kerak. Barcha turdagi medikamentoz va asbob uskunalarni maxsus ajratilgan joyda saqlash lozim. Tug'ruqdan keyingi davrda jinsiy organlardan qon ketganda quyidagi tartibga amal qilish kerak.

### **I bosqich: Siydikni kateter orqali chiqarish.**

- bachadonni tashqaridan massaj qilish
- Uterotonik vositalarni kiritish
- Tug'ruq yo'llarida jarohat bor yo'qligini ko'rish
- Yo'ldosh qismlarini ushlanib qolganligini tekshirish

### **II bosqich: Qon tomirga kateter qo'yish.**

- Umumiy narkoz ostida bachadon butunligini tekshirish, massaj qilish
- Bachadonni bimanual kompressiyasi
- Qorin aortasini bosish

### **III bosqich - Xirurgik.**

**Travma:** Tug'ruqdan keyingi davrda qon ketish sabablari bachadon yorilishi, oraliq, qin, jarohatlari, tashqi jinsiy organlar gematomasi va boshqalar.

**Bachadon bo'ynining yirtilishi** - Bachadon bo'ynining yirtilishi 3-60% tug'uvchi ayollarda har to'rtta tug'ruqning birida uchraydi. Ko'pincha birinchi tug'uvchi ayollarda, bachadon bo'ynining yirtilish, ko'p hollarda boshqa bir sabablar bilan qo'shilib keladi.

- Bachadon bo'ynining yallig'lanishi, chandiqli o'zgarishlar;
- Yoshi katta birinchi tug'uvchilarda bachadon bo'yni rigidligi;
- Yirik homila bo'lganda bachadon bo'ynining haddan ortiq cho'zilishi;
- Tez va tezkor tug'ruqlar;
- Vaqtdan oldin qog'onoq suvining ketishi uzoq cho'zilgan tug'ruqlarda;
- Qisqichlar, vakuum - ekstrakstiya operatsiyalarida, homila dumbasi bilan; kelganda, yo'ldoshni qo'l bilan ajratganda;
- Homilani yemiruvchi operatsiyalar qilinganda;
- Tug'ruqni II davri noratsional olib borilganda.

### **Bachadon bo'ynining yirtilishini 3 darajasi bor.**

**I darajasi-** bachadon bo'ynining ikkala tomonidan 2 smgacha yirtilishi.

**II darajasi-** 2 sm dan ortiq. Lekin qinning gumzigacha yetib bormaydi.

**III darajasi-** qin dahlizining yirtilib, undan o'tishi.

### **Oraliq yirtilishi.**

Oraliq yirtilishi ko'p uchraydigan tug'ruq asoratlardan biri bo'lib, tug'uvchi ayollarning 7-15%da uchraydi, birinchi tug'uvchilarda 2-3marta ko'p uchraydi qayta tug'uvchilarga nisbatan.

**Klinikasi:** oraliqni yirtilishi o'z-o'zidan yoki majburiy tarzda bo'lishi mumkin. Ko'rsatiladigan akusherlik yordamlari va tug'ruqda bajariladigan operatsiyalarni noto'g'ri yoki qo'pol bajarilishi.

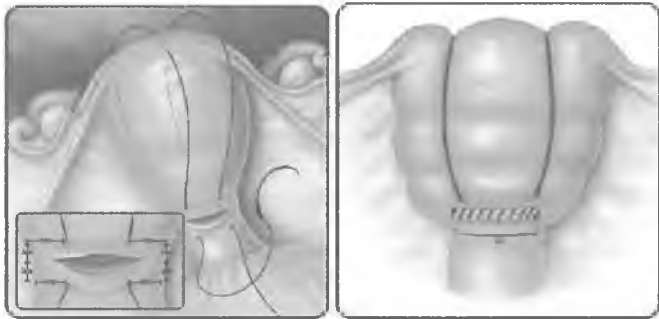
### **Oraliq yirtilishining 3 darajasi bor.**

**I darajasi** - orqa bitishmani teri va teri osti yog' qavatini butunligini buzilishi

**II darajasi** - teri va teri osti yog' qavatini butunligini buzilishi, chanoq tubi muskullarini orqa va yon tomonlarining yirtilishi m. levator ani bundan mustasno.

**III darajasi** - yuqorida ko'rsatilganlarning hammasi, bunga to'g'ri ichakning tashqi sfinktergacha, ayrim hollarda to'g'ri ichakni tashqi yuzasigacha boradi.

**Davolash:** kichik operatsiya zalida qin ko'zgulari yordamida, qin va bachadon bo'yni ko'rilgandan so'ng tikiladi. I darajali yirtilishda pudenadal anesteziya orqali, II-III darajalarda tomir ichiga narkoz berib og'riqsizlantirilib tikiladi.



**27-rasm: Bachadonni kompression tikish B- Linch bo'yicha chok qo'yish**

**TROMBIN** – tug'ruqdan keyingi koagulopatik qon ketishlar, o'tkir va massiv qon ketishlarda bu termin ishlatiladi.

**Laborator diagnostika:** QIV, Li-Uat yoki Suhareva bo'yicha trombositlar soni, fibrinogen, antitrombin III trombotest)

Davolash usullari gemostaz tizimini medikamentoz korreksiya qilish. (TMP, proteaz ingibitorlar, gemostatiklar)

#### **Profilaktikasi:**

- ayolni sog'lomlashtirish
- oilani rejalashtirish
- intergravidar intervalga rioya qilish
- tug'ruqni 3 davrini aktiv olib boorish

**Homiladorlik va tug'ruqdan keyingi qon ketishlarda oliy malakali hamshira taktikasi.**

1. Ayollarni bolalikdan sog'lomlashtirish.
2. Infantilizmga qarshi kurash.
3. Dispanser nazoratini yo'lga qo'yish.
4. Tug'ruqni ratsional boshqarish.
5. Bachadonni qisqartiruvchi dorilarni o'z vaqtida belgilash.
6. Yo'ldosh ajralishi va ajratish davrini to'g'ri boshqarish.

#### **Vaziyatli masala**

33 yoshli tug'uvchi ayol qog'onoq suvlari ketib, dard boshlangach 6 soatdan keyin tug'ruqxonaga yotqizildi. Qiz bola jinsli vazni 4250 gr, uzunligi 56 sm chaqaloq tug'ildi 5min.dan keyin yo'ldosh ajralib chiqdi, yo'ldoshning hamma bo'laklari, pardalari butun tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari shikastlanmagan. Bachadon tubi kindikdan 3 barmoq eni yuqorida paypaslanadi, ayol yo'ldosh davrida 250 ml qon yo'qotdi. Qon ketish davom etyapti. Siydik

pufagi kateterizatsiya qilinib siydik chiqarildi qorin pastiga muz xalta qo'yildi, vena tomiri ichiga 0,9% li fiz. eritmaning ning 200ml eritmasiga 2ml oksitosin qo'shib tomizildi, bachadon qorin devori ustidan massaj qilindi , natijada bachadon qisqarib , qon ketish to'xtadi, ammo 1-2 minutdan keyin takror qon ketish boshlanib, bachadon xamirsimon, yumshoq, katta qon laxtasi tushdi, yo'qotilgan qon miqdori 500 mldan oshib ketdi.

### **Diagnoz. Taktika.**

#### **Test**

#### **1. Bachadon gipo- atoniyasi necha foiz hollarda uchraydi?**

\*2,0-2,5%

0,5-0.8%

4,0-5.0%

10,0-12,0%

#### **2. Quyida ko'rsatilgan qaysi patologiya erta chilla davridagi akusherlik qon ketish bilan kechadi?**

\*uzoq davom etgan etgan preeklampsiya

yo'ldoshning markazda yotishi

normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin kuchishi

Og'ir kamqonlik

Barcha holatlar

#### **3. Bachadon atoniyasi va DVS rivojlanganda qanday xirurgik chora ko'rish kerak?**

\* bachadon ekstirpatsiyasi

bachadon amputatsiyasi

bachadon tamponadasi

#### **4. Bachadonni qo'l bilan tekshirishga ko'rsatma nima?**

\* bachadon atoniyasi

100,0 ml qon ketishi

tug`ruq yo'llari shikastlanishi

tug`ruqdagi xorionamionit

#### **5. Qon ketishga xavfli guruhni aniqlang?**

\*kamqonlikning og'ir darajasi

22 yoshli birinchi tug'uvchi ayol

homiladorlikning ilk toksikozlari

chanoqning oldinda kelishi

#### **6. Bo'shashgan bachadon massajidan keyin ham qisqarmasa, nima qilish kerak?**

\*Uterotoniklarni qo'llash kerak

Bachadonni ikki qo'l bilan bosish

Vena ichiga suyuqlik qo'yish

Qorin pastiga muz qo'yish

#### **7. Prostoglandin vositalari quyidagi yo'l bilan kiritilmaydi ?**

Vaginal

\*Mushak orasiga

Venaga



Oral

**8. Agar oksitotsin yuborilgandan keyin 30 daqiqada va kindik traksitsiyasida yo`ldosh ajralmasa, bachadon qisqarsa nima qilish lozim?**

Kindikni kuchliroq traksitsiya qilish kerak

Kindik traksitsiyasi va bachadon tubini bosish

\*Qo`l bilan olish lozim

Ergometrin yuborish lozim

**9. Platsentani qo`l bilan ajratishda nima qilish kerak?**

Muolajadan oldin ergometrin yuboring

Muolajadan keyin 24 soat o`tgach antibiotiklar bering

Muolajadan keyin 48 soat o`tgach antibiotiklar bering

\*Bir qo`lingizni bachadon ustiga qo`ying ikkinchisi bilan qorin devori orqali bachadonni kontraksitsiya qiling

**10. Yo`ldoshni qo`l bilan ajratishining imkoni bo`lmasa, bu-**

Bachadon holatining o`zgarishi

\*Yo`ldoshning bachadon devoriga o`sib kirish

Platsentaning ko`chishi

Bachadonning yorilishi

**11. Platsentani qo`l bilan ajratilgandan qindan ko`p miqdorda qon ketishi davom etsa, nima qilinadi?**

oral 0,2 mg ergometrin beriladi

\*0.2 mg ergometrin m/oga qilinadi

10 bir. Oksitatsin vena ichiga yuboriladi

2,5 mg prostaglandin m/oga.

**12. Tug`ruqdan keyin bachadon bo`ynini ko`rishda**

Bachadon bo`ynini ko`rish uchun qisqichlardan foydalaniladi

\* Bachadon bo`ynining barcha qismlari ko`rilishi shart

Ayolga sedativ vositalar berish lozim

Bachadon bo`ynini vizual ko`rib, keyin pastki segmentni ko`rish.

**13. Koagulopatik qon ketish rivojlanish zaminida nima yotadi?**

\* qon ivish faktorlarining sarflanishi

UQH kamayishi

trombositlar miqdorining ko`payishi

fibrinogenning ko`payishi

**14. Kyuveler bachadonida jarrohlik hajmini aniqlang?**

\*bachadon ekstirpatsiyasi

kesar kesish

bachadon amputatsiyasi

bachadonni qo`l bilan tekshirish

tug`ruq yo`llarining shikastlanishi

**15. Yo`ldosh ajralganlik belgilari paydo bo`lgan, lekin ajralmasdan qon ketish kuzatilayapti nima qilish kerak?**

\*yo`ldoshni qo`l bilan ajratish va chiqarib olish

yo`ldoshni konservativ chiqarish usullarni qo`llash

bachadon devorini qirish

bachadon amputatsiyasi

**16. Qaysi preparatlar hamma qon ivish faktorlarini o'zida saqlaydi?**

\*toza issiq qon

trombositlar massa

toza muzlatilgan qon zardobi

krioprisipitat

### Tor chanoqdagi og'riq sindromi.

**Reja:**

**1. Tor chanoq tushunchasi.**

**2. Anatomik va klinik tor chanoq.**

**3. Tor chanoqda partogramma yozish prinsiplari**

**4. Profilaktika**

Agar ayol chanoq'ini yetilgan homilaning ayniqsa homila boshining o'tishga to'sqinlik qilish darajasida toraygan bo'lsa, bunday chanoq *tor chanoq* deyiladi.

Tor chanoq to'g'ri, qiyshiq, ko'ndalang o'lchamlar bir tekisda qisqaradi. Yoki birortasi normal chanoqqa nisbatan 1,5-2 sm qisqargan bo'ladi. Tor chanoqning eng asosiy ko'rsatkichi chin konyugata. Agar u 10 sm va undan kichik bo'lsa, tor chanoqdan dalolat beradi.

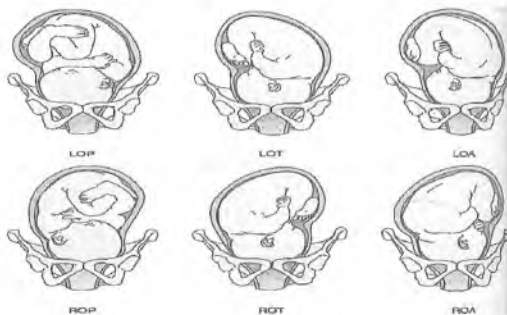
#### Tor chanoq 2 ga bo'linadi.

- anatomik tor chanoq

- klinik tor chanoq

**Anatomik tor chanoq:** chanoqning tashqi o'lchamlari o'lchangandan keyin qilinadi.

**Klinik tor chanoq:** esa, tug'ruq vaqtida homila boshi bilan chanoq o'lchamlari mos kelmaganda qo'yiladi



**28-rasm: Tor chanoqda homila boshining holati**

Etiologiyasi:

- infantilizm;

- bolalik davrida surunkali infeksiyon kasalliklar, hamda balog'atga yetish davridagi kasalliklar;

- moddalar almashinuvining buzilishi;
- homiladorlik paytida onaning sifatli ovqatlanmasligi;
- bolalik davrida raxit kasalligi bilan kasallanishi;
- suyak va bo'g'imlar sil kasalligi
- singan suyaklarning noto'g'ri o'sishi.

*Anatomik tor chanoq 3-3,6 %*

*Klinik tor chanoq 3-5 % uchraydi.*

Klassifikatsiyasi

***Ko'p uchraydigan tor chanoqlar***

Hamma tomonlama toraygan chanoq

Yassi chanoq

a) oddiy yassi chanoq

b) yassi raxitik tor chanoq

Umuman toraygan yassi tor chanoq

Ko'ndalang toraygan yassi chanoq

**Kam uchraydigan tor chanoqlar**

Qiyshiq tor chanoq

Varonkasimon tor chanoq

Spondilomatik tor chanoq

Ostiomalyatik tor chanoq

Suyak o'smasi va ekzostazlar natijasida toraygan chanoq

Kifotik tor chanoq va boshqalar

**Torayish darajasiga qarab 4 darajaga bo'linadi.**

I darajasi 10-9 sm gacha

II darajasi 9-7,5 sm gacha

III darajasi 7,5-6,5 sm gacha

IV darajasi 6,5 va undan kam

**Uchrashiga qarab**

I darajasi – 78 %

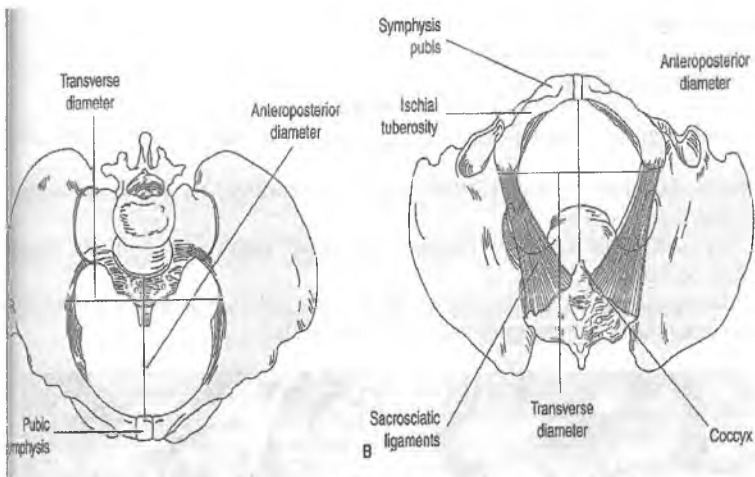
II darajasi – 21,2 %

III darajasi – 0,8 %

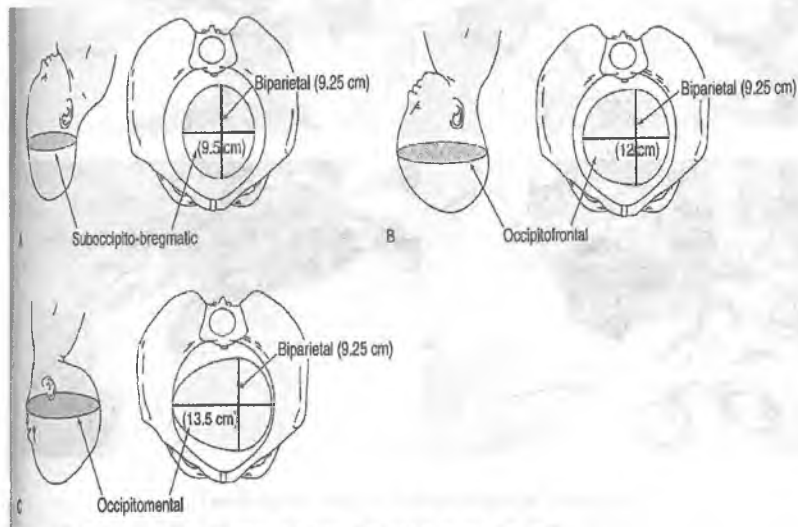
IV darajasi – 0,2 %

**Anatomik o'lchamlariga qarab:**

No	Chanoq	Distan. spinar.	Distan. krist.	Distan. troxon	Konchuyug ata ekstrenna	Kon-ta Diag- lis	Kon- ta vera
1.	Normal	25-26	28-29	30-31	20-21	13	17
2.	Hamma tomonlama toraygan chanoq	25	27	29	19	12	10
3	Infantil	24	26	28	18	11	9
4	Oddiy yassi	26	29	31	18	10,5	8,5
5	Yassi raxitik	26	26	31	17	9	7,5
6	Hamma tarafama to-raygan vassi	23	24	28	15	9	7



29-rasm: Chanoq suyagi anamomiyasi



30-rasm: Tor chanoqda homila bosh o'lchamlari

**Tug'ruqda uchraydigan asoratlar:**

- Qog'onoq suvlarini barvaqt yoki vaqtdan oldin ketishi;
- tug'ruqning cho'zilishi;
- tug'ruq yo'llariga infeksiya tushishi;
- ikkilamchi tug'ruq kuchlarining sustligi;
- homila asfiksiyasi;

- simfizning ajralishi;
- gipo va atonik qon ketishlar;
- homilaning o'lik tug'ilish.

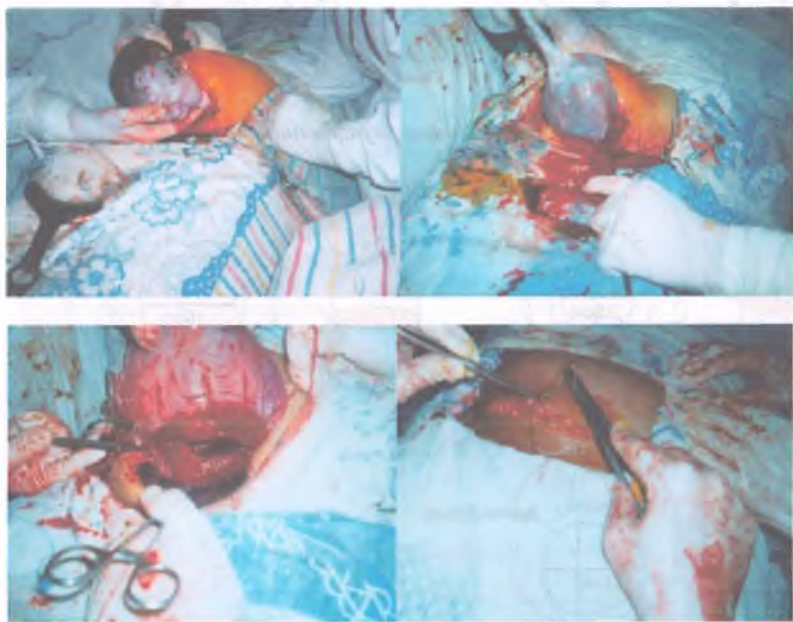
### Tug'ruqni olib borish

I. Darajadagi tor chanoqlarda tug'ruq, tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib boriladi.

II. Darajada tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib boriladi, ba'zan kesar kesish holatlari ham kuzatilishi mumkin.

III. Darajada faqat kesarcha kesish operatsiyasi orqali olib boriladi. (agar homila tirik bo'lsa)

IV. Darajada esa har qanday vaziyatda (homila tirik bo'lsa ham, o'lik bo'lsa ham) ham kesarcha kesish operatsiyasi orqali olib boriladi.



**31-rasm: Kesar kesish jarayoni bosqichlari**  
*Kolganov klassifikatsiyasi bo'yicha 4 darajaga bo'linadi. (1-2 darajasi nisbiy, 3-4 darajasi absolyut klinik tor chanoq deyiladi)*

1. Vasten belgisi tug'ruq protsessi uzunlashadi. Vasten belgisi «\_», Stangeymester belgisi - kichik, homila boshi bir tekislikda uzoq turadi.

2. Vasten belgisi «=», Stangaymester o'lchami ham «=», homila boshi bir tekislikda 20-30 min. turadi. Siydik kelmasligi mumkin, dardlar og'riqligi, homila gipoksiyasi uchraydi.

3. «+», Stangestermester o'lchami, dardlar kuchli og'riqli kechadi, homila boshi bir tekislikda 30-40 min. ko'p turadi, homila gipoksiyasi boshlanadi.

4. Bachadon yorilishiga moyil bo'lgan klinik belgilari kuzatiladi.

**Klinik tor chanoq diagnozi tug'ruq paytida qo'yiladi.**

I-II darajasidagi nisbiy klinik tor chanoq bo'lganda tug'ruq tabiiy tug'ruq yo'llari orqali o'tkazish mumkin, lekin tug'ruq davri uzayadi va homila shikastlanishi xavfi oshadi.

III-IV darajadagi absolyut klinik tor chanoqda tug'ruq faqat kesarcha – kesish operatsiyasi orqali olib boriladi

## **TOR CHANOQDA PARTOGRAMMANI YOZISH**

Partogramma – tug'ruq jarayoni va erta tug'ruqdan keyingi davrni sxematik yozilishi - 10 qismdan iborat. Ularda quyidagi ma'lumotlar kuzatiladi:

- 1 qismda – bemor familiyasi, ismi sharifi, diagnoz, kelgan sanasi va vaqti

- 2 qismda - homila yurak urishi ko'rsatkichlari

- 3 qismda- homila boshining konfiguratsiyasi

1) homila pufagi holati

a) butun – I (intact)

b) yorilgan, toza suvlar – c (clear)

v) yorilgan, suvlar mekoniyli – M (mecony)

g) yorilgan, suvlar qonli – B (blood)

2) Boshcha konfiguratsiyasi:

a) o'q yoysimon chok yaxshi aniqlanadi – 0

b) o'q yoysimon chok yomon aniqlanadi - +

v) tepa suyaklarining bir-biriga kirishi - ++

g) tepa suyaklari bir-biriga botib kirishi - +++

- 4 blokda – tug'ruq boshlangan vaqti, bachadon bo'yni holati, boshchanning kichik chanoq tekisliklariga nisbatan joylashishi; bachadon bo'yni 3 sm ochilgan holda shartli belgini latent faza chizig'iga qo'ying, bachadon bo'yni 5 sm dan ortiq ochilganda shartli belgini aktiv faza chizig'iga qo'ying. Dinamikada belgilarni partogrammaga har xil soatlarda yozing. Agar belgilar normal chegara chizig'idan chiqsa ko'rikni qaytadan amalga oshirish kerak va tug'ruq jarayonini qayta baholash kerak; agar belgilar harakat chizig'iga chiqsa davolash choralarini amalga oshirish kerak.

- 5 qism – 10 minut davomida to'lg'oqlar miqdori va intensivligi;

- 6 qism - yuborilgan dori preparatlari;

- 7 qism – ayolning ikkala qo'lidagi sistolik va diastolik AB, tana harorati va siydik tahlili ko'rsatkichlari.

- 8 qism – chaqaloq ahvoli, jinsi, vazni, uzunligi;

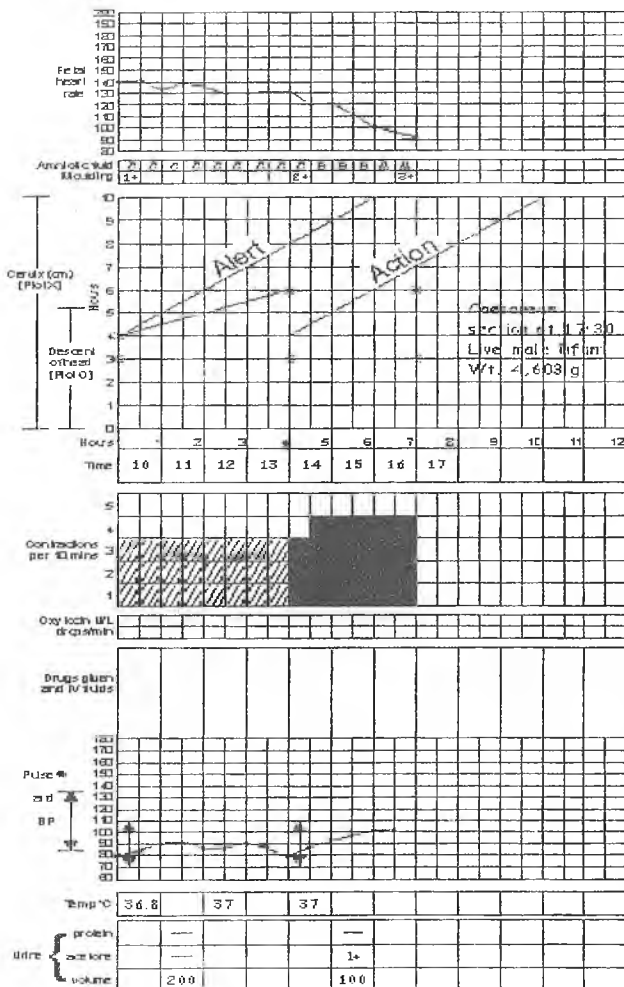
- 9 qism – tug'ruqni uchinchi davrining davomiyligi, yo'ldoshga xarakteristika, tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirishga ko'rsatma. Agar jarrohlik amaliyoti qilingan bo'lsa uni yozing.

- 10 qismda – tug'ruqdan keyingi davr kechishi va bemorni tug'ruqdan keyingi bo'limga o'tkazilishi haqidagi ma'lumotlar bo'lishi kerak.

# Absolyut tor chanoqda partogramma

Name *Mrs. H* Gravida *4* Para *3+0* Hospital Number *6639*

Date of admission *20.5.2000* Time of admission *10:00 A.M.* Ruptured membranes *1* *10:15*



32-rasm: Tor chanoqda partogrammani to'ldirish

## Oliy toifali hamshiraning roli

-Tug'ruqni rastional olib boorish;

-EGK bo'lgan ayollarni o'z vaqtida aniqlash;

- Yirik homilasi bo'lgan ayollarda tug'ruqda chanoqni klinik baholab tug'dirish;

- Bexatar onalik prinsiplarga amal qilgan holda tug'ruqlarni olib boorish;

-Tug'ruqda partogrammani aniq to'ldirish.

## AMALIY KO'NIKMA

### AYOLLAR CHANOQ'INI O'LCHASH.

**Maqsad:** Chanoq razmerlariga qarab tug'ruq rejasini tuzish.

**Jihozlar:** kushetka, santimetrli lenta, tazomer.

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

2. Ayol ikkala oyog'ini birlashtirib uzatgan holatda va qomini ochib yotadi.

3. Chanoqni o'lchash, chanoq o'lchagich asbobida o'tkaziladi.

4. Distantia spinarum – yonbosh suyaklari oldingi yuqori o'siqlari orasidagi masofa -25-26sm.teng. Chanoq o'lchagich tugmalarini oldingi yuqori o'siqlar tashqi yuzasiga qo'yib o'lchanadi.

5. Distantia cristarum- yonbosh suyaklari qirralarining eng olis nuqtalari orasidagi masofa -28-29sm teng. Chanoq o'lchagich tugmalarini yonbosh suyaklarining eng olis nuqtalariga qo'yib o'lchanadi.

6. Distantia trochanterica- son suyaklari katta ko'stlari orasidagi masofa -30-31sm. teng. Chanoq o'lchagich tugmasini son suyaklari bo'rtib chiqqan qismiga qo'yib o'lchanadi.

7. Conjugata externa – tashqi konyugata, o'lchash uchun ayol yonboshga yotqiziladi. Pastdagi oyog'i bukilgan ustki oyog'i uzatilgan o'lchamidan suyaklar va yumshoq to'qimalar qalinligiga 9 sm olib tashlanadi.

C .externa 20sm-9 sm=11sm

Izoh: Bu usul bilan chanoq razmerlariga qarab tug'ruq rejasi tuziladi. Chanoq razmerlarining 1,5-2,0 smga kichik bo'lishi tor chanoq deb nomlanadi va tug'ruq jarayonida klinik tor chanoq bilan asoratlanishiga olib kelishi mumkin.

### Tor chanoqda hamshiralik jarayoni.

<i>Bemorni tekshirish</i>	<i>Hamshira tashxisi</i>	<i>Hamshira yordamini rejalashtirish</i>	<i>Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish</i>	<i>Natijalarni baholash</i>
<b>Shikoyatlari:</b> <i>Bemor charchagan, holsiz, juda kuchli og'riq bezovta qilyapti. Qorinning pastki qismida</i>	<i>shiddatli to'lg'oq juda kuchli og'riq</i>  <i>Qorinning pastki qismida</i>	<i>1. arterial bosim o'lchanadi</i> <i>2. puls nazorat qilinadi</i> <i>3. tana harorati o'lchanadi</i> <i>4. bemor ahvoli doimiy</i>	<i>1. bemor tana harorati o'lchanadi.</i>  <i>2. arterial bosim o'lchanadi</i>  <i>3. pulsi</i>	<i>Bemor ahvoli yaxshi.</i>  <i>Puls me'yoriga keldi.</i>  <i>Bemor ahvoli</i>



<p><i>juda kuchli og'riq.</i>  <b>Epidemiologik anamnez:</b>  <i>Yaqin 6 oyda hech qanday muolaja olmagan.</i>  <b>Ob'yektiv ko'rik:</b>  <i>Kontraksion halqa kindikdan yuqorida, shiddatli to'lg'oq.</i>  <i>Vasten – Sangimeyster belgisi «=»</i></p>	<p><i>juda kuchli og'riq.</i></p>	<p><i>partogrammada nazorat qilinadi.</i></p> <p><i>5. bemor kesar-kesish operatsiyasiga tayyorlanadi.</i></p>	<p><i>aniqlanadi.</i></p> <p><i>4. bemor muntazam nazoratga olindi.</i></p> <p><i>5. laborator tahlillar o'tkazildi.</i></p>	<p><i>yaxshilandi.</i></p> <p><i>Operatsiyadan keyin bemorni nazorat qilinadi.</i></p>
--	-----------------------------------	--	--	--

### Test

**1. Birinchi tug'uvchi ayollarda tug'ruqning 2- davri maksimal necha soat davom etadi?**

\*2soat

30min

5soat

1soat

**2. Tug'ruqning 1- davrini qaysi simptomlar belgilaydi?**

\*regulyar dardlarning paydo bo'lishi

qog'onoq suvining ketishi

bachadon og'zining to'liq ochilishi

tez-tez siyish

**3. Quyidagi qaysi belgilar yo'ldosh ajralganligini bildiradi?**

\*qov sohasini qo'l bilan bosganda kindik tortilmaydi

bachadon tubi kindik o'rtasida

chuqur nafas olganda kindik tortiladi

bachadon tubiga urib ko'rganda kindik qon tomiriga pulsatsiya beradi

**4. Tug'ruqdan so'ng nechanchi kungacha loxiya qonli bo'ladi?**

\*1-4kun

6-10kun

10-13kun

16-20kun

**5. Ensa oldinda kelishining orqa turida qadalish nuqtasi nima?**

\*peshonaning sochli qismi

yuqorigi jag'

burun qanshari

pastki jag'

**6. Bachadon bo'yni necha santimetr ochilganda tug'ruqning 2- davri boshlanganligini bildiradi?**

\*12sm

6 sm

7sm

1 sm

**7. Tug'uvchi ayolni qin orqali ko'rishga ko'rsatma?**

\*qog'onoq suvining ketishi

buyrak kasalliklari

tug'ruqning 3- davri oxirida

normal tug'ruqdan so'ng

**8. Chanoqning tor qismi o'lchamlarini belgilang?**

\*10,5-11 sm

13-12sm

12,5-13sm

9,5-10 sm

**9. Ensa oldinda kelishining oldingi turida o'tkazuvchi nuqta nima?**

\*kichik liqildoq

peshona

katta liqildoq

ensa

**10. Birinchi tug'uvchi ayollarda tug'ru'ning 2- davri maksimal necha soat davom etadi?**

\*2soat

30min

5soat

1soat

**11. Homiladorlikning 8- haftatasida bachadon kattaligi qancha?**

\*Tovuq tuxumi kattaligida

Chaqaloq boshicha

G'ozning tuximicha

Qov sohasiga keladi

**12. Chaqaloq yetilganlik belgilarini ko'rsating?**

\*Teri pushti rang tekis, orqasida ozgina tuklar bor

Teri osti kletchatkasi kam, mushaklar tonusi sust

Yon liqildoqlar ochiq

Bosh suyaklari juda yumshoq

**13. Homiladorlikning ehtimoliy belgilariga kiradi?**

\*Hayz stiklining to'xtashi

Homila yurak urishining eshinishi

Bachadon hajmi va konsistenstiyasining o'zgarishi

Homila qimirlashini sezish

**14. Qaysi ma'lumotga asosan tug'ruq muddatini aytish mumkin?**

\*oxirgi hayzning 1- kundan  
homiladorlik chandig'idan  
homilani turishidan  
bachadon tubi balandligidan

**15. Agar homila boshi chap yon tomonda bo'lsa bu qanday pozistiya va qanday homilaning joylanishi bo'ladi?**

\*bo'ylama yotish 1- pozistiya  
qiyshiq holat 1- pozistiya  
ko'ndalang yotishi 2- pozistiya  
ko'ndalang yotishi 1- pozistiya

**16. Chanoqning tor qismi o'lchamlarini belgilang.**

\*9,5-10 sm  
10,5-11 sm  
13-12sm  
12,5-13sm

**Onada tug'ruq shikastlanish va og'riq sindromi. Oraliq, qin, bachadon va bachadon bo'yni yorilishi.**

**Reja:**

- 1. Akusherlik travmalari.**
- 2. Oraliq yirtilishi.**
- 3. Bachadon yorilishi.**
- 4. Bachadon bo'ynining yirtilishi .**

Akusherlik travmatizmlari qon ketishlar ichida 30-40% ni tashkil qiladi.

Travmatizmlari jinsiy a'zolarning anatomiyasiga qarab, 2 ga bo'linadi: tashqi ( oraliq simfiz, uretra, klitor, uyatli lablar yirtilishi ) va ichki ( bachadon bo'yni, qin, bachadon yirtilishi)

**Oraliq yirtilishi.**

Oraliqni noto'g'ri himoya qilish, oraliqning do'ppayib ko'karishi, keyin esa oqarib yaltirashi va shishishi kabi belgilar oraliqning yirtilishi xavfi paydo bo'lganligidan dalolat beradi. Bunday paytda vrach oraliq o'rtasi (perineotomiya) yoki chekkasini epiziotomiya qilib, tug'ruqdan so'ng uni tiksa, bu yara yirtilgan jarohatga nisbatan tezroq bitadi.

**Oraliq yirtilishi uch darajaga bo'linadi:**

- orqa bitishma yirtilishi;
- oraliq terisi va mushaklarining yirtilishi;
- tug'ri ichakning tashqi sfinkteri, ba'zan devorining yirtilishi.

Oraliq yirtilishini jarohatlarni choklab tiklanadi. Jarohat orqali organizmga infeksiya kirishi xavfi katta, keyinchalik esa u jinsiy a'zolarning pastga tushishiga zamin yaratadi. Tug'ruq jarayonida ba'zan qon tomirlar uzilib qin shilliq qavati yoki teri osti klechatkasiga qon quyilishi mumkin - bunday hollarda to'qimalar taranglashib bezillab turadi. Bunda konservativ yoki agar gematoma tez kattalashaversa, operativ usullar qo'llaniladi.

## **Bachadon bo'ynining yirtilishi.**

Ba'zida bu jarohat qin gumbazigacha va undan o'tib parametral klechatkaga o'tishi mumkin. Shunga ko'ra, bachadon bo'ynining yirtilishi uch darajaga bo'linadi.

1-daraja jarohat uzunligi- 2 sm gacha;

2-daraja jarohat uzunligi 2 sm dan oshib, qin gumbazigacha yetmaydi;

3-daraja jarohat qin gumbaziga yetib, qin usti qismiga ham o'tadi.

Jarohat natijasida qon ko'proq tashqariga, ba'zan esa parametral klechatkaga oqib gematoma hosil bo'lishi mumkin. Bachadon bo'yni jarohatini aniqlash uchun ko'zgular ishlatiladi. Bachadon bo'ynining o'z-o'zidan yirtilishi uning rigidligida, bachadon bo'yni chetlarining haddan tashqari cho'zilishida, tez tug'ishda, funksional tor chanoqda va boshqa hollarda uchraydi.

Bachadon bo'ynining zo'rlik bilan yirtilishi operativ usullar bilan tug'dirishda uchrashi mumkin. Bachadon bo'yni jarohati tikilmasa qon ketishi, o'mida yara, keyinchalik ektropion, chandiqlik, hosil bo'lishi mumkin. Bu esa surunkali yallig'lanish va eroziyalar paydo bo'lishiga zamin yaratadi.

**Davosi:** Jarohat va uning darajasini aniqlab, uning yuqori burchagidan boshlab tikish lozim. Ammo uchinchi darajali jarohat laparotomiya orqali davolanadi.

**Bachadon yorilishi (Ruptura uteri)**-bachadon devorlarining yirtilishidir. Sabablari turli mualliflarning nazariyalari orqali tushuntiriladi.

**Bandel (1875)** mexanik nazariyasi bo'yicha homilaning oldinda yotuvchi qismining chanoq o'lchamlariga tug'ri kelmasligi, ya'ni kattaligi.

**Verbov (1911)** - nazariyasi bo'yicha bachadon to'qimalarining nuqsonli bo'lishi, degenerativ jarayonlar va surunkali yallig'lanish, infantilizm.

### **Uchrashi.**

Asosan takror tug'uvchi ayollarda, anamnezda patologik tug'ruq, bachadon yallig'lanishi, bachadonda operatsiya qilingan ayollarda ko'proq uchraydi. Ayniqsa korporal kesar kesish yo'li bilan tug'dirilgan ayollarda bachadon ko'proq yoriladi. Bu ayollar bachadon ko'proq, yorilishi xavfi yuqori bo'lgan guruhga kiradilar. Hozirgi vaqtda bu guruhga taalluqli homiladorlar soni ko'payib bormoqda. Konservativ miomektomiya, kesar kesishdan keyin ko'pincha homilador

ayollar bachadon yorilishi xavfi belgilari kamligi yoki ularning yo'qligi sababli, ya'ni bachadon to'qimalarining sekin-asta sitilib ketishi yo'li bilan yorilishi tufayli og'riqni sezmaydilar. Bachadonida chandiqlik bor homiladorlar orasida 10-13% ayollarda bachadon shu chandiqlikdan yoriladi. Korporal kesar kesishdan keyingi bachadon pastki segmentda qilingan operatsiyadan keyingi bachadonga nisbatan 6-15 marta ko'proq yoriladi.

**Bachadon yorilishining turlari L. S. Persianinov tasnifi (1964- yil)**

### **I. Yorilish vaqti bo'yicha:**

1. Tug'ruq vaqtida.

2. Homiladorlik vaqtida.

### **II. Etiologiya va patogenez bo'yicha:**

1. O'z-o'zidan yorilishi.

2. Zo'rlik bilan yorilishi.

3. Aralash yorilishi.

### **III. Joylashishi bo'yicha:**

Bachadon tubi yorilishi.

Bachadon tanasi yorilishi.

Bachadon pastki segmentining yorilishi.

Bachadonning qin gumbazlaridan uzilib ketishi.

### **IV. Shikoyat xarakteri bo'yicha:**

1. Batamom yorilishi - bachadonning hamma qavatlarini yorilishi.

2. Chala yorilishi - shilliq qavat va mushak qavatini yorilishi.

### **V. Klinik kechishi bo'yicha:**

1. Bachadonning yorilishi xavfi.

2. Bachadonning yorilishi.

**Bachadon yorilishi xavfi** tahdid qilganda bir qancha belgilar namoyon bo'ladi. Jumladan, dard va tug'loq tez-tez tutib, og'riqli bo'ladi. Tug'uvchi ayol betoqat bo'ladi. Buranib qornini ushlaydi, kontraksiya halqa kindikkacha ko'tarilib qiyshiq joylashadi. Pastki segment o'ta cho'zilib bezillab turadi. Bachadon yumaloq, boylamlari tarang bo'lib turadi. Bachadon bo'yni, qin va tashqi jinsiy organlar shishadi, siyish va siydikni chiqarish qiyinlashadi. Bachadon yorilganda esa quyidagi belgilar paydo bo'ladi: qorin haddan tashqari og'riydi, so'ngra dard va tug'loq tutishi haqida to'xtaydi va ayolning ahvoli borgan sari og'irlashadi, gemodinamika buzilishi belgilari paydo bo'ladi, teri va shilliq pardalar oqarib, tomir urishi tezlashadi, ko'ngli aynib, qayd qiladi. Bachadon yorilgach homila butunlay yoki qisman qorin bo'shlig'iga chiqadi, oldinda yotgan qismi endi harakatchan bo'lib qoladi, homilaning yurak urishi to'xtaydi. Tashqariga qon kamroq oqsa ham, asosan qon qorin bo'shlig'iga quyiladi yoki chanoq klechatkasida va boylamlar orasida gematoma hosil bo'ladi. Shok belgilari borgan sayin kuchayib o'limga olib keladi.

**Davosi.** Bachadon yorilishi xavfi bor vaqtda dard va tug'loqni darhol narkoz orqali to'xtatish zarur. Shundan so'ng operatsiya qilib tug'ruqni tugallash shart (kesar kesish yoki homilani yemirish operatsiyasi). Bu holda homilani burish, akusherlik qisqichi solish, vakuum - ekstraktsiya yoki homilani tortib olish qat'iy man etiladi. Aks holda bachadon yorilib ketadi. Bachadon yorilganda darhol laparotomiya qilinadi - qorin bo'shlig'idan homila, yo'ldosh, quyilgan qon olinib, bachadon tikiladi yoki olib tashlanadi. Shu bilan birga shok va qon yo'qotishga qarshi kurash olib boriladi.

### **Bachadon yorilishining profilaktikasi**

Homilador ayol ayollar konsultatsiyasida barvaqt dispanser kuzatuv ostiga olinadi va sinchiklab tekshiriladi. Bachadon yorilishi xavfi bor (chanog'i tor, homilasi noto'g'ri yotgan, homilasi yirik, tug'ruq vaqti o'tib ketgan, ko'p marta tug'gan, akusherlik anamnezi og'ir, ya'ni patologik tug'ruq, og'irlashgan abort, vullig'lanish kasalliklari bo'lgan, bundan oldin operatsiya qilingan ayollar maxsus hisobga olinib, tug'ish vaqtidan oldin tug'ruqxonaga yotqiziladi. Kesar - kesish operatsiyasidan keyin 1-2 yil mobaynida homiladorlikka ruxsat berilmaydi.

buning uchun kontrasepsiya vositalari ishlatiladi. Patologik tugʻruq paytida tugʻruqni notugʻri boshqarish natijasida baʼzan siydik - tanosil va ichak-qin oqmalari paydo boʻlishi mumkin. Bu tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari uzoq qisilishi natijasida hosil boʻladi. Ularning davosi oqmalarni tiklashdan iborat. Profilaktikasi tugʻruqni ratsional olib borish, chanoqning bir sathida, homila boshining uzoq turishiga yoʻl qoʻymaslik. yaʼni funksional tor chanoqni oʻz vaqtida aniqlash. Yana bir xavfli, lekin hozirgi paytda kamdan-kam uchraydigan tugʻruq asorati qov suyaklarining bir-biri-dan yiroqlashishi boʻlib, bu tor chanoq yoki notugʻri operativ tugʻdirishda paydo boʻlishi mumkin. Bunda ayol qimirlamay 3-5 hafta chanoq sohasi bintlangan holda yotadi, antibiotiklar qoʻllaniladi.

## **1. BACHADON BOʻYNI JAROHATINI TIKLASH.**

Bemorni tinchlantirish

1. Antiseptik eritma bilan qin va bachadon boʻyni artiladi.
2. Tikishdan oldin ketamin ishlatiladi.
3. Assistentdan bachadonni massaj qilishini soʻraymiz.
4. Bachadon boʻyni qisqich bilan ushlanadi. Qisqich yirtilgan joyni 2 tomonidan qoʻyiladi, bachadon boʻynini hamma tomonini tortib koʻriladi.
5. Uzlüksiz chok bilan yuqori uchidan tikiladi, yuqori uchi qon ketish manbai hisoblanadi.
6. Yuqori uchidan qon ketganda 4 soatga qisqich qoldiriladi.
7. 4 soatdan keyin qisqichni sekin-asta ochamiz, lekin olinmaydi.
8. 4 soatdan keyin qisqich olinadi.

## **2. EPIZIOTOMIYA**

Epiziotomiya - oraliq jarohatini va homila jarohatlanishini kamaytirish maqsadida

vulvani sunʼiy kengaytirish.

### **Tayyorgarlik.**

1. Asboblarni tayyorlash.
2. Bemorga muolaja haqida tushuntiramiz.
3. Antiseptik va anestetiklardan allergik reaksiya yoʻqligiga ishonch hosil qilish.
4. Qoʻlni yaxshilab yuviladi ularga ishlov beriladi va steril qoʻlqop kiyiladi.
5. Jarohat yuzasiga antiseptik bilan ishlov beriladi.

### **Muolaja.**

1. Mahalliy yoki pudental anesteziya qilinadi.
2. Oraliq kengaymaguncha kutib turamiz va bosh 3-4 sm koʻrinmaguncha kutiladi.
3. 2 barmoqni homila boshi bilan oraliqqa kiritiladi.
4. Qaychi uchini barmoq bilan oraliq orasiga kiritib orqa bitishmadan 2-3 sm yuqoriga mediolateral kesiladi.
5. Agar homila boshi epiziotomiyadan keyin darhol tugʻilmasa kesilgan joyni hisob turiladi.
6. Tugʻruqni boshqarib, homila boshi epiziotomiya qilingan kesmani kengaytirmasligi uchun.

## **Tikish.**

1. Oraliqqa antiseptik eritma bilan ishlov beriladi.
2. Mahalliy oqriqsizlantirish.
3. Qin shilliq qavatini uzluksiz chok ketgut bilan tikish. Epiziotomiya qilingan joyni 1 sm yuqoridan qinga kirish qismigacha tikiladi.
4. Muskullarni qavatma-qavat ketgut bilan tugunli chok qo'yiladi. yuqori uchidan pastga qarab tikiladi.
5. Teriga ipak bilan tugunli chok qo'yiladi.
6. Oraliqqa toza taglik qo'yiladi.
7. Asboblarni zararsizlantiruvchi eritmaga solinadi.
8. Qo'lqopni yeching va qo'llarni yuving.
9. Kasallik tarixiga yozib qo'ying.

## **3. Qin va oraliq jarohatlarida tikish**

Tug'ruq vaqtida qin jarohati 4 darajada bo'ladi.

1-daraja: qin shilliq qavati va biriktiruvchi to'qima yirtilishi.

2-daraja: qin shilliq qavati , biriktiruvchi to'qima va mushak qavat yirtilishi.

3- daraja: hamma qavatlar yirtilishi anal teshik sfinkterigacha.

4- daraja: to'g'ri ichak shilliq qavati yirtilishi.

## **1-2 DARAJALI YIRTILISHDA JAROHATNI TIKLASH.**

1- Bemorni emotsional qo'llab quvvatlash. Mahaliy yoki pudendal anesteziya qilinadi.

2. Assistentdan bachadonni massaj qilishni so'raymiz.

3. Qin. oraliq va bachadon bo'yni diqqat bilan ko'zdan kechiriladi.

4. Agar jarohat chuqur bo'lsa , uni 3 yoki 4 daraja emasligiga ishonch hosil qilish.

5. Qo'lga qo'lqop kiyib barmoq anusga kirgiziladi.

6. Ehtiyotlik bilan barmoq ko'tariladi va sfinkter tekshiriladi va uni butunligi va tonusi baholanadi.

7. Qo'lqop steriliga almashtiriladi.

8. Agar sfinkter zaralangan bo'lsa u holda uni 3-4 darajadagidek tikiladi.

9 Agar sfinkter zararlanmagan bo'lsa, u holda qin shilliq qavati, biriktiruvchi to'qima va muskul qavati tikiladi .

10 Yirtilgan joy atrofi antiseptik eritma bilan ishlov beriladi.

11 Qin shilliq qavatiga, oraliq terisiga va oraliq muskul qavatiga chuqur infiltrat hosil qilinib, mahalliy anesteziya qilinadi.

12. Qin shilliq qavati uzluksiz chok bilan tikiladi.

13 .Qin yirtilgan joyidan 1 sm yuqoridan tikiladi. Chok qinga kirish qismigacha davom ettiriladi.

14. Qinga kirish qismi yirtilgan joyi chetlarini bir xil ushlab kerak.

15. Qinga kirish sohasida ichki tomondan tashqi tomonga igna chiqarib ligatura qo'yiladi.

16. Oraliq muskullari alohida chok bilan tikiladi. Agar yirtilgan joy chuqur bo'lsa sohani yopish uchun ikkinchi qator chok qo'yiladi.

17. Terini alohida chok bilan tikiladi. qinga kirish qismidan boshlab tikiladi.

18. Agar yirtilgan joy chuqur bo'lsa, rektal tekshirish o'tkaziladi. To'g'ri ichakda chok yo'qligiga ishonch qosil qilinadi.

### **3-4 darajada jarohatni tiklash.**

1. Jarohatni jarrohlik xonasida tikiladi.

2. Bemorni qo'llab quvvatlash. Adekvat anesteziya qo'llaniladi.

3. Assistentdan bachadonni massaj qilish so'raladi.

4. Qin ,bachadon bo'yni , oraliq va to'g'ri ichak ko'riladi.

5. Anal sfinkteri tekshiriladi:

- qo'lga qo'lqop kiyib, barmoqni anusga kirgiziladi va yengil ko'tariladi.

- sfinkter bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

-to'g'ri ichak yuzasini paypaslang va yirtilgan yuzani ko'rib chiqing.

6. qo'lqop almashtiriladi.

7. Yirtilgan soha antiseptik eritma bilan ishlov beriladi va fekaliiy fragmentlari olinadi.

8. Qin shilliq qavati, oraliq terisi ostiga va oraliq mushak qavatiga anestetik yuboriladi.

9. To'g'ri ichak ketgut bilan tikiladi, alohida choklardan foydalaniladi, shilliq qavat 0,5 sm oraliqda tikiladi.

10. Mushak qavat fastsiya bilan tikiladi, alohida choklar bilan.

11. Jaroxat sohasiga ishlov beriladi.

12. Sfinkter jarohatlanganda :

-Sfinkterni qisqich bilan ushlanadi .Qisqich bilan tortganda sfinkter yirtilmaydi.

-Sfinkterning 2 yoki 3 alohida choklar bilan tikib qo'yiladi.

### **Oliy toifali hamshiraning roli**

Akusherlik qon ketishlar- O'zbekistonda onalar o'limining asosiy sabablardan biri.

**Maqsad:** onalar kasalliklarini va tug'ruqdan keyin qon ketishdan o'lim sonini kamaytirish

**Bajaruvchi** – multidissiplinar komanda (akusher-ginekolog, anesteziolog-reanimatolog, vrach-laborant, akusherka, anesteziolog hamshira, laborant, kichik tibbiy xodim, operatsion kichik tibbiy xodim.

### **Tug'ruqdan keyin qon ketishni aniqlash:**

**Tug'ruqdan keyin qon ketish** – bola tug'ilgandan keyin qon ketishlar bilan aniqlanadi, qachonkim tug'ruq paytida 500mldan ortiq qon yo'qotsa, kesarcha kesishda esa 1000mldan ko'p qon yo'qotsa.

**Tug'ruqdan keyin erta qon ketishlar-** tug'ruqdan keyin 24 soat ichidagi barcha holatlardagi qon ketishlar.

**Tug'ruqdan keyin kechki qon ketishlar-**tug'ruqdan keyin 24 soatdan 6 hafta ichidagi kuzatiladigan barcha qon ketish holatlari.

### **Vaziyatli masala**

33 yoshli tug'uvchi ayol qog'onoq suvlari ketib , dard boshlangach 6 soatdan keyin tug'ruqxonaga yotqizildi. Qiz bola jinsli vazni 4250 gr, uzunligi 56 sm chaqaloq tug'ildi. 5min.dan keyin yo'ldosh ajralib chiqdi, yo'ldoshning hamma



bo'laklari, pardalari butun tug'ruq yo'llarining yumshoq tuqimalari shikastlanmagan. Bachadon tubi kindikdan 3 barmoq eni yuqorida paypaslanadi, ayol yo'ldosh davrida 250 ml qon yo'qotdi. Qon ketish davom etyapti. Siydik pufagi kateterizatsiya qilinib siydik chiqarildi. Vena tomiri ichiga 0,9% li fiz.eritmaning ning 200ml eritmasiga 2ml oksitosin qo'shib tomizildi, bachadon qorin devori ustidan massaj qilindi, natijada bachadon qisqarib, qon ketish to'xtadi, ammo 1-2 minutdan keyin takror qon ketish boshlanib, bachadon xamirsimon, yumshoq, katta qon laxtasi tushdi, yo'qotilgan qon miqdori 500 mldan oshdi.

### Diagnoz. Taktika.

#### Bachadon yorilishida hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshurish	Hamshira tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><b>Shikoyatlari:</b> Qorinda haddan tashqari og'riq, ko'ngil aynishi, qayd qilish</p> <p><b>Epidemiologik anamnez:</b> Yaqin 6 oyda hech qanday muolaja olmagan.</p> <p><b>Ob'yektiv ko'rik:</b> Holsiz, postgemmoragik shok belgilari, puls 100ta, arterial bosim 90/60. Bemor es hushi aniq emas.</p>	<p>Og'riq Qusish Ko'ngil aynishi Holsizlik Bosh aylanishi</p>	<p>1. Bemorning tana harorati o'lchash, pulsni sanash, A/Bni o'lchash</p> <p>2. Ko'proq suyuqlik iste'molini buyurish</p> <p>3. Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borish</p> <p>4. Dori vositalarini o'z vaqtida berish</p>	<p>1. bemor tana harorati o'lchanadi.</p> <p>2. arterial bosim o'lchanadi</p> <p>3. pulsni aniqlanadi.</p> <p>4. bemor muntazam nazoratga olindi.</p> <p>5. laborator tahlillar o'tkazildi.</p>	<p>Bemor ahvoli yaxshi.</p> <p>Puls me yoriga keldi.</p> <p>Bemor ahvoli yaxshilandi.</p> <p>Operatsiyadan keyin bemorni nazorat qilinadi.</p>

### Amaliy ko'nikma

#### BACHADON BO'SHLIG'INI QO'L BILAN TEKSHIRISH

1. Kerakli jihozlarni tayyorlang.
2. Ayolga ( va uning yaqinlariga ) qilinadigan muolajani tushuntiring, unga diqqat bilan quloq soling, savollariga javob bering, tinchlantiring.
3. Ayoldan siydik qopini bo'shatishini so'rang yoki kateterlang.
4. Anesteziya qiling.
5. Antibiotikni profilaktik dozasi yuboring.

#### MUOLAJA

1. Qo'llarni yaxshilab yuvib yoki antiseptik eritma bilan ishlov berib steril qo'lqopni kiying.

2. Qorin oldi devoriga steril salftetkani chap qo'l bilan qo'ying.
3. Bir qo'l ni bachadon bo'shlig'iga kiriting.
4. Ikkinchi qo'lingiz bilan bachadon tubini qorin devori orqali ushlab oling.
5. Bachadon bo'shlig'idagi qo'lni sekinlik bilan arrasimon harakat qilib bachadon bo'shlig'idan yo'ldosh qoldiqlarini ajrating.
6. Bachadon bo'shlig'idan yo'ldosh qoldiqlarini hammasi ajragandan so'ng qo'lni qon quyqalari va qoldiqlari bilan birga bachadon bo'shlig'idan chiqaring, bachadon tubini bosishni davom ettiring.
7. Tomir ichiga oksitotsin kiriting .
8. Qon ketishini profilaktikasi uchun bachadon tubini tashqi massaj qiling.
9. Agar ko'p miqdorda qon ketsa t/i oksitosin yuboring .
10. Ayolni ko'zguda ko'ring va bachadon bo'ynini yoki qinni barcha yirtilishlarini tiklang.

### **MUOLAJANI O'TKAZGANDAN KEYINGI VAZIFA.**

1. Qo'lqoplarni yechishdan oldin ishlatilgan materiallarni teshilmaydigan konteynerga yoki plastik qopga tashlang.
2. Ishlatilgan shprist va ignalarni teshilmaydigan konteynerga tashlang.
3. Bir martali qo'lqoplarni yeching va teshilmaydigan konteynerga tashlang yoki agar ular ko'p martalik bo'lsa ularni 0,5% xlor eritmasiga solib qo'ying.
4. Qo'llarni yaxshilab yuving .
5. Qon ketishini kuzating, ayolda hayotiy muhim a'zolar ko'rsatkichlarini aniqlang va bachadonni yaxshi qisqarganligiga ishonch hosil qiling .
6. Kasallik tarixiga yozib qo'ying .

#### **Test**

**1.Platsentani qo'l bilan ajratilgandan keyin qindan ko'p miqdorda qon ketishi davom etsa, nima qilinadi?**

oral 0,2 mg ergometrin beriladi

\*0,2 mg ergometrin m/oga qilinadi

10t. bir. Oksitatsin vena ichiga yuboriladi

2,5 mg prostaglandin m/oga.

**2.Tug'ruqdan keyin bachadon bo'ynini ko'rishda e'tibor beriladi?**

Bachadon bo'ynini ko'rish uchun qisqichlardan foydalaniladi

\*Barcha qismlari ko'rinishi shart

Ayolga sedativ vositalar berish lozim

Bachadon bo'ynini vizual ko'rib, keyin pastki segmentni ko'rish.

**3.Koagulopatik qon ketish rivojlanish zaminida nima yotadi?**

\* Qon ivish faktorlarining sarflanishi

O'QH kamayishi

Trombositlar miqdorining ko'payishi

Fibrinogenning ko'payishi

**4.Kyuveler bachadonida jarrohlik hajmini aniqlang?**

\*bachadon ekstirpatsiyasi

kesar kesish

bachadon amputatsiyasi

bachadonni qo'l bilan tekshirish

tug`ruq yo'llarining shikastlanishi

**5. Yo'ldosh ajralganlik belgilari paydo bo'lgan, lekin ajralmasdan qon ketish kuzatilayapti nima qilish kerak?**

\*yo'ldoshni qo'l bilan ajratish va chiqarib olish  
yo'ldoshni konservativ chiqarish usullarni qo'llash  
bachadon devorini qirish  
bachadon amputatsiyasi

**6. Qaysi preparatlar hamma qon ivish faktorlarini o'zida saqlaydi?**

\*toza issiq qon  
trombositlar massa  
toza muzlatilgan qon zardobi  
krioprisipitat

**7. Atonik qon ketishiga sabab nima?**

\*tug`ruq kuchlarning o'ta sustligi  
homilaning ko'ndalang yotishi  
homila boshining yozilib kelishi  
homilaning chanog'i bilan kelishi

**8. Erta chilla davrida qon ketish sabablari nima?**

\*Tug`ruq yo'llari shikastlanishi  
Homilaning ko'ndalang yotishi  
Yurak-qon tomir kasalliklari  
Yo'ldoshning bachadon devoriga chin yopishishi

**9. Tug`ruqning 3-chi davri ko'pi bilan necha vaqt davom etadi?**

\*Isoat  
10min  
2soat  
3soat

**10. Bachadonni qo'l bilan tekshirishga ko'rsatma nima?**

\*bachadon gipotoniyasi  
100,0 ml qon ketishi  
tug`ruq yo'llari shikastlanishi  
tug`ruqdagi xorionamionit

**11. Qon ketishga xavfli guruhni aniqlang?**

\*kamqonlikning og'ir darajasi  
22 yoshli birinchi tug'uvchi ayol  
homiladorlikning ilk toksikozlari  
homilaning chanoq bilan kelishi

**12. Bo'shashgan bachadon, massajdan keyin ham qisqarmasa, nima qilish kerak?**

\*Bachadonni qisqartiruvchi qo'shimcha dorilarni qo'llash kerak  
Bachadonni ikki qo'l bilan bosish  
Vena ichiga suyuqlik qo'yish  
Qorin pastiga muz qo'yish

**13. Prostoglandin vositalari quyidagi qaysi yo'l bilan kiritilmaydi?**

Vaginal

\*Mushak orasiga

Venaga

Oral

**14. Agar oksitotsin yuborilgandan keyin 30 daqiqada va kindik traksiyasida yo`ldosh ajralmasa, bachadon qisqarsa**

Kindikni kuchliroq traksiya qilish kerak

Kindik traksiyasi va bachadon tubini bosish

\*qo`l bilan olish lozim

Ergometrin yuborish lozim

**15. Platsentani qo`l bilan ajratishda nima qilish kerak?**

Muolajadan oldin ergometrin yuboring

Muolajadan keyin 24 soat o`tgach antibiotiklar bering

Muolajadan keyin 48 soat o`tgach antibiotiklar bering

\*Bir qo`lingizni bachadon ustiga qo`ying ikkinchisi bilan qorin devori orqali bachadonni kontraksiya qiling

**16. Quyida ko`rsatilgan qaysi patologiya erta chilla davridagi akusherlik qon ketish bilan kechadi?**

\*uzoq davom etgan preeklampsiya

yo`ldoshning markazda yotishi

normal joylashgan yo`ldoshning vaqtdan oldin ko`chishi

Og`ir kamqonlik

Barcha holatlar

## TUG`RUQ OPERATSIYALARI

**Reja:**

**1. Tug`ruq operatsiyalariga ta`rif**

**2. Akusherlik qisqichlari**

**3. Vakuum-ekstraktorni qo`llashga ko`rsatma**

**4. Kesar-kesish operatsiyaga ko`rsatma**

Tirik homiladorda operatsiya ilk marotaba XVII asr boshlarida o`tkazilgan. SSSR da 1780yilda birinchi bo`lib D.Samoylovich operatsiyani tasvirlab beradi. Vatanimiz olimlaridan I.Pobedinskiyning bu sohadagi xizmatlari kata bo`lib hisoblanadi. Akusherlik qisqichlarini dastlab XVII-asr boshlarida shotland shifokori P.Chemberlen o`z manfaatlari uchun ishlatgan. XVIII-asr boshlarida (1723) I.Palfin qisqich modelini ixtiro qilib, Parij fanlar akademiyasiga taqdim etadi. O`zbek olimlari Fedorov, Boryakovskiy, Lazerivich qisqichlarning turli original modellarini yaratishgan.

## TUG`RUQ OPERATSIYALARI

\* AKUSHERLIK QISQICHLARINI QO`YISH

\* VAKUM-EKSTRAKSIYA OPERATSIYASI

\* KESAR KESISH OPERATSIYASI

**Homilani yemirish operatsiyalari**

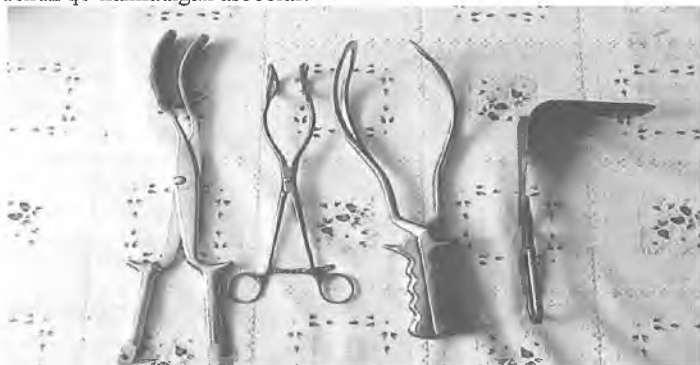
● KRANIOTOMIYA

● DEKAPITATSIYA

● KLEYDOTOMIYA

- EVENTRATSIYA
  - SPONDILOTOMIYA
- AKUSHERLIK QISQICHLARI**

Tug'ruqni tezroq tugallash zarur bo'lganda, tirik yetuk homila boshini tortib olish uchun qo'llaniladigan asboblardir.



*33- rasm: Akusherlikda ishlatiladigan asboblardir*  
**AKUSHERLIK QISQICHLARINI QO'YISH**

Homilaning ensa bilan kelishda yoki old ko'rinishi bilan kelishida, dumba bilan kelganda yoki bosh bilan kelishda tug'ruqda qiyinchilik yuzaga kelganda qo'yiladi. Bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lishi kerak. Boshni suyak chegarasidan quymich suyagidan 2-3sm pastda yoki abdominal tekshiruvda boshi 0/5 joylashgan bo'lishi kerak. O'q yoysimon chok chanoq to'g'ri o'lchamida turishi kerak.

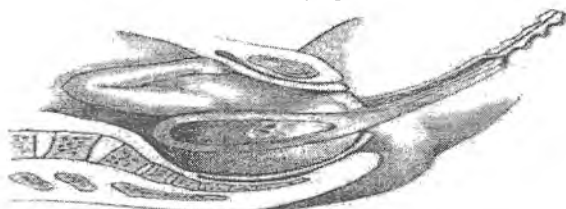
**TAYYORGARLIK** Emotsional tayyorgarlik qilish, pudental anesteziya qilish. Qo'yishdan oldin qisqichlarni yig'ib tayyorlanadi. Qisqich qoshiqlari bir biriga to'g'ri kelganiga ishonch hosil qilinadi. Qisqich qoshiqlariga lyubirikant surtiladi.

**MUOLAJA:** Steril qo'lqop kiyib o'ng qo'l bilan qin yon tomonidan homila boshigacha kiritiladi. Ehtiyotkorlik bilan chap qoshiqchani qo'l va homila orasiga kiritib qoshiqchani joylashtiradi. Akusherlik qisqichlarini homilaning yonoq va tepa suyaklariga ikki tomonidan qo'yilganida eng yagona va xavfsiz holat hisoblanadi. Xuddi shu muolajani ikkinchi tarafdin chap qo'l va o'ng qoshiqchani qo'yish kerak. Tutqichni birlashtirib qisqichlar mahkamlanadi. Qisqichni mahkamlashda qiyinchilik tug'ilsa qisqichni noto'g'ri qo'yilgan hisoblanadi. Agar shu holat yuzaga kelsa u holda qisqichlarni chiqarib olib homila boshini va holati baholanadi. Keyin yana qisqichlarni homila aylangandagina qo'yish mumkin. Qisqichlar yopilgandan keyin chanoq o'tkazuvchi o'qi bo'yicha bir tekislikda tortiladi. Har bir dard orasida homila yurak urishi va qisqichlar to'g'ri kiritilgani tekshiriladi. Homila boshi yorib chiqayotganda epizotomiya qilinadi. Har bir dardlar orasida homila boshini qindan chiqariladi. Har traksiyada homila boshi siljishi kerak.



34-rasm: Akusherlik qisqichlarini qo'yish

### Chiqish qisqichi



35-rasm: Chiqish qisqichlari

Homila boshi chanoq bo'shlig'ida turganda boshga solinadigan qisqichlar .



36-rasm: Chanoq bo'shlig'ida qisqichlarning turishi

### Chiqish qisqichini solish texnikasi

Amaliyot 5 ta bosqichdan iborat

Qisqich qoshiqchalarini kiritish

Qisqich tarmoqlarini qovushtirish

Sinab ko'rish maqsadidagi traksiya

Asl traksiya

**Qisqichni olish**

**Qisqich qo'yishda uchlik qoidasi !!!**

1. Chap qo'l chap qisqich onaning chap tomoni
2. O'ng qo'l o'ng qisqich onaning o'ng tomoni
3. Tutashuv



37-rasm: Sinov traksiyasi

### Vakuum-ekstraksiya yaratilishi

- Dastlab 1849-yil Simpson aero ekstraktorni taqdim etgan.
- 1954-yil Yugoslav akusheri Finderle aparatni ilk original modelini yaratadi.
- 1956-yil Malstrom o'zi yaratgan modelni taqdim qiladi.
- K.Chachavava D.Vashakidzelar yangi va mukammallashgan ekstraktorni

ixtiro qiladi.

### Operatsiya shart-sharoitlari

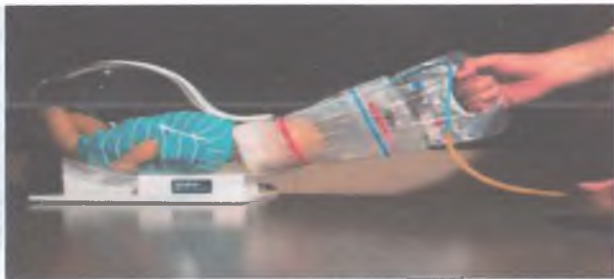
- ◆ Bachadon bo'yni to'la ochilganligi
- ◆ Homila pufagining yo'qligi
- ◆ Homila boshi bilan chanoq razmerlarining mutanosibligi
- ◆ Homila ensasining oldinda yotishi

### Operatsiyaga qarshi ko'rsatma

- ◆ Homila boshining oldinda yozilib yotganligi
- ◆ Chala tug'ish
- ◆ Homila boshi bilan chanoqning nomutanosibligi

### Vakuum ekstraksiya operatsiyasi

MUOLAJA: Eng katta chashkani egilish nuqtasidan yuqori markazga kichik liqildoqdan lsm oldinga qo'yiladi. Bunday joylashtirish traksiyalar vaqtida boshning bukilishini, chiqishiniva ichki aylanishini taminlaydi. Chashkalarni to'g'ri joylashtirish uchun epiziotomiya qilish mumkin. Chashkalarni to'g'ri joylashganini tekshirib ko'ring ayolning yumshoq to'qimalari chashkalar orasiga tushib qolmaganligiga ishonch hosil qiling. Nasosni ishlatib 0,2 kg/sm<sup>2</sup> manfiy bosim bering va to'g'ri joylaganligini tekshiring. Yetarlicha manfiy bosim yuborilgandan so'ng chanoq o'qi bo'yicha va chashkalarga perpendikulyar holatda traksiya boshlanadi. Agar homila boshi yonga kelib qolgan ,yoki yetarlicha bukilmagan bo'lsa traksiya o'sha chiziq bo'yicha qilinadi. Har bir dardda chashkalar chiziq bo'ylab yuzasiga perpendikulyar ravishda tortish takrorlanadi. Steril qo'lqopni kiyib barmoqlarni chashkaning orqasidan darhol bosh yuzasiga qo'yiladi va traksiya davomida boshning surilish imkoniyati va ensa chiqishi baholanadi. Dardlar orasida homila yurak urish sonini, chashkalarning joylashishini tekshiriladi.



**38-rasm: Vakuum ekstraksiya texnikasi**

**Asoratlari . . .**

- Vakuum so'rgich qo'yilgan sohadagi og'riqlarning bo'lishi
- Homila bosh qismida kefalogematoma, bir necha turdagi miya simptomlari kuzatiladi
- Asoratlar apparat nosozligi va shifokor noto'g'ri taktikasi hisobiga yuzaga keladi.

**Kesar kesish operatsiyasi.**

Jarrohlik yo'li bilan bachadonni kesib, homila va yo'ldoshni olish usuli hisoblanadi. Qadimda homilador ayolda homiladorlik davrida yoki tug'ruq davrida o'lim yuz berganda bola hayotini saqlash uchun ushbu jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan.

**KESARCHA KESISH OPERATSIYASI:**



**39-rasm: Qorin old devorini ochish**



**40-rasm: Homilani bachadon bo'shlig'idan chiqarish**





**41-rasm: Plasentani chiqarish**

- **Operatsiya asoratlari**
- **Erta asoratlar**
- Yod jismni qolib ketishi
- Infeksiya tushishi
- Choklar nosozligi
- Immun tanqisligi
- **Kechki asoratlar**
- Peritonit
- Sepsis
- **O'ta kechki asoratlar**
- Chandiqlar

**Kesar kesish operatsiyasiga tayyorlashda oily toifali hamshiraning o'rne.**

Homila boshi chanoq og'ziga suqilgandan keyin Vasten belgisi aniqlanadi. Tekshiruvchi qo'lining kaftini simfiz yuzasiga qo'yilib yuqoriga oldinda yotgan homila boshi sohasiga sirpantiriladi;

1. Homila boshining oldingi yuzasi simfiz sathidan baland bo'lsa, homila boshi chanoqqa mutlaq to'g'ri kelmaydi (Vasten belgisi musbat).

2. Homila boshi chanoqqa salgina to'g'ri kelmasa oldingi yuzasi simfiz bilan bir sathda turadi (Vasten belgisi baravar).

3. Homila boshi chanoqqa mos kelganda o'qning oldingi yuzasi simfiz sathidan pastda bo'ladi (Vasten belgisi manfiy).

Bemorni qayta homiladorlikka tayyorlash chandiqlik nomuvofiqligi asosiy etap hisoblanadi. Ularning asosiylari: operatsiyadan keyingi davrda yiringli septik asoratlar, UTT da aniqlangan sonokonstrast bilan bachadon devori chandiqlik proeksiyasida chuqur defekt, gisteroskopiyada chandiqlik proeksiyasida chuqur biriktiruvchi to'qima o'sganligi borligi.

Homiladorlikda doimiy klinik ko'ruv bachadon chandiqlik holatida nazoratga olish kerak. Bachadon chandiqlik bilan bo'lgan homiladorlikda 2-3 haftasida to tug'ruqgacha gosptalizatsiya qilinadi. Bunday homiladorlikda akusherlik stasionarda yuqori klassifikastion sharoitda xirurgik anesteziologik va neonatologik yordami olib boriladi.

## VAZIYATLI MASALA

29 yoshli homiladorligi yetilgan tug'uvchi ayoldan qon keta boshladi va tug'ruqxonaga olib kelindi.

Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Rangi oqargan. Homila boshi bilan oldinda va chanoqning kirish qismi ustida paypaslaganda qimirlab turibti. Homilaning yurak urishi kindikning chap tomonida 150 marta aniq eshitiladi. Qon bosimi 90/60, pulsi minutiga 130 marta. Dard har 8 minutda 25-30sekund. Qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni 5 sm ochilgan bo'lib u ichki tomonidan butunlay yumshoq xamirsimon to'qima bilan berkilgan. Qinda qon laxtalari bor.

### Sizning taktikangiz?

#### Tug'ruq operatsiyalarida hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshira tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><b>Shikoyatlari:</b> Bel sohasida og'riq, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, bolaning ko'p qimirlashi, ko'p qon ketishi.</p> <p><b>Epidemiologik anamnez:</b> So'nggi foyda hech qanday tibbiy muolajadan foydalanmagan. Chetga chiqmagan.</p> <p><b>Anamnez morbi:</b> Bemor o'zini homiladorlik boshidan beri kasal deb o'ylaydi, kam-kam qon ketgan.</p> <p><b>Ob'yektiv ko'rik:</b> Rangi oqargan holsiz, arterial bosim 110/70 tana harorati 37C</p>	<p>Ko'ngil aynishi, holsizlik, bosh og'rig'i, doimiy qon ketish, bel sohasida og'riq, bolaning doimiy qimirlab turishi – platsentani pastda joylashuvi</p>	<p>1. Bemor gospitalizatsiya qilinadi.</p> <p>2. Bemorning tana harorati o'lchash, pulsi sanash, A/Bni o'lchash;</p> <p>3. Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurish;</p> <p>4. Qon, siydik tahlilini tekshirib borish</p> <p>5. Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borish;</p>	<p>1. Bemor tana harorati o'lchanadi va operatsiyaga o'tkazildi</p> <p>2. arterial bosim o'lchanadi</p> <p>3. pulsi aniqlanadi.</p> <p>4. bemor muntazam nazoratga olindi.</p> <p>5. laborator tahlillar o'tkazildi.</p>	<p>Bemor operatsiya qilindi.</p> <p>Qon bosimi normada.</p> <p>Bemor ahvoli yaxshilandi.</p>

### Test

1. Kesarcha kesish operatsiyasining qanday asoratlari bor?

\*peritonit

Yara

infeksiyasi

endometrit

2. Kesar kesish operatsiyasining erta asoratini ko'rsating?

\*gipotonik qon ketish

Hayz siklining buzilishi

Choklarning bitmasligi

3. Kesar kesish operatsiyasidan so'ng bachadondagi choklarning sifatsizligi natijasida nechanchi kuni peritonit boshlanadi?

\*7-9 kunda

13-15 kunda

17-19 kunda

4. Kesar kesish operatsiyasidan keying peritonitning necha xil formasini bilasiz?

\*3

5

8

5. Peritonitning erta belgisiga nima kiradi?

\*ichak parezi

endometrit

parametrit

6. Platsenta markazda joylashganda tug'dirish usuli qanday?

\*Kesar kesish

Tabiiy tug'ruq

Homilani dumbasi bilan tug'dirish

7. Peritonitning noto'g'ri shaklini ko'rsating?

\*Tarqalgan

chegaralangan

chegaralanmagan

8. Peritonitning kechishida nechta faza kuzatiladi?

\*3ta

5ta

7ta

9. Kesarcha kesishga absolyut ko'rsatma bo'la olmaydi?

\*platsenta ko'chishlarining 2chi darajasi

Bachadon yorilishi

yo'ldoshning to'liq oldinda kelishi

10. Kesar kesish operatsiyasining qaysi turidan keyin chandiq bo'ylab yirtilish xavfi ko'proq kuzatiladi?

\*Korporal

Pastk isegmentdan

ekstraperitoneial

## TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRDAGI GIPERTERMIYA SINDROMI

REJA:

• CHILLA DAVRI INFEKSIYALARI.

• SEPSIS.

• SEPSIS PROFILAKTIKASI.

• AKUSHERLIK PERITONITI.

So'nggi o'n yil orasida tug'ruqdan, operatsiyalardan va abortdan so'ng yiringli septik kasalliklarning asoratlari ko'payib ketmoqda va onalar o'limida o'zining salmoqli o'rinini tutib kelmoqda.

**Chilla infeksiyasi** – bu tipik jarohat infeksiyasini bildiradi. qaysikim ayollar jinsiy organlarining anatomik xususiyatlari fiziologik funksiyasi jarohatdan .

tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi dastlabki davrda o'zining xarakterli xususiyatlariga ega. Chilla davri kasalliklarining yagona sababchisi – bu infeksiyon qo'zg'atuvchidir. Bu patologiya faqat tug'ruq stasionarlarida sanitariya – gigiena qoidalariga rioya qilmaslik, antiseptika va aseptikaga, ekstragenital infektsiya o'chog'ining rolini baholamaslik, organizmning himoya kuchining pasayishi hamda homiladorlik va tug'ruqni kechishini ba'zi bir xususiyatlari tufayli yuzaga keladi. Har xil chilla kasalliklari ko'pincha u yoki bu faktorlar zahirida paydo bo'ladi. Ular orasida uzoq muddatga cho'zilgan tug'ruq, suvsiz davrning cho'zilishi, ko'p marotaba qin orqali tekshirishlar, operativ usul bilan tug'dirish, qin, oraliq, bachadon bo'ynining jarohatlanishi hamda ba'zi bir diagnostik manipulyatsiyalar (amnioskopiya, homila tug'uvchi elektrokardiografiya) va boshqalar muhim rol o'ynaydi.

O'zbekistonda 1989-2002 yillar onalar o'limi tahlil qilinganda, yiringli – septik kasalliklardan bu holat 15,3% (549) ni tashkil qilgan va qon ketishlar, EGK va preklampsiyadan so'ng to'rtinchi o'rinni egallab kelmoqda.

**Sepsis** – bu grekcha so'z bo'lib, chirish degan ma'noni bildiradi. Bunda organizmda va qon tomir o'zanlarida bakteriya va toksinlar borligi, ularning uzoq muddat davomida to'liqsimon holatda umumiy qon tomirga yaradan yoki qon ketishi sekinlashgan mikrosirkulyatsiyaning buzilgan zonalaridan kelishidir.

#### **Etiologiyasi:**

##### **Xavfli faktorlar :**

1. Makroorganizm holati.
2. Mikroorganizm holati.
1. atrof-muhit.
2. terapevtik doza



*42-rasm: Qo'zg'atuvchining mikroskopik ko'rinishi*

##### **Qo'zg'atuvchi:**

- Aerob infeksiya
- Anaerob infeksiya
- Stafilokokk, streptakokk
- Gerpes virus, sitomegalovirus, miks infeksiyalar.

### **Klassifikatsiyasi**

- sistemali yallig'lanishga javob sindromi – SSVO
- sepsis
- sepsis-sindrom
- septik shok
- refrakter septik shok

### **Kechish bo'yicha:**

1. Yashin tezligida kechishi
2. O'tkir kechishi
3. O'tkir osti kechishi
4. Surunkali sepsis

### **SEPSIS VA SEPTIK SHOKNING DIAGNOSTIK KRITERIYALARI**

Patologik jarayon	Klinik – laborator belgilar.
SSVO ( SYAJR )	2 yoki o'ndan ortiq belgilar bilan xarakterlanadi: <ul style="list-style-type: none"><li>• tana harorati &gt; 38<sup>0</sup> S yoki &lt; 36<sup>0</sup> S,</li><li>• YUQS &gt; 90 min.</li><li>• NS &gt; 20 min.</li><li>• Qonda leykostitoz &gt; 12 ming/ ml yoki</li><li>• &lt; 4 ming/ml yoki yetilmagan forma 10 %</li></ul>
Sepsis- mikroorganizm invaziyasiga tizimli yallig'lanish javobi.	SYAJR belgilarining 2 va undan ortig'i bo'lishi va infeksiya o'chog'ining borligi.
Sepsis sindrom – sepsis organ disfunktsiyasi va to'qima perfuziyasining buzilishi.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bosh og' rishi;</li><li>• Es-hushining o'zgarishi;</li><li>• Tana haroratining doimiy ko'tarilishi.</li><li>• Arterial gipotoniya</li><li>• Taxikardiya – 120 – 130 ud..min</li><li>• taxipnoe – 30</li><li>• MVB oshishi</li><li>• ECHT - 40 – 65 ml/g</li><li>• leykostitoz.</li><li>• Splenomegaliya</li><li>• siydikda oqsil va shaklli elementlarning paydo bo'lishi.</li><li>• Trombinning pasayishi 45 – 50 %.</li></ul>
Septik shok – infuzion terapiya bilan tiklanmaydigan organ va to'qima gipoperfuziyasi va arter. gipotoniya.	<ul style="list-style-type: none"><li>• gipertermiya 39 – 41<sup>0</sup> S, qaltirash</li><li>• psixik holatning o'zgarishi.</li><li>• makro mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi</li><li>• Metabolik atsidoz.</li><li>• Siydik miqdorming 30 ml/g. Dan pasayishi</li><li>• Trombotsit – 150 – 109/l.. protromb. ind.&lt; 70 %</li><li>• Kreatinin &gt; 0,176 mmol/l,siydikda natriy &lt; 40 mmol/l</li><li>• ALT, AST va ishqoriy fosfatazaning normadan 2 marta oshishi.</li></ul>
Refrakter septik shok	-- adckvat infuzion terapiya bilan tiklanmaydigan arter. gipotoniya.



*43-rasm: Infuzion terapiya*

**Sepsis klinikasi** - yuqori harorat, qaytalanuvchi qaltirash, tez o'sib boradigan intoksikatsiya, hayolsizlik, tormozlanish intoksikatsiya bilan davom etadi. Ko'tarilgan temperatura bilan bir vaqtda taxikardiya, taxipnoe, sianoz rivojlanadi. Kasalni tekshirgan vaqtda gipotoniya, oligouriya, proteinuriya, markaziy venoz bosimini ko'tarilishi, EKG da yurak o'ng bo'lmachalaridagi o'zgarishlarni kuzatish mumkin.

Gemogramma yuqori ECHT va leykostitoz, oq qon formulasining chapga siljishi, o'sib borayotgan anemiya bilan xarakterlanadi. Kasallikning og'ir kechishini xarakterlovchi leykopeniyani kuzatish mumkin. Teri qatlamlarining oqarganligi, lablarning ko'karishi, timoq falangalarining sianoz belgilanadi. Sepsisning klinik ko'rinishi bir xil kechmaydi. 40 – 41 gradus tana harorati ko'tarilsa, u bilan bir qatorda sutka davomida tana haroratining sekin asta ko'tarilishi klinik formalari namoyon bo'ladi.

**Sepsis - sindrom** asosida zararlangan to'qimalarning mikroblilik toksinlar, mikroblilik tana mahsulotlari, zararlangan to'qimalarning intoksikatsiyasi yotadi. Qaltirashlar kuzatiladi, umumiy ahvoli og'ir, adinamiya paydo bo'ladi, holsizlik, kuzatilgan yoki tormozlangan ahvoli bo'ladi. Hamma kasallarda yurak yetishmovchiligi, yurak tonlarini o'zgarishi, A/B ning tushishi, rivojlanadi, gemogramma 40 – 65 mm/g gacha ko'tarilgan leykositoz ( $10,6 : 10/l$ ), anemiya kuzatiladi. Shunday qilib, sepsis - sindromning klinik manzarasi intoksikatsiyaning kech og'ir boshlanishi, ahvolining qayta yomonlashuvi, qisqa remissiyaga tushishi bilan xarakterlanadi. Sepsis - sindromda zararlangan a'zolarida ko'p tizimlarning funksional holati buziladi: suv elektrolit almashinuvi (gipovolemiya, giponatremiya, giperosmollik, ) buziladi. Oligouriya va buyrak yetishmovchiligida yiringli pielonefrit natijasida giperazotemiya va giperkaliemiya kuzatiladi. Ikkilamchi yiringli o'choqning paydo bo'lishi yo'talning, intoksikatsiyaning kuchayishi bilan davom etadi. Ikkilamchi yiringli o'choqlari o'pkalarda, jigarda, buyrakda, miyada, miya qatlamlarida hosil bo'ladi. Birlamchi o'choqlarda belgilangan mikroorganizmlar miqdorining yig'ilishi sepsis rivojlanishidan dalolat beradi, mikroblilik qayta yiringli o'choqlarda yig'ilishi immunitetning

pasayishidan dalolat beradi va mikroblarning qonga tushishi va metastaz hosil bo'lishiga sabab bo'ladi.

**Davolash:-** bachadonda yiringli o'choq infeksiyasi bo'lsa, darhol faol ravishda qolgan yo'ldosh qoldiqlarini yoki qon laxtalari bo'lsa, u holda ularni kyuretka bilan olib tashlash lozim. Agarda yuqorida aytilganlar bachadon bo'shlig'ida bo'lmasa, antiseptik eritma ikki tomonlama erituvchi kateter yordamida bachadon bo'shlig'i yuviladi. Ba'zi hollarda bachadon ekstirpatsiyasi qilinadi. Unga ko'rsatma: kesar – kesish operatsiyasidan so'nggi peritonitda infeksiyon toksik shoklarda effektsiz konservativ terapiya va buyrak – jigar yetishmovchiligidagi sepsisda. Nekrotik endometritda bachadonni olib tashlash ko'rsatiladi. Birlamchi o'choqning mastit, oraliq yiringi, inyeksiyadan so'nggi absessdagi ko'rinishlarida xirurgik aralashuv ko'rsatiladi va nekrozlangan to'qima, yiring olib tashlanadi. Og'ir retsediv intoksikatsiyali mastitda, effektiv intensiv terapiya yetishmovchiligida laktatsiya to'xtatiladi. **Birlamchi sepsis o'chog'i kasallikning birinchi kunlaridan tashqari, davom etib saqlanadi.** Xronisepsisga ham olib boruvchi bo'lib qoladi. Infeksiya o'chog'iga kompleksli antibakterial terapiya, infuzion – transfuzion terapiya, umumiy quvvatlovchi, dissenbilizatsiyalovchi, immunokorreksiyalovchi, simptomatik, gormonal terapiyalar bilan ta'sir ko'rsatishi lozim. Asosiy e'tiborni antibakterial terapiyaga qaratish talab qilinadi. Mikroblarning antibiotiklarga sezgirligini laborator test orqali aniqlash mumkin. Sepsisda antibiotiklar bilan davolash 14 – 20 kun, ba'zi holatlarda ko'proq davom etadi.

#### **Davolash prinsiplari:**

- Operativ davo bachadon ekstirpatsiyasi ortiqlari bilan birga.
- Antibiotikoterapiya
- Infuzion – transfuzion terapiya.
- Erta boshlangan O'SV.
- Immunokorreksiyalovchi davo.

### **SEPTIK SHOK**

Turli mualliflarning ma'lumotlariga qaraganda septik shok ona o'limining sababchisi hisoblanadi. Kesarcha – kesish operatsiyasi ko'payganidan so'ng, operatsiyadan so'nggi infeksiyon asoratlar klinikada 22 % ni tashkil qiladi. Asosiy % endometritga tushadi – 54,8 % operatsion yaralarning infeksiyalanishi 22,8 %, adneksit – 18,7 %. Akusherlikda infeksiyon – toksik shok tug'ruqdan so'nggi – septik kasalliklar asorati bo'lib qolmay, balki kriminal abort asorati bo'lib ham hisoblanadi. Septik shok klinik sindrom bo'lib hisoblanadi. Bunga turli xil kasalliklar asorati deb qarash mumkin. Tug'ruqdan so'nggi va bola olib tashlashdan so'nggi septik kasalliklarga nisbatan uning uchrashi 3 dan 15 % gacha tashkil qiladi. Septik proseslar belgilari chaqirilgan gramm(-) mikroorganizmlardan 16,8 % ni, gramm (+) 4,4 % ni tashkil qiladi.

### **ETIOPATOGENEZ**

Septik proseslarning qo'zgatuvchilari bo'lib, gramm manfiy mikroorganizmlar, endotoksinlar hisoblanib, ular asosida septik shok yuzaga

keladi. Bu holda gramm musbat qatlamlarining komponentlari, mukopeptid bakteriyalari, stafilakokkli protein A aktiv boshlang'ichlari bo'lib hisoblanadi. Shok yuzaga kelishi uchun infeksiyadan tashqari, ikki faktor ham ahamiyatga ega:

- bemor organizmning umumiy rezistentligini pasayishi va massivli qo'zgatuvchilarining yoki uning toksinlarini qon yo'lga kirishi. Infeksiya – o'chog'i bo'lib bachadon hisoblanadi. Shokni rivojlanishiga bir necha faktorlar qatnashadi:

- bachadonda infeksiya kirish darvozasi bo'lib hisoblanadi;
- qon laxtalari va homila tuxumining qolishi, mikroorganizmlar uchun oziqa muhiti bo'lib hisoblanadi;
- homilador bachadonni qon aylanishi ayol qoniga bakterial floraning tushishiga hamrohlik qilishi;
- gormonal gomeostazning o'zgarishi estrogenli va progesteronli;
- shokni rivojlanishini yengillashtiruvchi homiladorlar giperlipidemiyasi;
- ayolning homiladorlik bilan allergiyalanishi.

So'nggi yillardagi adabiyotlarning ma'lumotlariga asoslangan holda septik shokning patogenezini quyidagicha izohlash mumkin: Qon tomir o'zanlariga mikroorganizmlar toksinlarining kelishi jigar va o'pka, trombositlar, leykositlar retikulo – endotelial sistemasining membrana hujayralarini buzadi. Bu patofiziologik o'zgarishlar UAYUQH ning ahamiyatli pasayishiga olib keladi va gipovolemiya boshlanadi. Yurakka qon kelishi kamayadi. Taxikardiyaga qaramasdan minutlik hajmi yurakning o'sib borayotgan periferik gemodinamika buzilishlarini kompensatsiyalay olmaydi. Septik shok uchun terining nekrotik zararlangan qismi, mikrosirkulyatsiya buzilishi bilan bog'liq va toksin hujayra elementlarining yemirilishi bilan xarakterlanadi. Septik shokning patogenezida asosiy momentlarni ajratish mumkin: qon tomir o'zanlariga infeksiyaning tushishi vazoaktiv moddalarini chiqarib tashlash bilan javob beradi. Membrana o'tkazuvchanligini oshiradi, DVS sindrom rivojlanadi. Bularning barchasi periferik gemodinamikaning buzilishiga olib keladi, o'pkalaridagi gaz almashinuvi buziladi va miokarda og'irlik ko'tariladi. Yarim a'zo yetishmovchiligi rivojlanadi.

**KLINIKA:** - Simptomlar shok fazalaridagi, kechishning uzoqligiga, turli xil organlarning zararlanish darajasiga, kasalliklar, ularning asosida yuzaga kelgan shokka bog'liq. Shokning o'tkir o'sishi boshlanadi, gipertermiya, tana harorati 39 – 40 gradus, qaytalanuvchi qaltirash 1-2-3 sutka saqlanadi, so'ngra kritik 2-4 sutkada tushib ketadi. Subfebril yoki normal va subnormal bo'ladi. Septik shokning asosiy belgisi bo'lib A/B ning tushishi hisoblanadi. Shokning giperdinamik fazasida A/B sistolik ravishda 80-90 mm.sim.ust. ga tushadi. Bu holat A/B 15-30 minutdan 1-2 soatgacha saqlanadi. Klinikasida jigar yetishmovchiligi, o'tkir nafas yetishmovchiligi, DVS sindrom progressiyalanishi natijasida qon ketish kuzatiladi. Septik shok kasal uchun o'lim xavfini tug'diradi, shuning uchun erta diagnostika vaqtida qo'yish kerak. Shokning bu ko'rinishida vaqt omili katta ahamiyatga ega. Quyidagi klinik ko'rsatmalarga qarab, diagnoz qo'yiladi:

- organizmda septik o'choqning borligi;
- qaltirash, tana haroratining pasayishi;



- A/B ning tushishi;
- Taxikardiya;
- Taxipnoe;
- Hissiyotning buzilishi;
- Qorinda og`riq, ko`krak qafasida, belda, bosh og`rigi;
- Diurezning anuriyagacha tushishi;
- Teri bo`limlarining nekrozi;
- Organizm umumiy ahvolidning og`irlashuvi.

Yuqori xavfli guruhga kiruvchi bemorlarni alohida kuzatish kerak. Bu bemorlarga homiladorlar, tug`uvchilar kiradi: ularda infeksiya kirish darvozalari tug`ruq vaqtida mavjud bo`ladi:

- tana haroratining tez ko`tarilishi;
- qaytalanuvchi qaltirash;
- MAS tomonidan patologik holatlarning yuzaga kelishi va qayt qilish.

**Quyidagi ko`rsatgichlarga binoan ularda kuzatish olib borish lozim:**

- A/B ni o`lchash va 15-30 minut davomida pulsni o`lchash;
- Tana haroratini har 3 soatda o`lchash.
- Diurezni aniqlash;
- Zararlangan joydan surtma olinadi. Gramm bo`yicha bo`yaladi.

Gramm ( - ) florasining bo`lishi septik shok rivojlanishining xavfi bo`lib hisoblanadi:

- siydik va qonni ekish;
- qonning trombositli klinik analizi. Trombositopiyani septik shok belgilarining boshlang`ichi deb biladilar.
- Qon koagulogrammasi.

### **SEPSIS PROFILAKTIKASI**

Profilaktikaning asosiy yo`nalishi bo`lib, yiringli – septik kasallikni homiladorlarda, tug`uvchilarda paydo bo`lishi va rivojlanishi haqida ogohlantirish bo`lib hisoblanadi. Ayollar maslahatgohida infeksiya o`choqlarini topish va stafilakokk tashuvchilarni sanatsiya qilish lozim. Stafilakokkli anatoksinlar emlanishi o`z qiymatini yo`qotgani yo`q. Akusherlik stasionarlarida sanitariya – gigiyena qoidalari va hospital infeksiya bo`yicha o`tkaziladigan tadbirlariga qat`iy ravishda rioya qilish kerak. Tug`ruqni ratsional taktikada olib borish katta ahamiyatga ega: tug`ruqni uzoq kechishiga yo`l qo`ymaslik, hamda uzoq suvsizlik davriga yo`l qo`ymaslik kerak. Tug`uvchi va homiladorlar orasida yuqori xavfli guruhga kiruvchilarni ajratish va tug`ruqdan so`nggi infeksiyani oldini olish lozim.

**Xavfli guruhga quyidagi patologiya bilan yotgan ayollar kiradi:**

1. Surunkali infeksiya o`choqlari (tónzilit, otit, xolestistit, piyelonefrit va boshqalar ) kiradi.
2. Murakkab akusherlik anamnezi.
3. Anamnezida ginekologik yallig`lanish kasalliklari bilan.
4. Bachadon ichi kontrasepsiyasi olib tashlangandan so`nggi homiladorlik.
5. 3-4 darajali qin tozaligi bilan.

6. EGP bor ayollar .

7. Kortikosteroid terapiya qabul qilganlar.

### **Akusherlik peritoniti**

Keyingi 10 yillarda bizda va chet davlatlarida kesar - kesish operatsiyasining soni ko`rinarli darajada o`sb boradi. AQSh da bu 2 baravarga ko`paydi va hamma tug`ruqxonalarning 10 % tashkil etadi. Kesar - kesish operatsiyasi sonining ko`payib borishi, asosan homila hayotini saqlab qolish bilan bog`liq, chunki operatsiya avvalambor homilaning tug`ruq travmasi va gipoksiyasini oldini olish maqsadida qilinadi.

Peritonit - chilla davrida asosan 3 sababga ko`ra kelib chiqishi mumkin:

- Kesar - kesishdan keyingi asoratlar;
- Bachadon ortiqlari yallig`lanishining xuruji;
- sepsis;

98 % da kesar - kesishdan keyin boshlanadi. Kesar - kesishdan keyingi peritonit, chilla davridagi va abortdan keyingi yiringli – yallig`lanish kasalliklari orasida 4,6 - 7 % ni tashkil etadi. O`lim yuqoriligicha qoladi va 26 - 35 % gacha etadi. Onalar o`limi tarkibida septik kasalliklaridan peritonitga 3,6 - 4 % ga to`g`ri keladi.

### **Klassifikatsiyasi**

I.V. Davidovskiyning ta`riflashicha: - peritonit qorin pardasining yallig`lanishidir.

- O`tkir
- surunkali
- mahalliy
- umumiy bo`lishi mumkin

Akusherlik peritoniti

• Akusherlik peritoniti stadiyasiga ko`ra:

- seroz
- fibrinoz
- yiringli eksudat shakllarida bo`lishi mumkin.

Kesar - kesishdan keyingi peritonit ko`pincha yopiq ba`zida esa total bo`ladi..

### **Klinika**

• Asosiy belgi bo`lib, o`tkazilayotgan davolashga qaramay chidamliligini saqlagan va paralitik o`tkazmaslikka o`tadigan ichaklarning chala falajligi hisoblanadi. Bunda peristaltika to`liq to`xtaydi va qorin bo`shlig`ida « tobutdagi jimlik » ko`rinishi kuzatiladi. Shu vaqtdan boshlab kasalning umumiy ahvoli keskin yomonlashadi:

- yaqqol qaltirash
- taxikardiya
- cyforiya
- suyuq najas

### **Kompleks davolash**

Kompleks davolashning umumiy prinsiplari:

- Peritonit sabablarini yo`qotish uchun o`z vaqtida qilinadigan operatsiyalar.

- Qorin bo'shlig'iga drenaj qo'yish.
- Ratsional antibakterial davolash.
- Dezintoksikatsion davolash.
- Aylanadigan suyuqlik hajmini normallashtirish.
- Parenteral ovqatlantirish.
- Mikrotsirkulyatsiyasini normallashtirish
- KIB ni korreksiyalash.
- Ichaklar peristaltikasini tiklash.
- O'pka, yurak, jigar, buyrak faoliyatining buzilishini oldini olish va davolash.

Klinik xususiyatlarini mo'ljallash diagnostikani osonlashtiradi va taktika jihatdan to'g'ri davolashga imkon yaratadi. Peritonitni davolash – kompleksli bo'lishi kerak. Xirurgik davolash hamma kasallarda jadallashgan konservativ davolash bilan qo'shib olib boriladi.

Operatsiya paytida eksudat xarakteri (seroz, fibrinoz va yiringli) va qorin pardasi jarohatining tarqalganligiga (mahalliy, subtotal, total) ga qarab peritonitning shakli aniqlanadi. Peritonit shaklini aniqlash qorin bo'shlig'ida dializ o'tkazish savolini hal qilish uchun kerak. Ko'pincha qorin bo'shlig'iga yaxshi drenaj qo'yish bilan chegaralanadi. Yoyiq peritonitda qorin bo'shlig'ini ko'p yuvishning foydasi yo'q. Qorin bo'shlig'ini yuvish orqali patogen mikroorganizmlarini va nekrobiozga uchragan to'qimalarini yo'qotish mumkin emas, dializ paytida qorin pardasining baryer funktsiyasi buzilishi mumkin va total peritonit kelib chiqishi mumkin. Peritonitni mahalliy davolash bilan bir qatorda umumiy davolashni ham o'tkazish kerak. Umumiy davolashdan maqsad – patofiziologik buzilishlarni kompensatsiya qilish va infeksiya, intoksikatsiya bilan kurashishdir. Umumiy davolash operativ davolashdan oldin yoki birgalikda olib borilishi zarur. Kesar – kesish operatsiyasi davomida qorin pardasiga infeksiya tushishidan kelib chiqadigan peritonitning klinik shaklida umumiy davolash hal qiluvchi usul bo'lishi mumkin, qaysikim infeksiyani lokalizatsiya va neytralizatsiyaga olib kelishi mumkin. Umumiy davolashning muhim komponentlari bo'lib, yo'qotilgan suyuqlikni to'ldirish, hamda oqsillar, elektrolidlarni to'ldirish, KIB va mikrosirkulyatsiya buzilishini korreksiyalash hisoblanadi

Peritonitda, falajlik ahvolidagi suyuqlikning yo'qolishining roli katta, qaysikim suyuqlik defitsiti sutkasida 4-6 litrga yetadi, shunga qaramay peritonit bor kasallarda infuzion davolash diurez tezligiga bog'liq holda o'tkaziladi. Diurezni diuretik vositalar yordamida tezlashtirish kerak. Metabolik atsidozda 4 % bikorbonat natriy eritmasi 150 – 200 ml. miqdorda yuboriladi. Metabolik atsidoz qoidaga binoan, gipokalemik alkaloz bilan almashinadi. Buni davolash ichaklar funksiyasini tiklashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Shuning uchun sutka davomida 6-12 gr. Kaliy ishlatish ko'rsatilgan. Kasal doim burun kateteri orqali kislorod oladi, nafas olish takrorlanishi va xarakteri nazorat qilinadi. Nafas yetishmovchiligi kuchayganda o'pkalarni sun'iy ventilyatsiyasi kerak bo'lib qoladi. Antikoagulyantlar bilan davolash maqsadga muvofiq deb topilgan, shu jumladan geparin bilan uning mikrotsirkulyatsiyaga ko'rsatadigan yaxshi ta'siridan kelib chiqqan holda. Geparinning natriyli tuzi sutkasida 30000 ed. yuborilgan. Umumiy

davolashda proteazaning ingibitorlari qo'llaniladi. Xulosa qilib aytganda, kesar – kesishdan keyingi peritonitning hozirgi zamon davolash prinsiplariga differensial yondoshish kerak. Operatsiya paytida infeksiya tushishidan kelib chiqqan « erta » peritonitini davolashda – mikrosirkulyatsiyani yaxshi qiladigan infuzion. antibakterial va umumiy quvvatini oshiradigan davolashga alohida o'rin berilgan. Bunday davolash jarayonini lokalizatsiyasiga olib keladi.

## AMALIY KO'NIKMA

### *Tug`ruqdan keying endometritda bimanual ko`rik*

**Maqsad:** talabalarga bemorni ob'yektiv va sub'yektiv ma'lumotlarga asosan diagnoz qo'yish, kasallik og'irlik darajasini baholash va davolash taktikasini tanlashni o'rgatish.

**Ta'minlanish:** ginekologik kreslo, steril qo'lqop,

1. Ayol ginekologik kreslodagi oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukib yotadi.

2. Shikoyatlari: Isitma va badbo'y hidli qonli –yiring aralash lohiyaga

3. Kasallik anamnezi: tug`ruqni 3-4 sutkasidan keyin yuzaga kelgan.

4. Hayot anamnezi: hayz kelishi 14 yoshdan, 3-4 kun, har 28 kunda, jinsiy hayoti 19 yoshdan, ginekologik kasalliklari - surunkali adneksit. Irsiyatga moyilligi yo'q, zararli odatlari yo'q. Oxirgi hayz 12.05.2017 yilda bo'lgan.

5. Umumiy ko'ruv: bemorning ahvoli o'rtacha og'ir, teri qoplamlari oqish, T 38-3 ko'ruvda: yumshoq, paypaslanganda og'riqli.

6. Dastlabki diagnoz: shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi hamda lokal status va ob'yektiv ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi.

Qonning umumiy analizi: gemoglobin, eritrosit miqdorining kamayishi. ECHT 30-55 mm/s, leykositlar  $14 \cdot 10^9/l$  dan oshgani, qonda neytrofil tayoqchalarni chappa siljigani

Ko'zgularda ko'ruv: qindan badbo'y hidli qon-yiring aralash ajralmalar.

Qin orqali ko'ruv: bachadon kattalashgan va palpatsiyada og'riqli

7. Klinik diagnozni qo'yish va asoslash: dastlabki diagnoz va klinik – instrumental tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi.

• Asoratlari: sepsis va infeksiyon-toksik shok

8. Differensial diagnostika: parametrit, salpingoofarit, bachadon miomasi,

9. Konservativ davo:

1. Antibakterial terapiya

2. Yallig'lanishga qarshi

3. Immunositmullovchi

4. Dezintoksikasion va desensibillovchi terapiya

10. Operativ davolash: Umumiy yoki mahalliy anesteziya qilib bachadon bo'shlig'ini qirish intensiv terapiya effekti bo'lmagan taqdirda gisterektomiya Kasallik qaytalanishini oldini olish Organizmning buzilgan faoliyatini tiklash Reabilitatsion terapiya

• Profilaktika: Tug`ruqni 3-davrini faol olib borish. Yo'ldosh ajralgandan so'ng uni to'liq tekshirish.

### Sepsisda hamshiralik jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshira yordamini rejalashtirish	Rejalashtirilgan rejani amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><b>Bemor shikoyatlari:</b>                      Bemorda umumiy holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, qorin sohasida kuchli og'riq, sassiq hidli chigindilar kelishi, tug'ruqdan keyin 2-3 kun o'tgach ayol qaltirash</p> <p><b>Epidemiologik anamnez:</b>                      Yaqin 6 oyda hech qanday muolaja olmagan.</p> <p><b>Obyektiv ko'rik:</b>                      tana haroratining 40-41C gacha ko'tariladi. Ahvoli keskin yomonlashgan. Bemor uyquchan, beparvo, bosh og'rig'i, alahlaydi. Tili oq karash bog'lagan, terisi quruq, och sariq yoki kulrang tusga kirgan.</p>	<p>Umumiy holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, qorin sohasida kuchli og'riq.</p> <p>Tili oq karash bog'lagan, terisi quruq, och sariq yoki kulrang tusga kirgan</p>	<p>1. Bemorning tana harorati o'lchash, pulsni sanash, A/Bni o'lchash</p> <p>2. Ko'proq suyuqlik iste'molini buyurish</p> <p>3. Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurish</p> <p>3. Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib borish</p> <p>4. Dori vositalarini o'z vaqtida berish</p>	<p>1. Bemorning tana harorati o'lchanadi, pulsni sanaldi, A/Bni o'lchanadi</p> <p>2. Parhezni vrach ko'rsatmasi asosida buyurildi.</p> <p>3. Bemorning ahvolini muntazam ravishda kuzatib boradi.</p> <p>4. Vrach ko'rsatmasiga asosan antibiotiklardan beriladi.</p>	<p>1. Tana harorati me'yoriga keltirildi.</p> <p>2. Og'riq yo'qoldi.</p> <p>3. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi</p>

#### Oliy toifali hamshira:

- Akusherlikda birlamchi yordamni ko'rsata olish kerak.
- Shoshilinch holatlarda mustaqil tug'ruq qabul qila olishi kerak.
- Ayollar orasida sepsisni profilaktikasini olib boradi.
- Hamshira eng avvalo bemordan amanez yig'adi.
- Keyingi o'rinda ayolning arterial bosimni o'lchaydi.
- Ayolning tana haroratini o'lchaydi.
- Pulsini aniqlaydi.

#### Davolash

- Operativ davo bachadon ekstirpatsiyasi ortiqchiligi bilan birga.
- Antibiotikoterapiya to'g'ri va tartibli olib boradi.
- Infuzion – transfuzion terapiya to'g'ri tashkil etadi.
- Immunokorreksiyalovchi davoni oqilona olib boradi.

## Test

**1. Homilador ayolning isitmasini nima bilan bog`laysiz (Pasternadskiy +)**

\*pielonefrit

o`lik homila

yuqoriga chiqadigan jinsiy yo`llar infeksiyasi

o`tkir respirator infeksiya

**2. Tug`ruqdan keyingi endometrit nechanchi kunda boshlanadi?**

\*3-4 kunda

1 chi kuni

10 chi kuni

12-13 kunda

**3. Tug`ruqdan so`ng nechanchi kun sut bezi taranglashadi?**

\*3 kun

7 kun

14 kun

6 kun

**4. Septik shokning asosiy simptomini ko`rsating?**

\*Qon bosimining tushishi

Yurak sohasidagi og`riqlar

Mushaklardagi og`riqlar

Talvasa sindromi

**5. Chilla davrining nechanchi kunida septikopiemiya boshlanadi?**

\*10-17 kunlarida

5-9kunlarida

10-12 kunlarda

7-8 kunlarida

**6. Sepsisda antibiotikoterapiya necha kun olib boriladi?**

\*14-20 kun

5-7 kun

40 kun

2 haftada

**7. Sepsisni davolashda sefalosporinlarning sutkalik dozasini ko`rsating?**

\*4-6 gr – T\4

2mln.t/i x4marta

10-12mlt.

4mln.t/i x2marta

**8. Sepsisda anaerob infeksiya bo`lsa antibiotiklar qanday beriladi?**

\*kombinirlashgan turi

kanamitsin

penitsillin

gentamitsin

**9. Chilla davri yiringli-septik kasalliklari orasida necha % peritonit kesar kesishdan keyin uchraydi?**

\*20%gacha

4,6-7%

10%

10-15%

**10. Peritonitning erta belgisiga nima kiradi?**

\*ichak parezi

endometrit

parametrit

bachadondagi choklar nosozligi

**11. Septik jarayonlarda septik shokga keltiruvchi asosiy mikroorganizm nima?**

\*miks - infeksiya

gramm + mikroorganizmlar

gramm - mikroorganizmlar

B-gemolitik streptokokklar

**12. Septik shokda glyukokortikoidlar dozasi?**

\*1,5-2 gr

1gr gacha

750mg

250mg

### **ASOSIY ADABIYOTLAR:**

1. Akusherlik. Ayupova F.M., Jabbarova YU.K. Toshkent, 2006 y.
2. Akusherstvo. Aylamazyan E.K. Moskva, 1998 y.
3. Akusherstvo. Saveleva G.M. Moskva. 2002y.
4. Klinicheskie lektsii po Akusherstvu i Ginekologii. A.N. Strijakova. M.Meditsina 2000y.
5. Uchebnik po akusherstvu Bodyajina V.I. 1980y.

### **Qo'shimcha**

1. Ekstragenitalnaya patologiya i beremennost. Shextman M.M. Meditsina. 2005y.
2. Neotlojnaya pomosh v akusherstve i ginekologii – Persianinov 1989y.
3. Sovremenniye kontratseptivniye sredstva, 1983y Manuilova I.
4. Metodicheskaya razrabotka. Besplodniy brak. 1999y.
5. Perinatalnaya infektsiya. Voprosi patogeneza, morfologicheskoy diagnostiki i kliniko-morfologicheskix sopostavleniy. Rukovodstvo dlya vrachey. V.A TSinzerling, V.F Melnikova «ELBI- SPb Sankt-Peterburg 2002y
6. Rukovodstvo po effektivnoy pomoshi pri beremennosti i rojdenii rebenka perevod s angl. pod redaktsiey A.V Mixaylova. Izdatelstvo « Petronolis » Sankt-Peterburg. 2003y.
8. Gynesology in Primary Gare ROGER P .SMITH, M.O. Williams et Wilkins A Waverly sompany 1996y.
9. WILLAM OBSTETRIS. 1999 y. SSHA
10. Pelvis and Perineum. Brather's Williams. University of Philadelphy.2004y.
- 11.Laboratornaya diagnostika v akusherstve i ginekologii. A.G. Taranov. Moskva. 2004.s 13-40.
- 12.Okazanie pomoshi pri oslojnnenom techenii beremennosti i rodov. VOZ 2002.
13. Kratkoe rukovodstvo po profilaktike infektsii. Pervoe izdanie. Tashkent. 2004 y. 236 str.
14. Neotlojnaya pomosh v akusherskoy praktike. VOZ 2004y
- 15.Prakticheskoe Akusherstvo. Kadirova A.A., Kattaxodjaeva M.X., Najmutdinova D.K. Tashkent. 2001y17.
15. Milliy standart
16. Internetdan olingan ma'lumotlar:  
[www.ksmmed.ru/pat/gynesology](http://www.ksmmed.ru/pat/gynesology), [www.medsan.ru](http://www.medsan.ru), [www.medtm.ru/gyn.html](http://www.medtm.ru/gyn.html),  
[dir.rusmedserv.som/index](http://dir.rusmedserv.som/index), [www.medlinks.ru/spesiality](http://www.medlinks.ru/spesiality), [www.health-ua.som/parts/gynaesology/](http://www.health-ua.som/parts/gynaesology/), [www.5-ka.ru/med](http://www.5-ka.ru/med), [www.medgorodok.ru](http://www.medgorodok.ru), [www.rh..org](http://www.rh..org),  
[www.med-site/narod.ru/index.htm](http://www.med-site/narod.ru/index.htm)



## MUNDARIJA

1. Akusherlikda hamshiralik jarayonini tashkillashtirish xususiyatlari. Homilador ayollarni tekshirish usullari.....	5- bet
2. Bexatar onalik prinsiplari. Erta chilla davrida oliy ma'lumotli hamshiraning o'rni.....	23- bet
3. Akusherlikda gipertenziv sindrom.....	38- bet
4. Gipertermiya, og'riq va umumiy holsizlik sindromi akusherlikda.....	54- bet
5. Akusherlikda rezus-immunizatsiya va homila gemolitik kasalligi.....	69- bet
6. Akusherlikdagi qon ketish sindromi.....	79- bet
7. Tor chanoqdagi og'riq sindromi.....	97- bet
8. Onada tug'ruq shikastlanish va og'riq sindromi. Oraliq, qin, bachadon va bachadon bo'yni yorilishi.....	106- bet
9. Tug'ruq operatsiyalari.....	115- bet
10. Tug'ruqdan keyingi davrdagi gipertermiya sindromi.....	122- bet
11. Adabiyotlar .....	135- bet

## CONTENTS

1. Features of nursing process in obstetrics. Methods of examining pregnant women.....	5page
2. Principles of Motherhood. The role of nurses in the early Christian era.....	23 page
3. Hypertensive syndrome is in obstetrics.....	38 page
4. Hyperthermia and general weakness syndrome are obstetric.....	54 page
5. Immunoconflict syndrome is pregnant.....	69 page
6. Obstetric hemorrhage syndrome.....	79 page
7. Thoracic pain syndrome.....	97 page
8. Trauma trauma and pain syndrome in the mother. Interruption of the uterine worm and vaginal uterine fracture.....	106 page
9. General information on obstetrics surgery.....	115 page
10. Hypertension syndrome after postnatal period.....	122 page
11. Literatures.....	135 page

Bichimi 60x84 1/16. Hajmi 8.5 shartli bosma toboq.  
7.9 hisob-nashriyot bosma tobog'i. Ofset qog'oziga ofset  
usulida chop etildi. Adadi 50 nusxa. 170-sonli buyurtma.

«Standart Poligraf» x/k bosmaxonasida chop etildi  
Buxoro shahri, Navoiy shohko'chasi 6-uy.



**Ixtiyarova Gulchehra Akmalovna** – Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Buxoro Davlat Tibbiyot instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri. Ilmiy izlanishlar yo'lida 200 dan ortiq ilmiy metodik ishlar va o'quv-uslubiy ishlar hamda 2 ta grant va patent muallifi. Mualliflik va hammualliflikda 6 ta monografiya, 5 ta o'quv qo'llanmalar, 2 ta elektron darslik va 30 dan ortiq chet elda maqolalar chop etilgan. Bir qator chet el universitetlarga malaka oshirgan. Kafedrada 15 dan ortiq magistrlar va 30 dan ortiq klinik ordinatorlar rahbari.



**Matrizayeva Gulnara Jumaniyozovna** – Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urgench filiali akusherlik va ginekologiya kafedrasi mudiri. Ilmiy izlanishlar yo'lida 80 dan ortiq ilmiy metodik ishlar e'lon qilgan. 1 ta monografiya, 2 ta o'quv qo'llanma, 27 ta uslubiy qo'llanmalarni nashr etgan. Kafedrada 15 dan ortiq klinik ordinatorlar rahbari.



**Qurbanova Zamira Shuxratovna** - Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasi assistenti. 40 dan ortiq ilmiy va o'quv-uslubiy ishlar, 1 ta o'quv qo'llanma, 1 ta monografiya va 1 ta elektron darslikning hammuallifi.

ISBN 978-9943-5412-5-2



9 789943 541252