

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIMI MARKAZI

Ya. N. ALLAYOROV

AKUSHERLIK

Tibbiyot kollejlari uchun darslik

«O'zbekiston milliy ensiklopediyasi»
Davlat ilmiy nashriyoti
Toshkent – 2007

Taqrizchilar:

Zokirova Nodira Islomovna – Samarqand tibbiyot instituti davolash fakulteti UASh tayyorlash akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, t.f.d., professor.

Meliqulov Xolmurod Meliqulovich – ushbu kafedra dotsenti, t.f.n.

Allayorov Yaxshinar Norbobayevich.

A51 Akusherlik: Tibbiyot kollejlari uchun darslik/
Ya.N.Allayorov. –T: O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi,
2007. – 464 b.

Darslikda mavzularni yoritishda homiladorlik va tug‘ruqni boshqarish, chaqaloqlik davri parvarishi, akusherlik patologiyalarining oldini olish va davolashda akusherlik amaliyotida keng qo‘llaniladigan klassik usullar bilan bir qatorda Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari ham inobatga olingan. Bu kollej o‘quvchilari ushbu fanni mukammal o‘zlashtirishlariga yaqindan yordam beradi.

BBK 57.16

A $\frac{4108160000}{358 - 2007}$

ISBN 978-9943-07-064-6

© «O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi»
Davlat ilmiy nashriyoti, 2007-y.

SO‘Z BOSHI

O‘zbekiston Respublikasida “Kadrlar tayyorlash milliy dasturi” hamda “Sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturi” ning hayotga tadbqiq etilishi jahon andozalariga mos, raqobatbardosh, davlat ta’lim standartlari talablariga javob bera oladigan mutaxassislarni tayyorlash ehtiyojini keltirib chiqardi.

Umumiy amaliyot akusherlarini tayyorlashda tibbiyot kollejlari akusherlik ilmining hozirgi kundagi yutuqlari, Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalariga binoan tegishli ma’lumotlar asosida nazariy bilimlar berish va amaliy ko‘nikmalar hosil qilish davr talabidir. Akusherlik ishi mutaxassislarini tayyorlashda hozirgi kunga qadar V.I.Bodyajinaning Akusherlik darsligi hamda xalqaro tashkilotlar tomonidan o‘tkazilib kelinayotgan seminar o‘quv qo‘llanmalari, “Bexatar onalik” dasturi materiallari, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining buyruqlari bilan tasdiqlangan yo‘riqnomalardan tuzilgan ma’ruza matnlaridan foydalanilgan holda dars jarayoni tashkil etilib kelinmoqda.

Shu nuqtai nazardan har tomonlama yetuk, malakali, amaliy ko‘nikmalarga ega bo‘lgan umumiy amaliyot akusherlarini tayyorlash uchun mo‘ljallab yozilgan ushbu darslik tarmoq ta’lim standartlari talabidan kelib chiqib, 2007-yilda Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi tomonidan tasdiqlangan “Akusherlik” fani o‘quv dasturi asosida tayyorlangan. Darslikda akusherlik fanining anatomiya, fiziologiya va patologiya asoslari, hamshiralik ishi, pediatriya, ichki kasalliklar, jarrohlik va reanimatsiya asoslari fanlari bilan bog‘lab o‘tiladigan mavzularga alohida o‘rin berilgan.

Ushbu darslikda shu kungacha foydalanib kelinayotgan akusherlik darsliklarida yoritilmagan “Akusherlikda tez va shoshilinch yordam ko‘rsatish” maxsus qismi kiritilgan. Bundan tashqari Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan “Homiladorlikda gipertenziv buzilishlar”, “Akusherlik qon ketishlari”, “Akusherlikda septik infeksiya” kabi mavzularga tegishli o‘zgartirishlar, yangiliklar kiritildi. Shuningdek, “Tug‘ruq majmualarining tuzilishi”, “Chaqaloqlarni parvarishlashning zamonaviy usullari”, “Asfiksiya bilan tug‘ilgan chaqaloqlar parvarishi” mavzulari Sog‘liqni saqlash vazirligi maxsus buyruqlari va yo‘riqnomalaridagi ma’lumotlar bilan boyitildi.

Ushbu darslik tibbiyot kollejlari “Akusherlik ishi” va “Davolash ishi” yo‘nalishi o‘quvchilari uchun mo‘ljallangan bo‘lib, undan kutiladigan maqsad o‘quvchilarga “Akusherlik” fanidan nazariy bilim berishda va amaliy ko‘nikma hosil qilishda yaqindan yordam berishdir. Darslik 4 qism va 37 bobdan iborat. Har bir bobda nazorat uchun savollar keltirilgan bo‘lib, o‘quvchilar tomonidan mavzularni o‘zlashtirilishini yanada osonlashtiradi degan umiddamiz.

I QISM. O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA XIZMATINING TASHKIL ETILISHI

I BOB. AKUSHERLIK FANI TUSHUNCHASI, UNING RIVOJLANISH TARIXI. AKUSHERLIKDA ETIKA VA DEONTOLOGIYA ASOSLARI

Akusherlik so‘zi fransuz tilida **“accoucher”** – tug‘moq ma‘nosini anglatuvchi qadimiy tibbiyot fanining bir tarmog‘i bo‘lib, ayollar organizmida homiladorlik, tug‘ruq va chilla davrida ro‘y beradigan fiziologik va patologik jarayonlarni o‘rganuvchi, ularning oldini olish ishlarini tashkil etuvchi fandir.

Akusherlik aslida ginekologiya (**gynaecos** – ayol, **logos** – ta‘limot) fanining bir qismi hisoblanadi. Ginekologiya ayollar jinsiy a‘zolarining fiziologiyasi va patologiyasini o‘rganuvchi fandir.

Ibtidoiy jamoa davrida ayollar hech qanday tibbiy yordamsiz tug‘ar edilar. Ularga oiladagi yoshi katta ayollar yordam berar edi.

Quldorlik tizimi davrida dastlab cherkovlarda tibbiy yordam ko‘rsatish va tabiblik kasbi bilan shug‘ullanuvchi kishilar paydo bo‘la boshladi.

Gippokrat (eramizdan oldingi 460–370) ni “Tibbiyotning otasi” nomi bilan atashlari bejiz emas. Chunki uning onasi Fanareta taniqli doya bo‘lib, Gippokrat dastlabki tibbiyotga oid ilmlarni onasidan o‘rgangan va uni umr bo‘yi rivojlantirib, dunyoga mashhur vrach bo‘lib yetishgan. U tibbiyotga oid bir necha kitoblarni yozib qoldirgan. Ulardan eng muhimi Gippokrat to‘plamlari bo‘lib, unda “Ayollar tabiati”, “Xotin-qizlar kasalliklari haqida”, “Bepushtlik haqida” gi risolalaridir.

Lekin Gippokratning akusherlikdagi mushohadalari yuzaki bo‘lgan. U tug‘ruqning kelib chiqish sababini homiladorlikning IX oyiga kelib, ona qornidagi homila och qoladi va oyoqlarini bachadon tubiga tirab, qo‘llari bilan bachadon bo‘ynini ochib tug‘iladi deb tushuntiradi.

Akusherlik haqida qadimgi Misrlik tabiblarning fikrlari birmuncha ilmiy asoslangan bo‘lib, ular o‘liklarda odam anatomiyasini o‘rganish tufayli tegishli xulosaga kelishgan. Ularning fikricha tug‘ruqning patologik kechishida chanoq va umurtqalar tuzilishining ahamiyati katta. Ayniqsa homilaning ko‘ndalang vaziyati, bachadon bo‘ynining ochilishidagi qiyinchiliklar chanoq buzilishiga bog‘liq ekanligini alohida qayd etdilar. Shu bilan birga ular Gippokratning fikriga

qo‘shilib, homila chanog‘i oldinda yotishida o‘z-o‘zidan tug‘ilishi imkoni bo‘lmasligi va homila operatsiya yo‘li bilan tug‘dirilishi to‘g‘risida ham ma‘lumot berganlar.

Shu tariqa akusherlik ishidagi xato-kamchiliklar ko‘pincha tug‘ruqda o‘rinsiz operativ aralashuvlarga va akusherlik shikastlari, ayollar o‘limining ko‘payishiga sabab bo‘lgan.

Ulardan keyingi davrlarda qadimgi Rim va Yunoniston vrachlari akusherlikning rivojlanishiga munosib hissa qo‘shib embriotomiya, bachadonni qirish, uni zondlash va kesar kesish operatsiyalarini qo‘llashgan. Ammo kesar kesish operatsiyasi o‘lgan ayollarda ona qornidagi homilaning hayotini saqlab qolish maqsadida amalga oshirilgan.

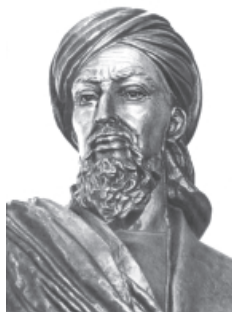
Sharqning buyuk mutafakkiri, tabobat ilmining sultoni Abu Ali ibn Sino (980–1037) 450 dan ortiq asarlar yozib qoldirgan bo‘lib, ulardan 242 tasi bizgacha yetib kelgan. Shundan 43 tasi tibbiyotga oid asarlardir. Uning “Tib qonunlari” kitobi shoh asardir. Tib qonunlari 5 ta kitobni o‘z ichiga oladi. Uchinchi kitobda inson tanasining boshidan tovonigacha bo‘lgan a‘zolarida yuz beradigan “xususiy” yoki “mahalliy” kasalliklar haqida ma‘lumot beradi. Shu jumladan asarning 89 beti xotin-qizlar kasalliklariga bag‘ishlangan. Abu Ali ibn Sino ayollar jinsiy a‘zolari kasalliklarini mukammal ta’riflab yozgan. Oiladagi bepushtlikning sabablari xususida to‘xtalib, farzand ko‘rmaslik ayollar bilan teng barobar erkaklar reproduktiv a‘zolari kasalliklari oqibati ekanligi, ginekologiya amaliyotida ko‘p uchraydigan hayz ko‘rish sikli buzilishining bir turi bo‘lgan disfunktsional qon ketishlar haqida batafsil ma‘lumotlar keltirgan.

Abu Ali ibn Sino o‘z tajribasida kraneotomiya operatsiyasini qo‘llagan va uning 3 ta momentini (bosh suyagini teshish, miyani qirib olib tashlash, boshga qisqich qo‘yib bolani tug‘dirib olish) to‘liq yozib qoldirgan. Ibn Sino homilani tug‘dirishda yog‘ochdan yasalgan akusherlik qisqichlarini qo‘llagan.

Abu Ali ibn Sinoning keng qamrovli qomusiy olim ekanligi haqida ma‘lumotlarni uning “Tib qonunlari”, “Urjuza”, “Yurak dorilari”, “Tomir urishi haqida risola”, “Qon olinadigan tomirlar haqida”, “Safarda bo‘ladiganlarning ta’biri haqida risola”, “Shahvoniy quvvat haqida risola”, “Sachratqi haqida risola” va “Tarjimai holi” ni o‘qib bilib olish mumkin.

Qadimgi Rossiyada akusherlik yordamini oiladagi yoshi katta ayollar ko‘rsatishgan. XII asrlarga kelib akusherlik yordami ko‘rsatuvchi vrachlar yetishib chiqishdi. Aksariyat ular erkaklar, qisman ayollar ham bo‘lishgan. Ulardan mashhuri Yevpraksiya – Zoya bo‘lgan.

Kapitalistik tizim davrida akusherlik fani juda katta taraqqiyot sari yuz tutdi. Bu davrda (XVI asrlarda) A. Vezaliy, Fallopiy, Yevstaxiy, Botallo kabi olimlarning



Abu Ali ibn Sino

anatomik tadqiqotlari muhim ahamiyat kasb etdi. Bu tadqiqotlar akusherlik ilmining rivojiga ham katta hissa qo'shdi.

Ambruaz Pare (1517–1590) tomonidan homilani oyog'iga burish operatsiyasining qo'llanilishi akusherlikda eng katta yutuqlardan biri bo'lib hisoblanadi.

XVII – XVIII asrlarda fransuz akusheri Moriso (1637–1709) homilador ayollar kasalliklari haqida asar yozdi. Bu asarda tug'ruq jarayonida qov birlashmasining cho'zilishi, chala (7–8 oylik) tug'ilgan chaqaloqlarning yashab ketish imkoniyatlari va akusherlikning boshqa muammolari yoritilgan edi. Homila chanog'i bilan oldinda kelgandagi tug'ruqda tug'ilishi qiyinlashgan homila boshini tug'dirish usuli shular jumlasidandir.

Bundan tashqari inglizlik akusher Chimberlenning kashf etgan akusherlik qisqichlari akusherlik fani rivojiga katta turtki bo'ldi. Lekin Chimberlen akusherlik qisqichlarini faqat o'zi hech kimga oshkor etmasdan uyining yerto'lasida ishlatgan va uning o'limidan 200 yil keyin XIX asrda topilgan.

XVIII asrda Deventerning anatomiya sohasida muhim kashfiyotlari, ya'ni umumiy tekis toraygan tor chanoqlar va yassi chanoqlarning tuzilishi va tug'ruq jarayonining kechishi haqidagi ma'lumotlari alohida o'rin tutadi. Xuddi shuningdek, fransuz akusheri Jan-Lui-Bodellok (1746–1810) tug'ruqqa kelgan ayollar chanog'ini o'lchashni taklif etdi, diagonal konyugatani o'lchash usulini aniq tafsilotlari bilan yozib qoldirgan.



N.M.Ambodik

Inglizlik akusher Smelli (1697–1763) chanoqning diagonal konyugatasini o'lchashga ahamiyat berdi. Normal tug'ruq mexanizmini va uning tor chanoqlarda o'ziga xos xususiyatlarini yozdi. Akusherlik qisqichlarini takomillashtirib, qulflanadigan yangi modelini yaratdi.

XVIII asrning buyuk akusherlaridan alohida nufuzga ega bo'lgan Nestor Maksimovich Maksimovich-Ambodik hisoblanadi va haqli ravishda uni "Rus akusherligining otasi" deb atashadi. N.M.Ambodik keng qamrovli qomusiy olim edi va rus akusherligi tarixida birinchi bo'lib "Doyachilik san'ati yoki doychilik ishi haqida ta'limot" nomli olti qismdan iborat bo'lgan akusherlik kitobini yozib, rus tilida akusherlar tayyorlash maktabini tashkil etib, unda o'zi dars bergan. Peterburgda tashkil etilgan bu maktabda asosan darslarni nazariy jihatdan tinglovchilar ongiga singdirilib, amaliy ko'nikmalarni akusherlik fantomida amalga oshirgan. Buning uchun akusherlik fantomini kashf etgan.

Yevropa qit'asi davlatlarida (Germaniya, Fransiya, Rossiya) tashkil etilgan tug'ruqxonalar akusherlik ilmi va amaliyotining yuksak darajada rivojlanishiga katta hissa qo'shdi. Lekin ko'p o'tmay bu tug'ruq muassasalarida vrachlar tug'ruqning eng og'ir, hatto ko'pincha o'lim bilan tugaydigan asoratlari – tug'ruq isitmasi deb ataluvchi chilla davri septik kasalligiga duch keldilar. XIX asrning birinchi yarmida

bu falokat pandemiya shaklida tugʻruqxonalarni keng qoplab olgan edi. Bu kasallik oqibatida oʻlim 10% dan to 50% gacha ayollar umrini hazon qilar edi. Bu borada haqiqiy revolyutsion yutuqqa erishgan vengriyalik olim I.F.Zemmelveys (1818–1865) boʻldi. Avstriyaning Vena shahridagi akusherlik klinikasining assistenti sifatida patologik anatomiya darsidan keyin akusherlik darsiga kelgan talabalar taʼlim olgan klinikada boshqa tugʻruq muassasalariga nisbatan chilla davri septik kasalliklari va onalar oʻlimi bir necha barobar koʻp uchrashiga katta eʼtibor berdi. I.F.Zemmelveysning fikricha talabalar anatomiya



I.F.Zemmelveys

kafedrasida oʻliklar ustida mashgʻulotlar oʻtishi davomida oʻzlari bilan “murdalar zaharini” akusherlik klinikasida tarqatadi deb hisoblaydi va uni hayvonlarda oʻtkazilgan tajribada isbotlaydi. Shundan keyin I.F.Zemmelveys barcha tugʻruqxona xodimlari akusherlik muolajalarini bajarish oldidan qoʻllarini 3% li xlorli suv bilan yuvishni tavsiya etadi. Uning evaziga chilla davri septik kasalliklarining bir necha bor, to 1% gacha kamayishiga erishadi va oʻzining bu buyuk xizmatlari bilan akusherlikda aseptika va antiseptikaning asoschisiga aylanadi.

I.F.Zemmelveysning bu gʻoyasi Lui Paster va Listerlarni antiseptik kashfiyotlaridan ancha oldin ilgari surilgan edi. Lekin oʻz davrida uning fikrlari inobatga olinmadi va oʻlimidan koʻp vaqt oʻtgandan keyin tan olindi hamda u tugʻilgan Budapesht shahrida unga haykal qoʻyilib, “Ayollar hayotini saqlovchi insonga” degan yozuv bitildi.

OʻZBEKISTONDA TUGRUQ XIZMATINING RIVOJLANISHI

Qadimdan hozirgi Oʻzbekiston Respublikasi hududida ayollarga tugʻruq yordamini doya kampirlar koʻrsatishgan. U davrlarda tugʻruq va chilla davrlarida uchraydigan yuqumli kasalliklarning oldini olish borasida hech qanday chora-tadbirlar koʻrilmagan. Shu sababdan onalar va chaqaloqlar oʻlimi koʻp uchragan.

Oʻrta asrlarda Buxoro, Samarqand va Toshkent shaharlarida taniqli olimlar Abu Ali ibn Sino, Najibuddin Samarqandiy va boshqalar kichik kasalxonalar tarkibida tugʻruq xizmatini ham koʻrsatishgan.

Oʻzbekistonda dastlab ilmiy asoslangan akusherlik yordami 1921-yilda Oʻrta Osiyo Davlat universiteti tibbiyot fakultetida akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishi bilan koʻrsatila boshlagan. Ushbu kafedrada faoliyat koʻrsatgan K.T.Xrushchev, A.M.Novikov, F.N.Tavildarov, R.A.Chertok, S.G.Xaskin, A.A.Kogan (1972-yilgacha) kabi yirik akusher-ginekolog olimlar Respublikamizda akusherlik va ginekologiya xizmatining rivojlanishiga munosib hissa qoʻshganlar. Bu kafedraga 1972-yildan boshlab X.S.Umarova rahbarlik qilgan.

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



A.A.Qodirova

1931-yilda universitetning tibbiyot fakulteti mustaqil institut sifatida ajralib chiqib, 1940-yilda ikkinchi akusherlik va ginekologiya kafedrasida tashkil etildi. Bu kafedrada G.L.Vaynshteyn (1940–1961), E.I.Glikina (1961–1967) rahbarlik qilgan. 1967-yildan professor A.A.Qodirova rahbarlik qilgan. Shu davrlarda A.A.Qodirova rahbarligida homilador ayollar kamqonligi kasalligi xususida ilmiy ishlar olib borilib, kasallik diagnostikasi, davolash chora-tadbirlari yo'lga qo'yilgan.

A.A.Qodirova 1919-yilda Toshkent shahrida tug'ilgan, 1940-yilda Toshkent tibbiyot institutini tamomlab, dastlab jarrohlik kafedrasida ordinator, keyin assistent bo'lib 1950-yilgacha ishlagan. 1950-yildan akusherlik va ginekologiya kafedrasiga ishga o'tgan. 1956-yilda nomzodlik, 1969-yilda "Homiladorlar kamqonligi" mavzusida doktorlik dissertatsiyasini yoqlab, o'zining ilmiy ishlari va amaliy faoliyati bilan O'zbekistonda akusherlik xizmatining rivojiga salmoqli hissa qo'shgan. A.A.Qodirovaning tashkilotchilik mahorati Toshkent tibbiyot institutida akusherlik va ginekologiya kafedrasining tashkil etilishida, 1972–1975-yillarda Sog'liqni saqlash vazirligida bosh akusher ginekolog, 1975–1982-yillar davomida Respublika akusher-ginekologlari ilmiy jamiyatining raisi vazifalarida ishlagan davrlarida namoyon bo'ldi.



I.Z.Zokirov

1934-yilda Samarqand tibbiyot institutida akusherlik va ginekologiya kafedrasida tashkil etilib, unga A.V.Polyakov (1942-yilgacha), Ye.S.Akopyan (1949-yilgacha), G.I.Ioffe-Golubchik (1959-yilgacha), 1959-yildan 2000-yilgacha akademik I.Z.Zokirovlar rahbarlik qilgan.

I.Z.Zokirov 1928-yilda Samarqand shahrida tug'ilgan. 1948-yilda Samarqand tibbiyot institutini imtiyozli tamomlab, dastlab institutning quloq, tomoq va burun kasalliklari klinikasida ishini boshlagan va ko'p o'tmay Ye.S.Akopyan rahbarlik qilayotgan akusherlik va ginekologiya kafedrasiga ishga taklif qilindi.

1948–1951-yillarda klinik ordinator, assistent lavozimlarida ishlab, 1953-yilda "Bezgakning homiladorlikka ta'siri" mavzusida nomzodlik dissertatsiyasini yoqladi. 1959-yildan boshlab kafedra mudiri lavozimiga saylandi. I.Z.Zokirov

o'zining ilmiy izlanishlarini virusli gepatit kasalligining homiladorlikka va homilaga ta'sirini o'rganishga qaratdi va uning tashabbusi bilan Respublikada birinchi bo'lib Samarqand shahridagi yuqumli kasalliklar shifoxonasida virusli gepatit bilan og'rigan homilador ayollarga ixtisoslashtirilgan bo'lim tashkil etilib, bemorlarga tibbiy va akusherlik xizmati ko'rsatila boshladi. Ilmiy izlanishlar natijasida 1965-yilda "Botkin kasalligining homiladorlik, tug'ruq, homila va chaqaloqqa ta'siri" mavzusida doktorlik dissertatsiya yoqladi.

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

I.Z.Zokirov sobiq ittifoq akusher-ginekologlar ilmiy jamiyati raisining o'rinbosari, O'zbekiston Respublikasida ushbu jamiyat raisi sifatida O'zbekiston akusher-ginekologlar maktabining ilmiy izlanishlari natijalarini butun dunyoga tanitish borasida samarali mehnat qilgan olimdir. 1974-yilda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot institutining tashkilotchisi bo'lgan. U "O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi" faxriy unvoni sohibi, O'zbekiston Fanlar akademiyasining haqiqiy a'zosi edi.

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

1960-yildan boshlab shu institutda II, 1984-yildan III akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedrada professor-o'qituvchilar, aspirantlar va ilmiy tadqiqotchilar tomonidan akusherlik patologiyalarining dolzarb muammolari o'rganila boshlandi, ular fanning va akusherlik xizmatining rivojlanishiga o'z hissalarini qo'shdilar.

1955-yilda Andijon tibbiyot institutida ham akusherlik-ginekologiya kafedrasini tashkil etildi. Kafedraga S.A.Odinsova rahbarlik qilgan, hozirgi kunda G.Muhiddinova mudirlik qilmoqda.

1974-yilda Sog'liqni saqlash vazirligi Akusherlik va ginekologiya ilmiy tadqiqot institutining tashkil etilishi O'zbekistonda akusherlik va ginekologiya xizmatining yanada rivojlanishida alohida ahamiyat kasb etadi.

Institutda homiladorlik kamqonligi, akusherlik qon ketishlari, gestozlar, ko'p tug'uvchi ayollar muammolari, bepustlik, operativ ginekologiya masalalariga bag'ishlangan ilmiy tadqiqotlar olib borilib, bu akusherlik va ginekologik patologiyalarni davolashning ratsional usullari ishlab chiqildi va amaliyotga tadbiiq etildi.

Institutga R.X.Xo‘jayeva, D.A.Asadovlar mahorat bilan rahbarlik qildilar. Hozirgi kunda professor D.D.Qurbonov rahbarlik qilmoqda.

Akusherlik va ginekologiya fanining taraqqiyotiga o‘zining ilmiy va tashkilotchilik ishlari bilan hissa qo‘shgan olimlardan professor M.Sh.Sodiqovadir. Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti inson reproduksiyasi bo‘limining boshlig‘i sifatida, bo‘limda JSST Markazi bilan hamkorlikda inson reproduksiyasi masalasi bo‘yicha ilmiy tadqiqotlarni o‘tkazishda faol qatnashib kelmoqda. Bu ishlar O‘zbekiston Respublikasining hududiy xususiyatlarini, ayollarning fenotipi, yoshi, genital va ekstragenital patologiyalarning bor-yo‘qligini hisobga olgan holda ularga gormonal kontraseptiv vositalarni qo‘llanilishi bo‘yicha fundamental tekshiruvlarni amalga oshirish uchun asos bo‘lib xizmat qilmoqda.

Vrachlar malakasini oshirish instituti II akusherlik va ginekologiya kafedrasining mudiri, professor D.F.Karimova 1963-yilda Toshkent davlat tibbiyot institutini bitirgan. 1968-yilda “Botkin kasalligi va homiladorlik” mavzusida nomzodlik, 1983-yilda “Homiladorlik kechki toksikozlari profilaktikasi” mavzusida doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan. D.F.Karimova 300 dan ortiq ilmiy maqolalar, 8 ta monografiya, 28 ta o‘quv qo‘llanmalarning muallifidir. U Respublika akusher-ginekologlar Assositsiyasining prezidenti, UNIFPA va USAID Xalqaro tashkilotlarining O‘zbekistondagi maslahatchisi, Sog‘liqni saqlash vazirligi “Bexatar onalik” dasturini joriy etish bo‘yicha trener sifatida tug‘ruq xizmati ko‘rsatishni JSST talablari darajasiga ko‘tarishga, onalar va perinatal o‘limni kamaytirishga munosib hissa qo‘shib kelmoqda.

Shuningdek, hozirgi kunda Toshkent tibbiyot akademiyasida faoliyat ko‘rsatayotgan akusherlik va ginekologiya kafedralarining mudirlari, tibbiyot fanlari doktori, professorlar M.X.Kattaxo‘jayeva, M.A.Mahmudov, D.Q.Najmiddinovalarning, Samarqand tibbiyot instituti akusherlik va ginekologiya kafedrasida dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi X.M.Meliqulovlarining mustaqillik yillarida O‘zbekiston Respublikasining o‘ziga xos taraqqiyot yo‘lida akusherlik va ginekologiya xizmatining JSST standartlariga mos ravishda rivojlanishiga va malakali tibbiyot xodimlarini, ayniqsa tug‘ruq xizmati posbonlari – akusher-ginekolog vrachlar tayyorlashdagi xizmatlari beqiyosdir.

TUG‘RUQ MAJMUASI XODIMLARINING DEONTOLOGIYASI

Deontologiya – grekcha “**deontos**” – burch, “**logos**” – ta’limot so‘zidan olingan bo‘lib, har bir tibbiyot xodimining o‘z mijozlari, ya’ni bemor yoki homilador ayol oldida bajarishi lozim bo‘lgan burch, vazifasi degan ma’noni anglatadi.

Doyaga inson o‘zining eng qimmatli hayotini, sog‘lig‘ini eson-omonligini, bir vaqtning o‘zida ikki kishi – ona va tug‘ilajak bolaning hayotini ishonib

topshiradi. Bu esa ikki yoqlama mas'uliyatni yuklaydi. Akusher nafaqat o'z mijosi, balki uning qarindosh-urug'lari va davlat oldida ham katta mas'uliyatni o'z zimmasiga oladi. Hammasidan ham mijozning talabi qondirilishi yuqori turishini anglab yetmog'i lozim.

Doyaning shaxsiy sifatлари – bu sahovatpeshalik, ezgu ishlarni amalga oshirish, insonlar uchun nima qilsa xayrli ish, nima qilsa yovuzlik ekanligini anglay bilishi, bilimli bo'lishi, maqsadga intiluvchanlik, chidamlilik, mehr-shafqatlilik, azob-uqubatlarga chidash, mahoratli bo'lishni talab etadi.

Doya intilishi lozim bo'lgan asosiy maqsad, ya'ni uning ish faoliyati natijasi axloqiy bahosi hisoblanadi. Bu kasbiy mahorati, sog'lig'i, atrof-muhitning sog'lomligi, mustaqilligi, insoniy qadr-qimmati va g'amxo'rligidir.

Doya o'zida quyidagi axloqiy majburiyatni shakllantirishi lozim:

- rostgo'y bo'lish;
- yaxshilik qilish;
- zarar yetkazmaslik;
- o'zgalar majburiyati va vazifalarini hurmat qilish;
- o'z so'zida turish;
- sadoqatli bo'lish;
- mijozning fikrlarini hurmat qilish.

Shunday qilib tug'ruq majmui xodimlari homilador, tug'uvchi, tug'gan ayollar bilan xushmuomala bo'lishi, ularning dardlarini diqqat va e'tibor bilan tinglashi, o'zining eng yaqin kishisidek munosabatda bo'lishi, mijozlarning ruhiyatiga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi so'zlar va xatti-harakatlarni qilmasligi, akusherlik patologiyalariga duch kelganda bemorlar, uning qarindoshlarini vahimaga solmasliklari lozim. Har safar ham bemorning ruhiyatini ko'tarishga harakat qilmog'i va chin ko'ngildan uning sog'lig'ini tiklash uchun fidokorona mehnat qilishi kerak.

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA AKUSHERLIK MUASSASALARI UCHUN MUTAXASSISLAR TAYYORLASH

Respublikada faoliyat ko'rsatayotgan viloyat markazlaridagi tayanch tibbiyot kollejlari Davolash ishi yo'nalishi, Akusherlik ishi ixtisosligi bo'limlarida tarmoq ta'lim standartlari asosida kichik mutaxassislik, umumiy amaliyot akusherlari tayyorlanadi. O'qish muddati 9-sinf hajmida 3 yil, 11-sinf hajmida 2 yil-u 6 oy.

Tibbiyot institutlari oliy ma'lumotli hamshiralar tayyorlash fakultetlarida 3 yillik o'qish muddatida malakali mutaxassislar, jumladan tug'ruq majmualari tug'ruq blokida ishlaydigan oliy ma'lumotli akusherlar (doyalar) tayyorlanadi. Ular orasidan akusherlik muassasalarining katta va bosh akusherlarini tayyorlab, davolash-profilaktika muassasalariga yo'naltiriladi.

Bundan tashqari o'rta tibbiy xodimlar va farmatsevtlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash bilim yurtlarida ham hamshiralardan doylalar tayyorlash yo'lga qo'yilgan. Mutaxassislar tanqisligi sezilgan mintaqalarda shu yo'l bilan ham doylalar tayyorlanadi.

ONALAR VA BOLALAR SOG'LIG'INI SAQLASHDA DOYANING TUTGAN O'RNI

Homilador ayol xotin-qizlar maslahatxonasiga murojaat qilgan kundan boshlab, hattoki qishloq vrachlik punktlarida faoliyat ko'rsatayotgan paytda qizlar turmushga chiqishga tayyorgarlik ko'rayotgan davrdan boshlab uning sog'lig'i uchun uchastka doylalari mas'ul hisoblanadi. Akusherlikda homiladorlikning asoratsiz rivojlanishi tug'ruq va chilla davrining bexatar o'tishi, homila va chaqaloqning normal rivojlanishi va o'sishi ko'p jihatdan doyaning o'z xizmat vazifasiga sidqidildan, vijdonan yondashuviga, uning malakasi va tajribasiga bog'liq. Shu nuqtai nazardan doya akusherlik ishi falsafasini bilishi lozim.

AKUSHERLIK ISHI FALSAFASI

Akusherlik ishi falsafasi to'rta asosiy tushunchaga asoslanadi:

- mijozning shaxs ekanligi;
- homila tirik mavjudod ekanligi;
- atrofdagi muhitga;
- sihat-salomatlikka.

Akusherlik ishi alohida fan va san'at hisoblanib, ona va homilaning shu paytdagi (homiladorlik va tug'ruq paytida) muammolarini hal etishga qaratilgan.

Doya nafaqat homilador, tug'uvchi va tug'gan ayollarning sog'lig'ining muhim muammolarini tan olishi, balki uning fikr va hissiyotlarini tushuna bilishi kerak.

Agar mijoz mustaqil qaror qabul qilish imkoniyatiga ega bo'lmasa, bu borada akusher unga yordamlashuvi zarur.

Doya homilador ayol bilan homiladorlikni boshqarish rejasini tuzishi, ma'lum biologik, psixologik va ijtimoiy muammolari bo'lgan shaxs bilan muloqotda bo'layotganligini tushunishi va hisobga olishi kerak.

Insonning asosiy ehtiyojlarini A.Maslou o'z jadvalida atroflicha ta'riflagan. Ular 14 ta band, 5 darajadan iborat.

MASLOU BO'YICHA INSONNING ASOSIY EHTIYOJLARI

Ehtiyoj – insonning butun hayoti davomida o'zlashtirishida o'z aksini topadigan va anglab yetgan ruhiy yoki fiziologik tanqislik holati.

I bosqich: ehtiyoj ma'lumotisiz biologik nuqtai nazardan yashash mumkin emas.

I–II bosqich: Maslou piramidasining asosini, fundamentini tashkil etadi.

III bosqich: jamiyatda yoqimli, tushunarli va hurmatli bo'lish.

IV bosqich: ishda, hayotda va oilada muvaffaqiyatga erishishi. Uyg'unlikka, chiroyga, hayotda, ishda, oilada tartib-intizomga intilish, ya'ni hayotiy qiymat.

V bosqich: o'zini shaxs sifatida ko'rsata bilish, ya'ni inson oddiygina tirik mavjudod emasligini, balki o'qish, ishlash va shug'ullanishga ehtiyoj sezuvchi ongli jonzot ekanligini namoyon etishi.

DOYA KASBIY FAOLIYATINING OBYEKTI

Ayol, uning oilasi va jamiyat doya faoliyatining obyekti hisoblanadi.

Doyaning faoliyati sog'liqni saqlash va oilani rejalashtirishga qaratilmog'i lozim. Akusher ayolga va uning oilasiga hayotining turli davrlarida davolash-muhofaza yordamini ko'rsatib boradi. Homiladorlar, tug'uvchi va tug'gan ayollarni, chaqaloqlarni tekshirish, kuzatish, sog'lig'ini qayta tiklash ishlarini amalga oshiradi.

Akusherlik va ginekologik patologiyalarda kerakli yordamni beradi va parvarishlashni ta'minlaydi.

Doya ayol va uning oilasiga nisbatan yordamchi va maslahatchi rolini bajaradi. Akusher vrachning davolash-diaagnostika ko'rsatmalarini bajaradi.

DOYANING KASBIY FAOLIYAT DOIRASI

Davlat va turli xil shakldagi xususiy davolash-profilaktika muassasalari (tug'ruq majmualari, shifoxonaning xotin-qizlar maslahatxonolari, poliklinikalar, qishloq vrachlik punktlari), qizil yarim oy jamiyati, mehr-shafqat xizmati.

Doyaning kasbiy faoliyat turlari:

- davolash-muhofaza ishi;
- ishlab chiqarish – boshqarish;
- o'qitish – o'rgatish;
- ijro etuvchi.

II BOB. TUG'RUQ MAJMUASI (BO'LIMI)NING TUZILISHI

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

Tugʻruq majmuasining (boʻlimining) yoki koʻp tarmoqli shifoxonalarning tugʻruq boʻlimlari tuzilmasi davolash-profilaktika muassasalari qurilishi meʼyorlari va qoidalari talablariga, jihozlanishi, sanitariya va epidemiyaga qarshi kurashish tartibi amaldagi meʼyoriy hujjatlarga mos boʻlishi kerak.

Tugʻruq majmuasi (boʻlimi) quyidagi qulayliklarga ega boʻlishi lozim:

1. Kislorod taʼminoti.
2. Issiq va sovuq suv taʼminoti.
3. Kanalizatsiya.

4. Koʻchiriladigan va koʻchmas bakterisid nurlatgichlar va ventilatsiya qurilmasi. Tugʻruq majmuasida quyidagi boʻlinmalar boʻlishi lozim:

– qabul qilish va tekshirib koʻrish boʻlinmasi (sanitariya ishlovidan oʻtkazish xonasi);

– homiladorlik patologiyasi boʻlimi (palatasi) – umumiy akusherlik oʻrinlarining 30–35% ini tashkil etadi;

– I akusherlik boʻlimi (umumiy akusherlik oʻrinlarining 25–30% ini tashkil etishi lozim);

– chaqaloqlar boʻlimi;

– II akusherlik boʻlimi (umumiy akusherlik oʻrinlarining 25–30% ini tashkil etishi lozim);

– homilador, tugʻayotgan va tugʻgan ayollar reanimatsiyasi va intensiv davolash boʻlimi (palatasi);

– yangi tugʻilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi va intensiv davolash boʻlimi;

– ginekologiya boʻlimi (akusherlik majmuasi umumiy oʻrinlarining 15–20% ini tashkil etishi kerak);

– sterilizatsiya va laboratoriya boʻlimi.

Barcha boʻlimlar tegishli tibbiy asbob-uskunalar, jihozlar, parvarish vositalari bilan taʼminlangan boʻlishi kerak. Tugʻruq majmualarida (boʻlimlarida) ortiqcha jihozlar, foydalanilmaydigan apparatlarni saqlash taqiqlanadi.

Barcha boʻlimlardagi choʻyshab, kiyim-kechaklar va boshqalar tugʻruq majmuasi (boʻlimi) uchun ajratilgan kirxonada yuvilishi kerak. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar va tugʻgan ayollarning kiyim-kechaklarini yuvishda ketma-ketlikka qatʼiy rioya qilinishi lozim.

Tugʻruq majmui (boʻlimi)ning har bir tarkibiy boʻlimlari xodimlari grafik asosida ishlaydilar.

Tugʻruq majmualarida (yoki koʻp tarmoqli kasalxonalarning tugʻruq boʻlimlarida) akusherlik va ginekologiya boʻlimlari alohida binolarda yoki qavatlarda joylashadi. Bunda tugʻruq boʻlimi infeksiyon statsionar, kirkona va oshxonadan uzoqroqda boʻlishi kerak.

Akusherlik boʻlimlarining qabul qilib oʻtkazish bloki orqali faqat homiladorlar, tugʻayotganlar va tugʻgan ayollarga yotqiziladi.

Ginekologik bemorlar uchun alohida qabul boʻlimi boʻlishi lozim.

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

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

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

Ayolning almashuv kartasi bo'lmasa yoki almashuv kartasida HbsAg, RW, VICH/OITSGa oid tekshiruv ma'lumotlari yo'q bo'lsa, ushbu infeksiyalarga tekshirish zarurati to'g'risida ayolni xabardor qilish va kerakli tekshiruvlardan o'tkazish zarur.

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

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

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

Tekshirib ko'rish xonasida tarozi, bo'y o'lchagich, arterial qon bosimini o'lchash uchun tonometr (simobli yoki membranali), stetofonendoskop, akusherlik stetoskopi, qavatlangan, steril dokali va paxtali sharchalar, har ehtimolga qarshi (ayol o'zi bilan olib kelmasa) tug'ayotganlar uchun steril, individual kiyim-kechak jamlanmasi, steril qo'lqop va rezina kateterlar, shuningdek, shoshilinch tug'ruq qabul qilish uchun zarur bo'lgan vositalar to'plami bo'lishi lozim.

Tug'ruq tarixini rasmiylashtirishda anamnez yig'ilishi zarur. Anamnez yig'ilib, tana a'zolari va tizimlari obyektiv tekshirilib, tana vazni hamda bo'yi o'lchangach, homilador yoki tug'ayotgan ayolni shifoxonaning yoki uning o'zi

olib kelgan toza choyshabi yopilgan kushetkaga yotqiziladi. Unda homilani joylanish holati, homila boshining chanoq kirish tekisligiga bo'lgan munosabati turi va holati aniqlanadi, bir daqiqa davomida homilaning yurak urishi sanaladi, qon guruhi va gemoglobin miqdorini aniqlash uchun qon tahlili va oqsilni aniqlash uchun siydik olinadi.

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

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

Homilador yoki tug'adigan ayollar:

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

- gemorragik shok;

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

Qabul bo'limida:

- homiladorlar, tug'adigan va tug'gan ayollarni qabul qilish jurnali;

- bitga qarshi preparatlar bilan ishlov berishni qayd qilish jurnali;

- umumiy tozalash grafigi va qayd qilish jurnali bo'lishi kerak.

Bularning barchasi ayolning ko'ziga tashlanmaydigan joyda turishi kerak.

Sanitariya ishlovi o'tkazish xonasi. Homilador va tug'adigan ayollar o'z xohishlari bo'yicha sanitariya ishlovidan o'tadilar. Dush qabul qiladilar. Dushxona polida rezina gilamcha bo'lishi kerak. Tekshirib ko'rish xonasidan ayollar tibbiyot xodimi kuzatuvida tug'ruq blokiga yoki homiladorlik patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi.

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

Homiladorlik patologiyasi bo'limi:

1. Homiladorlar uchun xonalar;

2. Intensiv davolash xonasi;

3. Muolaja xonasi (manipulyatsionnaya);

4. Prosedura xonasidan iborat.

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

HPBning ish tartibi somatik statsionar ish tartibiga moslashtiriladi.

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

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

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

Bu xonada quyidagi jihozlar joylashtiriladi: qinni tekshirish uchun ginekologik kreslo, 1 ta shkaf, 2 ta stol, 1 ta stul, kushetka, tumbochka, arterial qon bosimni o'lchaydigan asboblarning, chanoq o'lchagich, santimetrli tasma, stetoskoplar, harorat o'lchagich termometrlari.

Shkafda bachadon bo'yni yetishmovchiligini jarrohlik yo'li bilan bartaraf etish uchun tibbiy asboblarning (qin ko'zgulari, ko'targich), 2 ta qisqich, 2 ta stol, mayda tishli qisqichlar, 2 ta anatomik va xirurgik pinsetlar, to'g'ri va egri uzun qaychilar, ignaushlagich, skalpel, har xil tikish ignalari), iplarni olish to'plami (anatomik va xirurgik pinsetlar, qaychi, skobkani olish pinseti). Bachadon bo'yni va qin sanatsiyasi uchun zarur doka piliklar sterilash sanasi ko'rsatilgan va o'zi ham sterilangan boksda saqlanadi.

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

Shuningdek, dezinfeksiyalangan, kresloga to'shaladigan kleyonkalar yetarli miqdorda kleyonka xaltada saqlanadi. Har bir ayol tekshirib ko'rilgandan keyin foydalanilgan kleyonka maxsus ajratilgan idishda dezinfektant bilan zararsizlantiriladi.

Prosedura xonasi. Prosedura xonasida tahlil uchun tomirdan qon olinadi, inyeksiyalar, homiladorlarga tomir orqali dori yuborish, qon quyish va boshqa amallar bajariladi. Ushbu xonada 2 ta javon, 2 ta stol, 1 ta stul, kushetka, suyuq va surtma dorilar, qon guruhlarini aniqlash uchun zardoblar saqlanadigan muzlatgich, qon quyish uchun shtativ, dorilar uchun seyf bo'lishi lozim.

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

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

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

TUG‘RUQ BLOKI

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

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

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

b) yo‘ldoshni vaqtinchalik saqlash uchun muzlatgich turadigan xona.

Individual tug‘ruq zalida kushetka, tug‘adigan ayol va tug‘ruq qabul qilish uchun karavotlar, sterillangan bikslar qo‘yladigan o‘rindiqli, asboblar uchun stol, dori-darmonlar va tibbiy asboblar uchun javonlar, aylanadigan taburetkalar, 1–2 ta stul, ko‘chma reflektor, ehtiyot yoritgichlar, tomchilab quyish uchun shtativlar. Barcha inventar oson ishlov beriladigan narsalar bilan qoplangan bo‘lishi lozim. Elektr so‘rg‘ich, narkoz apparati, chiqindi materiallarni yig‘ish uchun 2 ta emallangan tog‘ora, qattiq inventar va jihozlarga ishlov berish uchun dezinfeksiyalovchi eritma solingan qopqoq bilan yopilgan emallangan raqamli idish, suv o‘tkazmaydigan materialdan qilingan fartuklar ham bo‘lishi kerak.

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

Og‘riqsizlantirish va reanimatsiya yordami ko‘rsatish uchun zarur barcha vositalar, veneseksiya, o‘mrov osti vena qon tomiri punktsiyasi, spinal, epidural va peridural og‘riqsizlantirish uchun steril to‘plamlar alohida saqlanishi kerak. Bundan tashqari likopcha, suv termometri va qon guruhi hamda Solovyev uslubi bo‘yicha qon mosligini aniqlash uchun Petri kosachalari (zardoblar yig‘masi muzlatgichda saqlanadi), qon quyish uchun sterillangan sistema, Li-Uayt bo‘yicha qonning ivish vaqtini tekshirish uchun 2–3 ta probirka, qon olish uchun 5–6 ta

flakonlar, shprislar, ninalar, yodning 5%li spirtli eritmasi, 1%li yodonat yoki 70°, 96° li etil spirti bilan artilgan shisha flakonlar, qaychilar, yopishqoq malham (leykoplastir) va chiqindilarni tashlash uchun idish ham zarur bo'ladi.

Dori-darmonlar uchun javonning bir qavatiga qon ketishda shoshilinch yordam ko'rsatish uchun barcha zarur dorilar joylashtiriladi, ikkinchisiga – gestozlarda va uchinchisiga – yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari bo'lgan ayollarda qon aylanishining buzilishida ishlatiladigan dorilar qo'yiladi. Stollarning biriga maxsus o'rindiqlarga sterilangan to'shagichlar, tagliklar, doka sharchalar, xalatlar, rezina kateterlar solingan bikslar qo'yib qo'yiladi. Boshqa stolda 3 ta kornsang, 3–4 ta to'g'ri qisqichlar, uzun egilgan qaychilar, qin ko'zgusi va ko'targich, katta kyuretk (tug'ruqdan keyin bachadonni asboblari yordamida tekshirish uchun), 1–2 ta Koxer qisqichi, 2–3 ta metall kateterlar, steril shprislar, ninalar, yodning 5%li spirtli eritmasi yoki 1%li yodonat saqlanadigan yaxshi yopilgan keng bo'yinli qora shisha banka, 70°li spirt, sterilangan vazelin yog'i bo'lgan flakon, steril matoga o'ralgan kornsang solingan sterilizatorlar joylashtiriladi. Stol va maxsus o'rindiqlarga steril materiallar va tug'ruq qabul qilish uchun steril jamlanmalar solingan bikslar qo'yib qo'yiladi.

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

a) tug'adigan ayol uchun: ko'ylak, to'shaladigan kleyonka, choyshab, kateter, mato sharchalar;

b) doya uchun: xalat, qo'lqop, qalpoqcha. Vrach va doya uchun alohida toza respiratorlar;

d) yangi tug'ilgan chaqaloq uchun kiyim va tagliklar.

Yangi tug'ilgan chaqaloq uchun uydin olib kelingan kiyim-kechak (paxtalik, toza, dazmollangan) yoki chaqaloqlar uchun maxsus jamlanma ishlatilsa yanada yaxshi bo'ladi.

Kindikka birlamchi ishlov berish uchun 2 ta qisqich, qaychi, steril sharchalar kerak bo'ladi.

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

Tug'gan ayol uchun jamlanma quyidagilardan iborat:

– bachadon bo'yini tekshirib ko'rish uchun jamlanma (keng uzun plastinkasimon akusherlik ko'zgulari, katta ko'targich, 3 ta abortsang, 1 ta kornsang, 1 ta Koxer qisqichi);

– bachadon bo'yni, qin, oraliq yirtilishini tikish uchun to'plam (igna ushlagich, qaychilar, pinsetlar, bachadon bo'yini ushlash uchun qisqich, oynalar); rezinali vakuum ekstraktori.

Yig'malar miqdori tug'ruq blokida bir sutka davomida o'rta hisobda nechta tug'ruqlar qabul qilinishiga bog'liq bo'ladi.

Tug'ruq zalida kislorod ta'minoti. Tug'ruqxonada markazlashgan kislorod ta'minoti bo'lmasa, palatadan tashqarida mahkamlangan kislorod ballonlaridan

foydalaniladi. Barcha idishlar yog'li bo'yoqlar bilan raqamlangan bo'lishi, bikslarga yorliqlar bog'langan bo'lishi kerak.

Tug'ruq zallarida tozalikni saqlashda quyidagi tamoyillarga qat'iy rioya qilish zarur:

- qo'llarni tozalash, steril qo'lqop kiyish;
- oraliqni toza tutish (toza suv bilan yuvish mumkin, dezinfektsiyalovchi eritmalar bilan yuvish tavsiya etilmaydi);
- tug'ruq karavotini sovunli suyuqlik bilan yaxshilab yuvish, kleyonkalarga ishlov berish;

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

– kindik kesilgan joy qurishi va bitishi uchun ochiq qolishi kerak.

Kindik kesilgan joyga biron-bir maxsus ishlov berish talab qilinmaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqqa onaning ko'kragi tutilsa bachadon qisqarishini tezlashtiradi.

Bachadon qisqarishi uchun muz qo'yish tavsiya qilinmaydi.

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

Ona va bolani tug'ruq zalidan tug'ruqdan keyingi palataga o'tkazishda gipotermiyani o'ziga xos zararini esda tutish va yangi tug'ilgan chaqaloqni sovqotishdan saqlash choralari ko'rish zarur. Bunda eng samarali usul yangi tug'ilgan chaqaloqni ona ko'kragida issiq adyolga o'rab olib o'tishdir.

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

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

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

– prosedura xonasi;

– vaksinalarni saqlash xonasi (muzlatgich bilan);

– oshxonadan olib kelingan ovqatni tarqatish xonasi;

– dushxona;

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

Akusherlik bo'limlarining tug'ruqdan keyini barcha palatalarida tug'gan ayol va uning chaqalog'ini birgalikda bo'lishi tashkil qilinishi kerak. Kasal bo'lib qolgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ixtisoslashgan yordamning 11-bosqichiga, ya'ni ko'p tarmoqli bolalar kasalxonasining yangi tug'ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo'limiga o'tkaziladi. Ruhiy kasallik aniqlangan tug'gan ayol oldida doimo uning yaqin qarindoshlaridan biri yoki tibbiyot xodimi bo'lishi lozim.

Ona tug'ruqdan keyingi palataga o'tkazilgandan so'ng uning umumiy holati tekshiriladi, tana harorati va qon bosimi o'lchanadi, bachadoni paypaslab ko'riladi,

uni qisqarish darajasi tekshirib ko'riladi, shuningdek, tug'ruqdan keyingi ajralmalar miqdori nazorat qilinadi.

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

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

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

Alohida maxsus palatalar bitta ayolni joylashtirishga mo'ljallangan bo'lishi kerak. Bolasi alohida palataga yotqiziladi. Alohida maxsus palataga o'tkazish, uning yotqizilishi yoki o'tkazilishi sababi ko'rsatilgan holda maxsus jurnalda qayd qilib qo'yilishi lozim.

Jarrohlik bloki. Jarrohlik bloki statsionarning tarkibiy bo'limlaridan bo'lib, akusherlik bo'limlari va bokslangan palatalardan alohida jarrohlik amallarini bajarishga mo'ljallangan xonalar majmuasidan iboratdir.

Jarrohlik blokiga quyidagilar kiradi:

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

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

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

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

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

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

Jarrohlar, hamshiralar va operatsiya jarayonida ishtirok etadigan boshqa shaxslar operatsiyaga kirishidan oldin maxsus kiyimlarini kiyadilar (ko'ylak-shim, oyoq kiyimi, bosh kiyimi), jarrohlik oldi xonasida baxil, niqob kiyadilar, qo'llarini yuvadilar, jarrohlik xonasida sterillangan xalat va qo'lqop kiyiladi (ularni jarrohlik hamshirasi sterillangan bixsdan olib berib turadi). Zarur bo'lsa, operatsiyada qatnashayotganlar saqlanish vositalarini kiyadilar (ko'zoynak).

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

Bog'lov materiali, ichki kiyimlar va jarrohlikda foydalanilgan boshqa narsalar ichida kleyonka xaltachasi bo'lgan, usti yopiladigan va raqamlangan maxsus ajratilgan idishga yig'iladi.

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

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

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

Muzlatgichlarda rezus-musbat – O(I) guruh 2 flakon va qolgan guruhlariniki 1 flakondan, rezus-manfiy – O(II) guruh 2 flakon, A(II) va B(III) guruhlariniki 1 flakondan qon zaxirasi bo'lishi kerak. Muzlatgichda qondan tashqari qonning barcha guruhlarining yangi muzlatilgan zardoblari 1 flakondan, albumin (2–3 flakon), shuningdek, 6% li poliglukin, reopoliglukin, 5% li gemodez, 8% li jelatinol, kristalloid eritmalar (disol, trisol, xlosol va boshqalar) bo'lishi kerak.

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

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

Qo'llar sovun bilan yuviladi va dezinfektant bilan artiladi.

Qorin bo'shligida akusherlik operatsiyalari amaliyoti uchun kamida 2–3 ta yangi tug'ilgan chaqaloqqa qon almashtirib quyish uchun 1–2 ta asboblari va materiallar jamlanmasiga ega bo'lish kerak. Bixslar amaldagi me'yoriy hujjatlarga asoslangan holda to'ldirilishi lozim.

Jarrohlik xonasi jihozlanishi. Jarrohlik stoli, asboblari uchun 2 ta stol (birida jarrohlik ishi bajarilayotganda zarur bo'lgan hamma asboblari, jarrohga

yaqin turadigan ikkinchi ko'chma stolda jarrohlik ishining hozirgi bosqichida kerak bo'ladigan asboblarni turadi), narkoz berish va nafas oldirish apparatlari, monitor, elektrokardiograf, elektr so'rg'ich (elektroosos), vakuum ekstraktor, koagulyator, defibrillyator va boshqalar, qon quyish tizimlari (sistemalari) uchun shtativlar, bir necha taburetkalar, qo'shimcha yoritish uchun ko'chma reflektor, foydalanilgan material uchun tog'oralar, yangi tug'ilgan chaqaloqni yo'rgaklash uchun kleyonka. G'ilofli matras to'shalgan yo'rgaklash stoli va yangi tug'ilgan chaqaloq o'pkasini sun'iy nafas oldirish uchun apparat bo'lishi kerak. Maxsus javonda steril shprislarni, ninalarni, bo'yni keng va tiqin bilan yopilgan, ipak va ketgut solingan shisha idishlar, ketgutli ampulalar, bachadonni qisqartiruvchi vositalar, steril eritmalar (natriy xloridning izotonik eritmasi, 5% li glukoza, yodning 3% va 5% li spirtli eritmasi solingan flakonlar) va 70° li etil spirti saqlanadi.

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

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

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

Qorinni tikishdan oldin hamshira barcha asboblarni va doka salfetkalarini sonini sanab chiqadi hamda bu to'g'risida jarrohga hisobot beradi.

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

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

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

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

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

Jarrohlik blokining sanitariya bo'limi quyidagi xonalardan iborat:

a) ifloslangan kiyim-kechakni vaqtinchalik saqlash xonasi (kamida 6 m²);

b) toza kiyim-kechaklarni saqlash uchun omborcha (kamida 6 m²);

d) xonalarni tozalashda ishlatiladigan narsalarni qo'yish uchun omborcha (kamida 4 m²).

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

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

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

Asosiy vazifalariga mos ravishda xodimlar:

– ko'rsatmalar bo'yicha homiladorligi asoratli kechgan, ekstragenital kasalliklari bo'lgan homilador va tug'gan ayollarga hamda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda intensiv davolash choralarini o'tkazadi;

– umumiy va regionar og'riqsizlantirishning optimal uslubini aniqlaydi;

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

– bemorlar holatini narkozdan keyingi davrda muhim a'zolar faoliyati turg'unlashguncha kuzatib boradi.

Anesteziologiya-reanimatsiya bo'limi quyidagi asbob-uskunalar bilan ta'minlanishi lozim:

– maxsus tibbiy asbob-uskunalar va apparatlar;

– og'riqsizlantirish, reanimatsiya va intensiv davolashni to'laqonli o'tkazish uchun yetarli miqdorda dori-darmonlar, transfuzion vositalar;

– og'riqsizlantirish amallarini bajarish uchun maxsus jihozlangan xonalar;

– asbob-uskunalar, dori-darmonlar, transfuzion vositalar;

– kiyim-kechaklarni saqlash uchun xonalar.

Reanimatsiya va intensiv davolash palatalari maxsus jihozlar va davolash-diagnostika apparatlari, shuningdek, organizmning hayotiy muhim faoliyatini sun'iy ravishda qo'llab-quvvatlash va nazorat qilib turish uchun vositalarga ega bo'lishi kerak.

Tug‘gan ayollarni tug‘ruq majmualaridan chiqarish. Tug‘ruqdan keyingi davr asoratsiz kechganda tug‘gan ayol statsionardan mumkin qadar erta chiqariladi (4–5 kundan ko‘p emas). Chiqishidan oldin ayol vrachga darhol murojaat qilishga to‘g‘ri keladigan ehtimoli bo‘lgan asoratlar belgilari to‘g‘risida, ko‘krak suti bilan boqishning afzalliklari va tug‘ruqlar oralig‘ini kamida 3–4 yil saqlash, istalmagan homiladorlikdan saqlanish usullari va h.k. to‘g‘risida axborot olishi kerak. Homiladorlik va tug‘ruq jarayoni asoratli kechganda statsionardan chiqarish muddati masalasi tug‘gan ayol va yangi tug‘ilgan chaqaloqning umumiy holatiga qarab individual ravishda hal qilinadi.

Og‘ir somatik kasalligi bo‘lgan tug‘gan ayolni zarur bo‘lganda ixtisoslashgan tibbiy yordam ko‘rsatish uchun ko‘p tarmoqli kasalxonalarining tegishli bo‘limiga o‘tkazish lozim.

III BOB. AKUSHERLIKDA ASEPTIKA- ANTISEPTIKA VA DAVOLASH- MUHOFAZA TARTIBI

AKUSHERLIKDA ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA

Yo‘ldosh ko‘chib tushgandan keyin bachadonning ichki yuzasi keng jarohatga o‘xshab qoladi, hatto normal tug‘ruqda ham ko‘pincha bachadon bo‘yni, qin, oraliq chaqalanadi va yirtiladi.

Bachadonning jarohati yuzasiga, tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylariga mikroorganizmlar kirs, chilladagi septik kasalliklar ro‘y berishi mumkin.

Ayol organizmining chidamini kamaytiradigan shart-sharoitlar: nerv tizimining o‘ta zo‘riqishi, qon yo‘qotish, gipovitaminozlar, avval boshdan kechirilgan kasalliklar va hokazolar chilladagi septik kasalliklarning avj olishiga yo‘l ochadi.

Akusherlikda antiseptika bilan aseptika joriy qilinguncha chilladagi septik kasalliklar («tug‘ruq isitmasi») juda tez ro‘y berib turgan, tug‘ruq majmualarida chilladagi septik kasalliklar og‘ir epidemiya tusini olardi. «Tug‘ruq isitmasi» dan o‘lish 25% ga yetar va undan ham oshar edi. «Tug‘ruq isitmasi» epidemiyasi ro‘y berganda tug‘ruq majmualari birmuncha vaqtga yopib qo‘yilar edi.

Avstriyaning poytaxti Vena shahri akusherlik klinikasida ishlagan vengriyalik olim I.F.Zemmelveys o‘tgan asrning o‘rtalarida qayd qilganidek, talabalar patologik anatomiya kafedralarida o‘liklarni yorib anatomiyani o‘rganib, keyin akusherlik klinikasida amaliyotni o‘tayotgan bir vaqtda, o‘sha klinikada tug‘gan ayollarning kasallanishi va o‘limi ancha ko‘p bo‘ladi.

I.F.Zemmelveys ifloslangan asboblari va tug‘ruqni boshqarayotgan tibbiy xodimlarning qo‘lidan «chiriyotgan hayvon organik moddalari» ning tug‘ruq

yo'llariga kirib qolishi oqibatida chilla davri kasalliklari ro'y beradi, degan xulosaga keldi. Tug'ruqni boshqaruvchi vrachlar va akusherlarning qo'lini xlorli suv bilan dezinfeksiya qilish usulini joriy etdi (1847). Bu I.F.Zemmelveysning eng buyuk kashfiyoti edi. Chilladagi kasalliklarning oldini oladigan bu oddiy usul tug'gan ayollarning o'lishini keskin darajada kamaytirdi (1,5%). I.F.Zemmelveys xlorli suvni ishlatib, akusherlikda antiseptika asoslarini yaratdi.

I.F.Zemmelveys kashfiyotidan 20-yil keyin xirurg Lister aseptika asoslarini, ya'ni jarohatga o'raladigan bog'lov materiali, asboblar, choyshab, salfetka va shu kabilarni yuqumsizlantirish asoslarini yaratdi.

Chilladagi septik kasalliklarga patogen mikroblarning ko'p turlari sabab bo'ladi. Ammo stafilokokklar bilan streptokokklar septik infeksiyaning eng ko'p uchraydigan sababchilari hisoblanadi. Ichak tayoqchasi, gazli gangrena mikroblari, pnevmokokk va boshqa turli mikroblar chilladagi kasalliklarni qo'zg'aydi. Chilladagi kasalliklarning mikroblari tashqi muhitda tarqalgan, ular odam organizmida o'sib, yashayveradi-yu, odatdagi sharoitda kasallantirmaydi.

Kasallik tug'diruvchi mikroblarga keng yo'l ochib beradigan jarohat yuzalari mavjud bo'lganda septik kasalliklar ro'y beradi. Bachadonning ichki yuzasi, bachadon bo'yni, qin va oraliqning bola tug'layotganda yirtilgan, yorilgan va choklangan joylari chilladagi infeksiya (kasallik mikroblari) kiradigan yo'llar hisoblanadi.

Chilladagi infeksiya manbalari ko'p va turli-tuman. Infeksiya o'choqlari ayolning o'z organizmida bo'lishi mumkin (endogen infeksiya). Terining yiringli kasalliklari, tish chirishi, alveolar pioreya (paradontoz), angina, siydik-tanosil a'zolarining yallig'lanish kasalliklari infeksiya o'choqlariga kiradi. Homilador ayol ayniqsa saramas, angina, yiringli jarayonlar bo'lgan bemorlarga yaqin yurgan taqdirda terisi zararlanmagan holda unda patogen mikroorganizmlar yashab, o'sib turishi mumkin. Infeksiya shu o'choqlardan qon va limfa tomirlari orqali, shuningdek, yuza bo'ylab tarqalib, tug'ruq yo'llariga kiradi (teridan qinga, qindan bachadonga o'tadi).

Chilladagi septik infeksiya mikroblari ayol organizmiga ko'pincha tevarakat-rofdagi muhitdan kiradi (ekzogen infeksiya). Kasallik tug'diruvchi mikroblar homilador, tug'uvchi yo tug'gan ayolning jinsiy a'zolarini qo'l, asboblar yordamida tekshirish paytida, bog'lov materiali va boshqa narsalardan tug'ruq yo'llariga kirishi mumkin. Homiladorlikning oxirgi oylarida jinsiy aloqa qilish infeksiya kirish xavfini oshiradi.

Tomoq va burundagi mikroorganizmlar (mikroflora), ayniqsa shu bo'shliqlarda uchraydigan stafilokokklar va streptokokklarga katta e'tibor berish zarur. Ayol yo'talganda, aksa urganda va gaplashganda tomog'i va burnidan mayda-mayda so'lak tomchilari chiqib, havoga yoyiladi, bular esa tevarak-atrofdagi kishilarga infeksiya yuqtiradigan manba bo'lib hisoblanadi. Vrachlar, akusherlar va sanitarkalar niqob tutmasdan ishlagan taqdirda infeksiya tarqalishining bu usuli (havo-tomchi infeksiya) tug'gan ayollarga katta xavf tug'diradi.

Chang infeksiya manbai hisoblanadi, chunki chang zarralarida mikroblar bo'lishi mumkin. Chang cho'kkanda tashqi jinsiy a'zolariga infeksiya yuqadi, so'ngra qinga tarqaladi.

Chilladagi septik kasalliklarga qarshi kurash avvalo profilaktika (oldini olish) yo'li bilan olib boriladi. Chilladagi septik kasalliklarning oldini olish akusherlikning asosiy tamoyili bo'lib, mamlakatimizda tug'ruqda yordam berish ishining eng katta vazifasi hisoblanadi. Tug'ruqda yordam berish muassasalarida aseptika bilan antiseptika qoidalariga rioya qilish, shaxsiy va umumiy gigiyena choralari, homilador va tug'uvchi ayollarning hammasiga malakali tibbiy yordam berish, chilladagi kasalliklarning oldini olish negizi hisoblanadi.

Homiladorlik vaqtida infeksiyaning oldini olish choralari. Homiladorlik gigiyenasi qoidalariga rioya qilish chilladagi kasalliklarning oldini oladigan eng muhim choradir. Homilador ayol organizmidagi infeksiya o'choqlariga barham berish (og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirish — sanatsiya, yiringli kasalliklar, angina va boshqa yallig'lanish jarayonlarini tuzatish, homilador ayolni infeksiyali bemorlarga yaqinlatmaslik, badanni toza tutish, homiladorlikning so'nggi ikki oyida jinsiy aloqani taqiqlash ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. To'g'ri turmush kechirish va ratsional ovqatlanish organizmning yuqumli kasalliklarga chidamini oshirib, chilladagi septik infeksiyaning oldini olishga yordam beradi.

Tug'ruq vaqtida septik infeksiyaning oldini olish choralari. Tug'uvchi ayollarning hammasi tug'ruq majmuiga kelgach ko'zdan kechiriladi. Tana harorati ko'tarilganligi, terining yiringli kasalliklari, angina, gripp, so'zak va boshqa kasalliklar aniqlangan taqdirda tug'uvchi ayollar tug'ruq majmuiga kelgan sog'lom ayollardan ajratib, ikkinchi akusherlik bo'limiga yotqiziladi. So'nggi kunlarda yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga yaqin yurgan ayollar va uyida aseptikaga xilof sharoitda tug'gan ayollar ham ikkinchi akusherlik bo'limiga yotqiziladi. Tug'uvchi ayol tug'ruq majmuiga kelganda sanitariya tozalovidan o'tadi, ayni vaqtda badanining junli qismlari sinchiklab ko'zdan kechiriladi, qo'l-oyoq tirnog'i olinadi, qovuqni bo'shatish buyuriladi, ichni tozalash maqsadida klizma qo'yiladi, tashqi jinsiy a'zolar va qo'ltiq juni olinadi, yuviladi va quritiladi. Shundan keyin ayol dushga tushadi, toza kiyim kiyib, tug'ruqdan oldingi palataga jo'natiladi. Tug'uvchi ayol maxsus tug'ruq blokida tug'diriladi, bu paytda operatsiya xonalari qanday toza tutilsa, xuddi shunday toza saqlanadi.

Tug'uvchi ayolning jinsiy a'zolariga uriladigan hamma narsa steril bo'lishi kerak. Ko'ylak, choyshab, paypoq, ayolning tagiga yoziladigan narsalar, bog'lov materiali avtoklavda sterilanadi. Akusherlik asboblari qaynab turgan suvda 10 daqiqa qaynatib sterilanadi. Asboblari zanglab qolmasligi uchun 1 /suvga 1 osh qoshiq hisobidan soda solinadi. Shprislar, rezina kateterlar, ballonlar va qo'l yuvadigan cho'tkalar qaynatib sterilanadi. Kesadigan asboblari bintga o'ralib, keyin qaynatiladi yoki spirtida sterilanadi.

Tugʻruqni boshqaruvchi vrachlar va akusherlar qoʻlini yuqumsizlantirish akusherlikda gʻoyat muhim ahamiyatga egadir. Qoʻl terisida hamisha turli mikroblar, jumladan patogen mikroblar koʻp. Mikroblar terini qoplagan yogʻ qavatida, yogʻ bezlarining tashqi boʻlimlarida va ter bezlarining ter chiqarish yoʻllarida boʻladi.

Qoʻlni tozalashning mavjud usullaridan Kochergin-Spasokukoskiy yoki Fyurbringer usulidan koʻproq foydalaniladi.

Qoʻlni har qanday usulda tozalashdan oldin tirnoqlar kalta qilib olinadi va tirnoq ostidagi kir maxsus asbob bilan tozalanadi.

Kochergin-Spasokukoskiy usuli. 1. Emallangan togʻora spirt bilan tozalanib, kuydirilgach, 0,5% li nashatir spirti eritmasini quyib, unda qoʻlni tirsakka qadar steril doka salfetka bilan ishqalab 3 daqiqa yuviladi. Tirnoq osti, boʻgʻimlardagi teri burmalari, barmoqlar orasi ayniqsa sinchiklab ishqalanadi.

2. Togʻorachaga yangi tayyorlangan 0,5% li nashatir spirtini quyib, unda qoʻl uch daqiqa mobaynida salfetka bilan yuviladi.

3. Qoʻl steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.

4. Qoʻl spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.

Fyurbringer usuli. 1. Qoʻl tirsakka qadar iliq suv oqimi ostida 10 daqiqa davomida sovunlab va choʻtkalab (ikki choʻtkada) yuviladi.

2. Qoʻl steril salfetka bilan quritiladi va spirt bilan 3—5 daqiqa artiladi.

3. Yod nastoykasi surtiladi (Fyurbringer qoʻlni spirt bilan artgandan keyin 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasi bilan tozalashni taklif etgan; sulema homilador va tugʻuvchi ayollar qinining yumshagan shilliq pardasidan soʻrilgani uchun uni akusherlik amaliyotida ishlatish tavsiya etilmaydi).

Alfeld usuli. 1. Qoʻl tirsakka qadar 10 daqiqa davomida sovunlab iliq suv oqimi ostida steril choʻtka bilan (ikkita choʻtkada, har biri 5 daqiqadan) yuviladi.

2. Sovun yuvib tashlanib, steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.

3. Qoʻl spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.

Qoʻl dezinfeksiya qilingach, steril rezina qoʻlqop kiyish tavsiya etiladi.

Qoʻlni:

a) tugʻuvchi ayollar qinini tekshirishdan oldin;

b) tugʻruqni qabul qilishdan oldin;

d) akusherlik operatsiyalari (plasentani qoʻlda koʻchirish, akusherlik qisqichini solish, oraliqni tikish va hokazo) dan oldin;

e) yangi tugʻilgan bolani tozalashdan oldin Kochergin-Spasokukoskiy, Alfeld yoki Fyurbringer usulida tozalash shart. Hozirgi paytda qoʻl iliq suv ostida sovun va steril choʻtka bilan sinchiklab tirnoq ostilarini 1 daqiqa davomida yuviladi. Keyin qoʻlni xlorli suvga chayib tashlanadi va quruq steril salfetka bilan artiladi. Undan keyin Oʻzbekiston Respublikasi Farmkomiteti ruxsat etgan dezinfeksiyalovchi modda bilan ishlov beriladi. Bu modda S-4-vodorod peroksid va chumoli kislotasi aralashmasidan 2,4% li qilib tayyorlangan eritma yoki

xlorgeksidin biglukonat, degmin, degmisid, yodopirin va boshqalardir. Ko'pincha S-4-pervomurning 2,4% li eritmasi solingan emallangan idishda qo'l 1 daqiqa davomida to'liq botirib turiladi, keyin steril salfetka bilan quritilib, spirt bilan artiladi.

Tug'ruqqa yordam berish muassasalarida ishlayotgan vrachlar va akusherlar tug'ruq bo'lmasida ish boshlashdan oldin, tug'uvchi va tug'gan ayollarni tashqi tekshirishdan oldin, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ko'zdan kechirish va yo'rgaklashdan oldin va shu kabi hollarda qo'llarini iliq suvda sovunlab yuvishlari shart. Qo'lni ifloslanish, yorilish, chaqalanish va boshqa shikastlardan ehtiyot qilish zarur, bunday shikastlar bo'lsa, qo'lni sinchiklab dezinfeksiya qilish mumkin emas.

Tug'ruq vaqtida tashqi jinsiy a'zolar har 5–6 soatda tozalab turiladi. Tug'uvchi ayolning dumg'azasi ostiga qaynatib yuqumsizlantirilgan tuvak qo'yiladi, tashqi jinsiy a'zolari kornsangga qisilgan steril paxtada dezinfeksiyalovchi kuchsiz eritma (1% li lizofom eritmasi, 1:6000—1:8000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi) bilan yuviladi. Ayni vaqtda quyidagi tartibga amal qilinadi: avvalo qov sohasi, sonning ichki yuzasi, tashqi jinsiy a'zolar, nihoyat, oraliq va orqa chiqaruv teshigi sohasi yuviladi. Tashqi jinsiy a'zolar va yon-veridagi sohalar kornsangga qisilgan steril paxta bilan yuqorida aytilgan tartibda quritiladi.

Tug'ruqni qabul qilishdan oldin tashqi jinsiy a'zolar va yon-veridagi sohalar qaynagan iliq suv bilan yuqorida aytilgan tartibda yuviladi, kornsangga qisilgan steril paxta bilan quritiladi, spirt bilan artiladi va 5% li yod nastoykasi suriladi. Tug'uvchi ayolga steril ko'ylak, oyog'iga mato paypoq kiygiziladi, ostiga steril choyshab yoziladi.

Tug'ruq majmualari tibbiyot xodimlarining shaxsiy gigiyenasi. Vrachlar va akusherlar ayollarning chilladagi kasalliklariga sabab bo'ladigan patogen mikroblardan xoli bo'lishlari kerak. Gripp, angina, terining yiringli va boshqa kasalliklari bo'lgan bemorlarga, yiringli jarohatlarga va boshqa infeksiya manbalariga yaqin yurgan vrachlar, akusherlar va sanitarkalar tug'uvchi ayollarga yaqinlashtirilmaydi. Qo'li chaqalangan, yorilgan, ekzema, madda va boshqa kasalliklari bo'lgan xodimlar tug'ruq majmuasida ishlashga qo'yilmaydi. Tug'uvchi ayollarga va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga qarab turadigan tibbiy xodimlar organizmida infeksiya bor-yo'qligini aniqlash maqsadida muntazam ravishda tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi, qo'l, tomoq va burun bo'shlig'idagi mikroflora vaqt-vaqti bilan tekshirib turiladi. Patogen mikroblar topilgan kishilar tug'ruq majmualarida ishlashga qo'yilmaydi.

Tibbiyot xodimlari tug'ruq majmuida ish boshlashdan oldin dushga tushib, kiyimlarini almashtiradilar, oson yuviladigan mato (chit, satin) dan tikilgan kiyim kiyadilar, so'ngra toza xalat kiyib, durracha o'raydilar. Kiyim va xalatning yenglari tirsak yuqorisigacha shimariladi, bu esa qo'lni tez-tez yuvib turish va to'g'ri dezinfeksiya qilish uchun qulaylik yaratadi.

Xalat qaynatib yuviladi, keyin dazmollanadi; xalat kiyimni yaxshilab berkitib turishi kerak. Akusher tugʻruqni qabul qilishdan oldin xalatning ustidan toza kleyonka fartuk tutadi.

Durracha sochni batamom berkitib turishi kerak. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar palatasida ishlaganda ogʻiz-burunni berkitib turadigan niqob tutish shart. Niqobni toʻgʻri tutish infeksiyaning havo-tomchi yoʻli orqali oʻtish xavfini bartaraf qiladi. Ogʻiz va burun boʻshligʻidan chiqadigan mikroblar niqobda ushlanib qoladi. Niqob zich oq matodan yoki 3—4 qavat dokadan tikiladi. Niqobga mikroblar ancha tez kirib oladi. Shuning uchun niqob ish kuni mobaynida ikki marta almashtiriladi. Ifloslangan (kir) niqoblar maxsus idishga yigʻiladi, yuviladi, qaynatib yoki avtoklavga solinib dezinfeksiyalanadi.

Tugʻruq majmuining sanitariya tartibi. Tugʻruq majmui binosi namunali darajada toza tutilishi lozim. Bino yiliga kamida bir marta taʼmirlanadi. Barcha palatalar, koridorlar, sanitariya uzellari va boshqa yordamchi binolar kuniga kamida ikki marta hoʻllab tozalanadi va shamollatiladi. Tugʻruq boʻlimi va yangi tugʻilgan chaqaloqlar yotadigan palatalar havosi muntazam ravishda bakteriologik tekshirishdan oʻtkazib turiladi. Tugʻruq boʻlmasi, tugʻruqdan oldingi palata, tugʻgan ayollar va yangi tugʻilgan chaqaloqlar yotadigan palatalar har 7—10 kunda sinchiklab sanitariya qayta ishlovidan oʻtkaziladi. Palatalar navbat bilan boʻshatiladi, bir kecha-kunduz shamollatiladi, soʻngra devorlari, pollari, derazalari, tumbochka va karavotlar sovunlab yuviladi, xlorli eritma bilan artiladi. Karavotlarga toza matras, choʻyshab va adyollar yoziladi; devorlar va jami mebelga kvars-simob lampasidan nur tushiriladi, bu esa tugʻuvchi ayollar va yangi tugʻilgan chaqaloqlarga ishlatilgan narsalarni yuqumsizlantirishga yordam beradi.

Tugʻruq karavotiga oq kleyonka va toza choʻyshab yozib qoʻyiladi. Har bir ayol tugʻgandan keyin kleyonka yuviladi, dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi. Tugʻgan ayollar yotadigan palatalarda quyidagicha sanitariya ishlovi oʻtkaziladi. Tugʻgan ayol uyiga joʻnatilgach, karavot yuviladi, matras, yostiq va adyol 12—24 soat shamollatiladi, mumkin qadar oftobga yoyiladi. Chilla davri (tugʻruqdan keyingi davr) isitma bilan oʻtgan boʻlsa, matras, yostiq va adyol dezinfeksiya qilinadi. Matras ustidan yozilgan kleyonka iliq suvda sovunlab yuviladi, soʻngra lizoform yoki xloramin eritmasi bilan dezinfeksiyalanadi.

Foydalanilgan choʻyshab, koʻylak, kir sochiq va salfetaklar maxsus yashiklarga yigʻiladi (bu yashiklar maxsus «kir kiyim» xonasida turadi) va mumkin qadar tezroq kirxonaga topshiriladi. Tugʻruq majmuining kiyim-kechagi boshqa davolash muassasalarining kiyim-kechagidan alohida yuviladi, bu esa infeksiyaning oldini olish uchun juda muhim. Kiyim-kechak qaynatilib, keyin dazmollanadi. Toza kiyim-kechak maxsus shkaflarda, steril kiyim-kechak maxsus qutilarda (barabanlarda) saqlanadi. Tugʻgan ayollarning kiyim-kechagi, choʻyshablari tez-tez almashtiriladi; tagiga yoziladigan tagliklar va tagliklar

ostidan solinadigan kleyonkalar kuniga 2–3 mahal almashtiriladi va yuviladi. Kleyonkalar iliq suvda cho'tka bilan sovunlab yuviladi, chayiladi, dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan yuviladi, quritiladi va ishlatguncha steril qopda saqlanadi.

Tuvaklarni sterillash chilladagi kasalliklarning oldini olish uchun muhim ahamiyatga egadir. Tug'uvchi va tug'gan har bir ayolga sterillangan alohida tuvak tutiladi. Tuvakni tutishdan oldin yuviladi, maxsus bakda 10—15 daqiqa qaynatiladi, toza bachokda yoki steril qopda saqlanadi. Tutilgan tuvaklar bo'shatilib, oqib turgan suvda yuvilgach, dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan chayiladi va karavot tagidagi tirgakka qo'yiladi. Tug'gan ayollar tagini tozalaganda jinsiy yo'llarga infeksiya kiritmaslik qoidalariga rioya qilinadi.

Tug'gan ayollar og'rikan taqdirda ularni o'z vaqtida ajratib qo'yish chilladagi kasalliklarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi. Yiring chiqayotgan, harorati ko'tarilgan, infeksiya (furunkulyoz, gripp va hokazo) ning boshqa belgilari bo'lgan ayollar alohida maxsus palata – izolyatorga ko'chiriladi.

Tug'uvchi va tug'gan ayollarning qarindosh-urug'lari tug'ruq majmualariga kiritilmaydi, bu esa tashqaridan infeksiya kirishiga yo'l qo'ymaslik uchun juda muhim.

Yuqorida ko'rsatilgan tadbirlardan tashqari, chilla davrining to'g'ri o'tishi va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'i uchun aseptika va antiseptika qoidalarini tug'gan ayollarga tushuntiriladi.

Tug'ruq majmualarida shifoxona ichi infeksiyalarini oldini olish chora-tadbirlarini tashkil qilish Sog'liqni saqlash vazirligining 2003-yil 13-noyabrdagi 500-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan yo'riqnoma asosida tashkil etiladi.

Nazorat uchun savollar

1. Aseptika va antiseptika deganda nimani tushunasiz?
2. Aseptika va antiseptika sohasiga I.F.Zemmelveys, I.P. Pirogovlarning qo'shgan hissalar.
3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligi 2003-yil 13-noyabrdagi 500-sonli buyrug'ining mohiyati.
4. 1-iyul 2004-yilgi 307-sonli buyrug'ining mohiyati.
5. Tibbiy xodimlarning individual himoya vositalari.
6. Mikroorganizmlar tarqalishining qanday oldi olinadi?

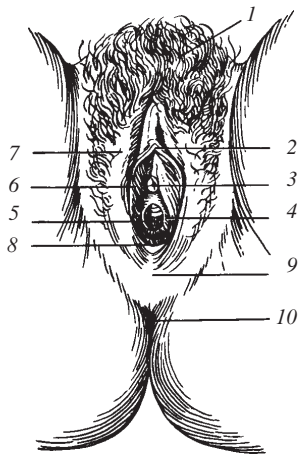
II QISM. FIZIOLOGIK AKUSHERLIK

IV BOB. AYOL JINSIY A'ZOLARINING ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Ayol jinsiy a'zolari tashqi va ichki jinsiy a'zolarga ajratiladi. Tashqi jinsiy a'zolar asosan jinsiy his a'zolari hisoblanadi; ichki jinsiy a'zolar homilani yetiltirish va bola tug'ish funksiyasini o'taydi.

TASHQI JINSIY A'ZOLAR (GENITALIA EXTERNA)

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



1-rasm. Ayolning tashqi jinsiy a'zolari:

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

Qov (mons pubis) simfizning oldingi¹ va yuqori tomonida joylashgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog'i) dan iborat.

Qovning yuqori chegarasi terining ko'ndalang egatchasidan iborat bo'lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o'ng va chap tomonda qov burmalari bor, qov orqa tomondan katta jinsiy lablarga qo'shilib ketadi. Qovni jun bosgan. Voyaga yetgan ayolda qovdagi junning yuqori chegarasi gorizontaal chiziq shaklida bo'ladi. Bunga qarama-qarshi o'laroq erkaklarda qov junining yuqori chegarasi yuqoriga tomon o'tkirlanib, qorinning oq chizig'i bo'ylab ba'zan kindikkacha boradi. Bolalik davrida qov junsiz bo'ladi, keksalik davrida esa qovdagi jun siyraklashib qoladi.

Qov junining o'sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po'stlog'ining faoliyatiga bog'liq. Ba'zi ayollarda qov juni erkaklardagiga o'xshash joylashgan yoki

¹ "Oldingi", "orqadagi", "yuqoridagi", "pastdagi" terminlari tikka turgan ayolga nisbatan qo'llaniladi. Ayol boshqa vaziyatda bo'lsa ham, xuddi shu tikka turganday faraz qilinib, shu ifodalardan foydalaniladi.

yetarlicha qalin bo'lmaydi, bu esa jinsiy a'zolarining yaxshi yetilmaganligidan va tuxumdonlar funksiyasining yetarli emasligidan dalolat beradi.

Katta jinsiy lablar (labia pudendae majora) — uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidan iborat. Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan qon tomirlar, nervlar va fibroz tolalar o'tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonda qov terisiga o'tadi, orqa tomonda esa sekin-asta torayib pastga tushadi va o'rta chiziqda bir-biriga qo'shilib, **orqadagi bitishma** (commissura labiorum posterior) ni hosil qiladi. Katta jinsiy lablar sirtini jun bosgan, ter va yog' bezlari bor. Katta jinsiy lablarning ichki yuzasi shilliq pardaga o'xshaydigan nozik pushti teri bilan qoplangan. Katta jinsiy lablar orasi **jinsiy yoriq** (rima pudendi) deb ataladi.

Katta jinsiy lablar bag'rida **qin dahlizining katta bezlari – Bartolin bezlari** (glandulae Bartholinii) joylashgan. Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolarnaysimon bezlardir. Bezlarning alveolalari epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yo'li orqali tashqariga chiqadi, bu yo'lining uzunligi 1,5–2 sm. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa bo'limlari bag'rida yotadi, ularning chiqarish yo'llari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari) dan hosil bo'lgan egatga ochiladi. Bartolin bezlarini katta jinsiy lablar asosida, orqadagi bitishma yaqinida paypaslab topish mumkin. Bartolin bezlarining sekreti oqimtir, ishqoriy reaksiyali, o'ziga xos hidli bo'lib, odatda jinsiy qo'zg'alish paytida tashqariga chiqadi. Bartolin bezlarining sekreti qin dahlizi va qin og'zini namlaydi, urug' suyuqlig'ini suyultiradi, bu esa spermatozoidlar harakatiga yordam beradi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (anus) o'rtasidagi joy **oralik** (perineum) deb ataladi¹. Oralik muskul-fassiyadan tuzilgan plastinka bo'lib, tashqaridan teri bilan qoplangan; terida orqadagi bitishmadan orqa chiqaruv teshigigacha davom etadigan chiziq ko'rinadi, u oraliq choki (raphe perinei) deb ataladi. Tashqaridan qaraganda oraliq balandligi (orqadagi bitishmadan orqa chiqaruv teshigigacha bo'lgan masofa) 3–4 sm. Oralik yuqoriga (ichkariga) tomon torayib boradi, chunki qin va to'g'ri ichak bir-biriga yaqinlashib keladi. Shu tariqa, oraliqning muskul-fassiya qatlami yuqoriga tomon torayib boruvchi ponaga o'xshaydi.

Kichik jinsiy lablar (labia pudendae minora) — uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti bo'lib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi bo'ylab yotadi. Odatda katta jinsiy lablar kerilgandagina kichik jinsiy lablar ko'rinadi, lekin bular ba'zan baland bo'lib, tashqariga turtib chiqib turadi. Kichik jinsiy lablar oldingi tomonda ikkiga bo'linib, ikki juft oyoqcha hosil qiladi. Oyoqchalarning oldingi jufti o'rta chiziqda, klitor ustida bir-biri bilan qo'shilib, kichkina burma hosil qiladi, bu burma klitorning chekka kertmagi (preputium

¹ Aniqrog'i, bu oldingi oraliq yoki akusherlar oralig'idir. Orqa chiqaruv teshigi bilan dum suyagi o'rtasidagi joy orqadagi oraliq deb ataladi.

clitoridis) deb ataladi. Oyoqchalarning ikkinchi jufti klitor ostida birlashib, uning yuganchasi (frenulum clitoridis) ni hosil qiladi.

Kichik jinsiy lablar orqa tomondan pastga tushib, katta jinsiy lablarning taxminan o'rtadagi uchdan bir qismi ro'parasida shu katta lablarga qo'shilib ketadi. Kichik jinsiy lablarda qon tomirlar va nerv oxirlari ko'p, shunga asoslanib kichik jinsiy lablarni jinsiy hissiy a'zosi deb hisoblashadi.

Klitor (clitoris) – kichkina konussimon tuzilma (erkaklar jinsiy a'zosi (penis) ga analog a'zo) bo'lib, qo'shilib ketgan ikkita (g'orsimon) tanadan iborat. G'orsimon tanalarda tutash bo'shliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu bo'shliqlarda aylanib yuradi. Klitor jinsiy yoriqning oldingi burchagida, kichik jinsiy lablarning qo'shilib ketgan oyoqchalari orasida kichkina do'mboqchaga o'xshab turtib chiqib turadi. Klitorning boshchasi, tanasi g'orsimon tanalar va oyoqchalardan tuzilgan bo'lib, qov va quymich suyaklarining suyak usti pardasiga borib yopishadi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy: terisida nerv oxirlari juda ko'p. Klitor funksiyasi jihatdan jinsiy hissiy a'zodir. Jinsiy qo'zg'alish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekinroq oqib ketishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (ereksiya).

Qin dahlizi (vestibulum vaginae) – oldingi tomondan klitor, orqa tomondan katta jinsiy lablarning orqadagi bitishmasi, ikki yon tomondan kichik jinsiy lablarning ichki yuzasi bilan chegaralangan. Qin dahlizining yuqoridagi, qin tomondagi chegarasi qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari) dan iborat. Qin dahliziga uretra (siydik chiqarish kanali) ning tashqi teshigi, Bartolin bezlarining chiqarish yo'llari ochiladi. Qin dahlizida shingilga o'xshash mayda bezlar va ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan chuqurchalar (kriptalar yoki lakunalar) ko'p.

Siydik chiqarish kanali (urethra). Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi klitordan 2–3 sm orqada bo'lib, yumaloq, ba'zan yoriq, yulduz yoki yarim oy shaklidir. Uretraning bo'yi ayollarda 3–4 sm, eni o'zgaruvchan, kanali oson cho'ziladi (diametri 1 sm gacha boradi va undan ham oshadi). Uretra kanali deyarli to'ppa-to'g'ri yo'l oladi, biroq yuqoriga egilgan bo'ladi. Uretra boshidan oxirigacha qinning oldingi devoriga qo'shilgan. Qin devorining shu qismi milkka o'xshab biroq do'ppayib turadi.

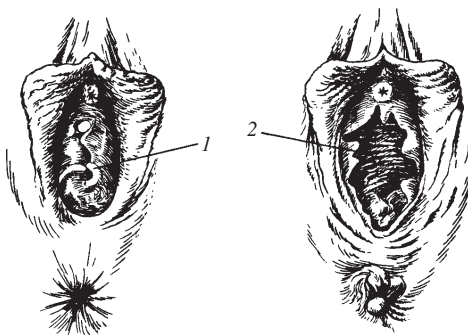
Uretraning ichki yuzasi shilliq parda bilan qoplangan, bu parda uzunasiga burma-burma bo'lib yotadi. Uretraning shilliq pardasi silindrik epiteliy bilan qoplangan, faqat pastki bo'limi bundan mustasno bo'lib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Shilliq pardada chuqurchalar (kriptalar) va bezlar bor. Muskul qavati bo'ylama va aylanma (sirkular) silliq muskul tolalardan tuzilgan.

Aylanayotgan (sirkular) muskul tolalari uretraning ichkari tomondagi uchida, qovuq yaqinida ichki sfinkter (qisuvchi muskul) ni hosil qiladi. Siydik chiqarish paytida ana shu sfinkter bo'shashadi. Uretraning tashqi teshigi atrofida tashqi sfinkter bor. Bu sfinkter siydik-tanosil diafragmasi (qov ravog'ini to'ldiradigan

muskul-fassiya plastinkasi) ning tarkibiga kiruvchi ko'ndalang-targ'il muskul tolalaridan tarkib topadi.

Uretraning tashqi teshigidan yon tomonda nayga o'xshash tarmoqlanuvchi tuzilmalar—parauretral yo'llar (Skin bo'shlig'i) bor, bu yo'llarning bo'yi 1–2 sm. Ularning tashqi teshiklari uretraning shilliq pardasiga tashqi teshigi yaqinidan ochiladi. Parauretral yo'llarning sekreti uretraning tashqi teshigini namlab turadi.

Qizlik pardasi (hymen) – qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, iffatli qizlarda qin kirish qismini to'sib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, plastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Qizlik pardasining teshigi bo'ladi, bu teshikning shakli va joylashuvi har xil. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarim oy, kungurador va naysimon shaklda bo'ladi.



2-rasm. Jinsiy hayot va tug'ruq munosabati bilan qizlik pardasining o'zgarishi.
1–gimenal so'rg'ichlar; 2–mirtasimon so'rg'ichlar.

Ba'zan qizlik pardasining ikkita yoki bir nechta mayda teshigi kuzatiladi, goho yaxlit (teshiksiz) bo'ladi. Qizlik pardasi tug'ma teshiksiz bo'lishi yoki bolalik davrida vulva yallig'lanishi natijasida teshigi berkilib qolishi mumkin.

Birinci jinsiy aloqada qizlik pardasi yirtiladi, ayni vaqtda yorilgan tomirlardan qon oqadi. Qizlik pardasidan gimenal so'rg'ichlar (carunculae hymenales) qoladi (2-rasm). Tug'ruqdan keyin qizlik pardasining bir-biridan yakkalangan ayrim parchalari saqlanib turadi, bular mirtasimon so'rg'ichlar (carunculae myrti-formes) deb ataladi. Qizlik pardasining shakli va jinsiy hayot hamda tug'ruq munosabati bilan o'zgarishi, sud tibbiyoti amaliyotida katta ahamiyatga egadir.

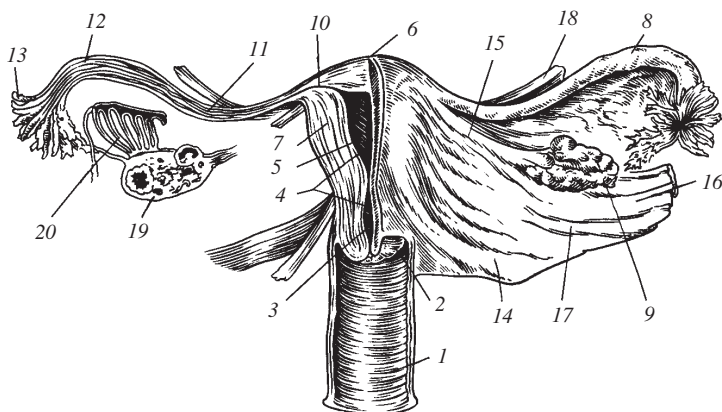
Qizlik pardasi ba'zan shu qadar cho'ziluvchan bo'ladiki, jinsiy aloqada yirtilmaydi; juda ham cho'ziluvchan qizlik pardasi goho tug'ruq paytida ham saqlanib qoladi.

ICHKI JINSIY A'ZOLAR (GENITALIA INTERNA)

Ichki jinsiy a'zolarga qin, bachadon, bachadon naylari (tuxum yo'llari) va tuxumdonlar kiradi (3–4-rasmlar).

Qin (vagina s. colpos) — kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon, muskulli elastik a'zodir. Qin oldindan va pastdan orqaga ham yuqoriga qarab

boradi, qizlik pardasidan boshlanib, bachadon bo'yniga yopishadigan joyda tugaydi. Qinning bo'yi va eni ancha o'zgaruvchan bo'ladi. Qinning oldingi devori o'rta hisobda 7–8 sm, orqa devori esa 1,5–2 sm dan uzunroq. Qin cho'ziluvchanligiga yarasha eni o'zgaradi, u o'rta hisobda 2–3 sm bo'ladi, shu bilan birga qinning pastki bo'limi torroq, yuqori bo'limi kengroq. Qinning oldingi va orqa devorlari odatda bir-biriga tegib turadi, qin bo'shlig'ining ko'ndalang kesimi shaklan N harfiga o'xshaydi. Qin bo'shlig'iga yuqoridan bachadon bo'ynining qindagi qismi (portio vaginalis) turtib chiqib turadi. Qin devorlari bachadon bo'ynining qindagi qismi atrofida gumbazsimon chuqurchalar hosil qiladi, ular **qin gumbazlari** deb ataladi. Qin gumbazlari to'rtta: oldingi (bachadon bo'ynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon bo'ynidan orqa tomonda), o'ng va chap gumbazlar. Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chuqurroq, jinsiy aloqada shahvat (sperma) orqadagi gumbazda to'planadi, urug'li suyuqlik (sperma) shu gumbazdan bachadon bo'ynining tashqi teshigiga, so'ngra bachadon bo'shlig'iga kiradi. Qin oldingi devorining yuqori bo'limi qovuq asosiga, pastki bo'limi siydik chiqarish kanali (uretra) ga taqalib turadi; qinning yuqori qismiga oldingi tomondan siydik yo'llari (ureterlar) ham yaqinlashib keladi (qovuqqa ochilish joyida).



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

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

Qinning orqadagi devori to'g'ri ichakka taqalib turadi, ular o'rtasidagi kamgakning pastki qismida oraliq to'qimalari joylashadi. Ikki yon tomondan muskul tutamlari va kletchatka qinni chanoqdan ajratib turadi. Qin devori uch

qavat: shilliq parda, muskul qavati va o‘rab turuvchi kletchatka. Qin atrofidagi kletchatkadan qon va limfa tomirlari hamda nervlar o‘tadi.

Qin devori uch qatlamdan iborat: shilliq qavat, muskul qavat va qinni o‘rab turuvchi qo‘shuvchi to‘qimali pardali kletchatka (adventitsiya). O‘rab turuvchi kletchatka ostida qinning ***muskul qavati*** bor, u ikki qatlamdan: bo‘ylama (uzunasiga) ketgan tashqi qatlam va aylanayotgan (sirkular) ichki qatlamdan iborat. Ichki qatlamdagi muskullar tashqi qatlamga qaraganda ko‘proq rivojlangan, elastik tolalari ham ko‘p. Muskul qatlamiga ***qinning och pushti rangdagi shilliq pardasi*** taqalib turadi. Shilliq pardaning oldingi va orqa devorlarida uzunasiga ketgan ikkita milk (valik) bor, bular bir talay ko‘ndalang burmalar (columnae rugarum) dan iborat; qin devorlarining juda ham cho‘ziluvchanligi ana shu burmalarga bog‘liq. Bu tug‘ruq vaqtida katta rol o‘ynaydi. Tug‘ruq, ayniqsa, takror tug‘ishdan keyin bu burmalar sekin-asta yozilib, tekislanib ketadi; ko‘p tug‘gan ayollarda qin shilliq pardasi silliq bo‘ladi. ***Qizlik pardasining burmalari*** qizlarda ayniqsa yaxshi seziladi, hatto tug‘magan ayollarda ham qarilik davrida jinsiy a‘zolarning sekin-asta atrofiyalanishi munosabati bilan burmalar tekislanib ketadi. Qin shilliq pardasi ko‘p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliyda glikogen to‘planadi. Glikogen hosil bo‘lishi tuxumdonning follikular gormoniga bog‘liq.

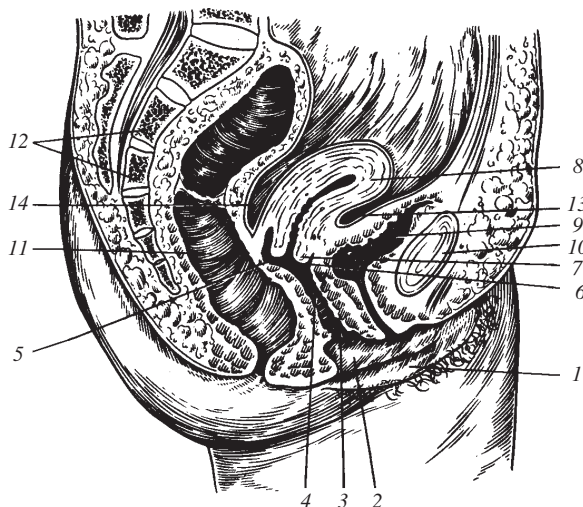
Qin shilliq pardasida bezlar yo‘q. Qin sekretining suyuq qismi qon va limfa tomirlaridan suyuqliq sizib chiqish yo‘li bilan hosil bo‘ladi; unga qin epiteliysining ko‘chib tushuvchi hujayralari, mikroorganizmlar va leykositlar aralashadi. Qin sekreti oqimtir, o‘ziga xos hidli, ozgina bo‘lsa ham qin shilliq pardasining namlanishiga yordam beradi. Sog‘lom ayol qin chiqindilarini sezmaydi. Balog‘atga yetish davrida qin sekreti sut kislota borligidan kislotali reaksiyada bo‘ladi. Qin epiteliysining hujayralaridagi glikogen qin basillalari (*Bacillus vaginalis*) ning hayot faoliyati natijasida hosil bo‘ladigan moddalar ta‘sirida parchalanib, sut kislota hosil qiladi. Qin basillalari (Doderleyn tayoqchalari) sog‘lom ayollar qinida doim yashaydigan mikroorganizmlar (normal flora) hisoblanadi.

Qinda hosil bo‘ladigan sut kislota qin basillalariga va shilliq pardasiga salbiy ta‘sir etmaydi, ayni vaqtda sut kislota tashqi muhitdan qinga kiradigan patogen mikroorganizmlarni o‘ldiradi. Shunday qilib, voyaga yetgan sog‘lom ayolda «qinning o‘z-o‘zidan tozalanish» jarayoni sodir bo‘lib turadi.

Qarilik davrida, shuningdek og‘ir umumiy va ginekologik kasalliklarda tuxumdonlar faoliyati susayadi, shilliq pardadagi glikogen kamayadi. Sut kislota kam ishlab chiqiladi, shuning natijasida qin sekreti ishqoriy reaksiyali bo‘lib qolishi mumkin. Bunday sharoitda patogen bakteriyalar tashqaridan qinga kirib, rivojlana boshlaydi va normal mikroflora (qin basillalari) ni surib chiqaradi.

Mikroflora xarakteriga qarab qin tozaligi to‘rt darajaga bo‘linadi (5-rasm).

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



4-rasm. Ayol chanog'idagi a'zolar (sagittal sathdan kesilgan).

1-katta jinsiy lab; 2-kichik jinsiy lab; 3-qin og'zi; 4-qin; 5-qinning orqa gumbazi; 6-qinning oldingi gumbazi; 7-bachadon bo'yni; 8-bachadon tanasi; 9-qovuq; 10-simfiz; 11-to'g'ri ichak; 12-dumg'aza; 13-qovuq bilan bachadon o'rtasidagi kamgak; 14-to'g'ri ichak bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (Duglas bo'shlig'i).

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

Tozalikning uchinchi darajasi. Qin basillari kam, bakteriyalarning boshqa turlari (ayniqsa kokklar) ko'proq, bir talay leykositlar topiladi. Reaksiyasi salpal ishqoriy.

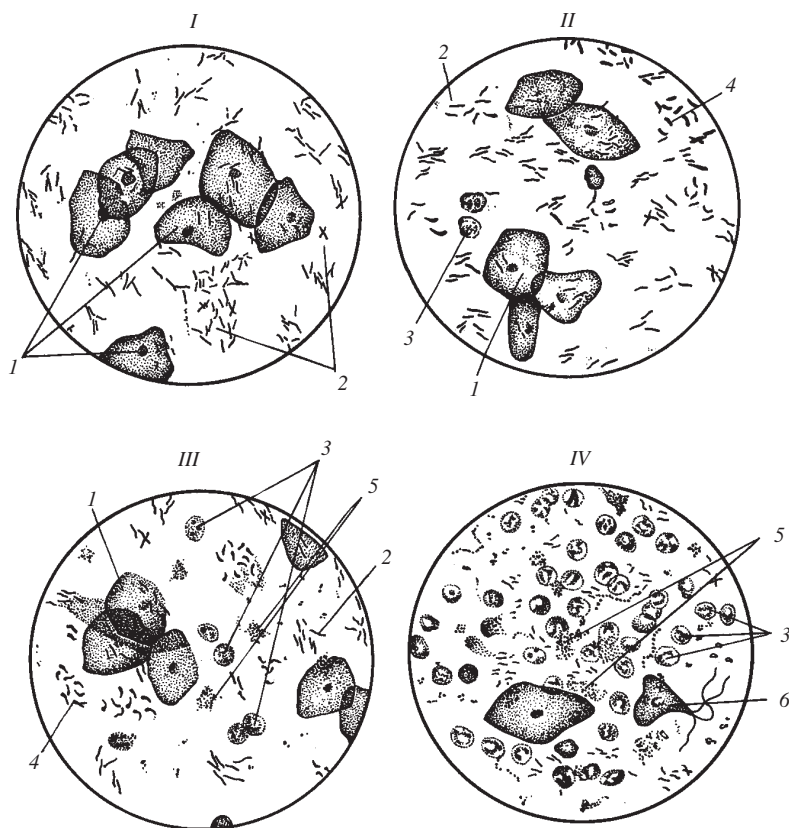
Tozalikning to'rtinchi darajasi. Qin basillari yo'q, patogen mikroblar (kokklar, comma variabile, trixomonadalar, zamburug'lar va hokazo) bilan leykositlar juda ko'p. Reaksiyasi ishqoriy.

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

Bachadon (uterus s. gysterus) — silliq muskulli kovak a'zo bo'lib, shaklan oldindan orqaga qarab sal-pal yassilangan nokka o'xshaydi.

Bachadon quyidagi bo'limlardan iborat: tanasi (corpus), bo'g'zi (isthmus) va bo'yni (cervix, collum) (3-rasmga qaralsin).

Bachadonning yuqori qismi **tanasi** deb ataladi. Bachadon tanasining gumbaz shaklida ko'tariladigan, bachadon naylarining yopishish chizig'idan yuqoriroqdagi qismi bachadon **tubi** (fundus) deb ataladi. Bachadon **bo'g'zi** tanasi bilan bo'yni orasidagi qariyb 1 sm uzunlikdagi qismidir. Bo'g'zi ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'ynining kanaliga qo'shilib ketadi. Bachadon bo'g'zi shilliq pardasining tuzilishi jihatidan bachadon tanasiga, devorining tuzilishi jihatidan bachadon bo'yniga o'xshaydi. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida bachadon bo'g'zi tanasining pastki bo'limi bilan birgalikda bachadonning pastki segmentini hosil qiladi. Bachadonning oldingi devoriga



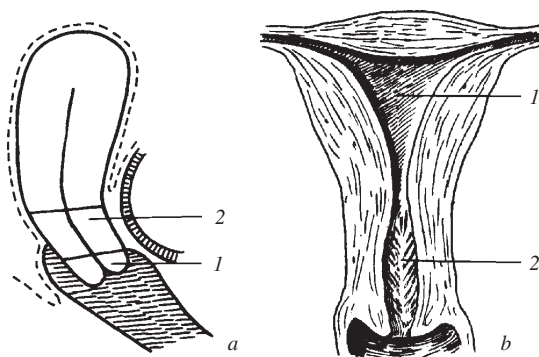
5-rasm. Qin suyuqligining tozalik darajasi.

Tozalikning I darajasi: 1–epiteliy hujayralari; 2–qin tayoqchalari. **Tozalikning II darajasi:** 1–epiteliy hujayralari; 2–qin tayoqchalari; 3–yakkam-dukkam leykositlar; 4–comma variabile. **Tozalikning III darajasi:** 2–qin tayoqchalari kamroq; 3–leykositlar; 4–comma variabile; 5–kokklar. **Tozalikning IV darajasi:** qin tayoqchalari yo‘qolgan; 3–leykositlar ko‘p; 5–kokklar; 6–trichomonas vaginalis.

qorin pardasi mahkam yopishadigan joy — pastki segmentning yuqori chegarasi, bachadon bo‘yni kanalining ichki teshigi sathi bachadonning pastki chegarasi hisoblanadi.

Bachadon **bo‘yni** bachadonning qinga suqilgan pastki qisqa va toraygan qismi.

Bachadon bo‘ynining quyidagi qismlari bor: a) qin qismi (portio vaginalis) qin bo‘shlig‘iga turtib chiqib turadi va b) qin ustidagi qismi (portio supravaginalis), qin devorlarining bachadon bo‘yniga yopishadigan joyidan yuqoriroqda bo‘ladi (6-a rasm). Bachadon bo‘yni silindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon sal-pal torayib boradi (silindrik-konussimon shakli). Qiz bolalarda



6-rasm. a—bachadon bo'ynining qismlari: 1—qindagi qismi; 2—qin ustidagi qismi.

b—bachadon naylari orqali uzunasiga kesilgani: 1—bachadon bo'shlig'i; 2—bachadon bo'ynining kanali.

va voyaga yetgan ayollarning jinsiy a'zolari yetilmaganda bachadon bo'yni konus shaklida bo'ladi.

Bachadon bo'ynining ichida shilliq parda bilan qoplangan tor kanal bor. Bachadon bo'ynining kanali duk shaklida: yuqori va pastki uchi o'rtasiga nisbatan biroz tor (6-b rasm). Bachadon bo'yni kanalining yuqori uchi — ichki teshigi bachadon bo'g'zining kanaliga o'tadi; **tashqi teshigi** bachadon bo'ynining qindagi qismi markaziga ochiladi. Tug'magan ayollarda bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi yumaloq yoki oval shaklda (7-a rasm), tug'gan xotirlarda ko'ndalang yoriq shaklida (7-b rasm). Tug'ruq vaqtida tashqi teshik yonlarining chaqalanishi natijasida shakli o'zgaradi.

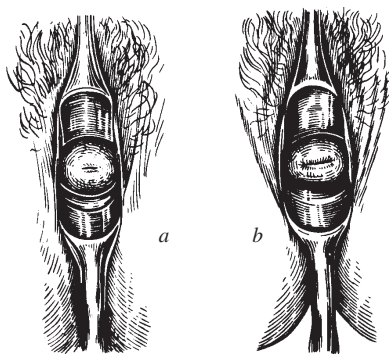
Bachadonning bo'yi tug'magan ayollarda 7–8 sm, tug'gan ayollarda 9 sm, bachadon tanasi uzunligining $\frac{2}{3}$ qismi tanasiga va $\frac{1}{3}$ qismi bo'yniga to'g'ri keladi. Bachadonning tubi sohasidagi eni 4–5,5 sm, devorlarining qalinligi 1–2 sm. Bo'yida bo'lmagan sog'lom ayol bachadonining vazni 50 g dan 100 g gacha boradi.

Bachadon bo'shlig'i uchburchak shaklida, bu uchburchakning uchi bachadon bo'ynining kanaliga, asosi bachadon tubiga qaragan; pastki burchagi bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga, yuqoridagi ikkita burchagi bachadon naylarining bachadon tomondagi uchlariga mos keladi (6-b rasmga qaralsin). Bachadon devorlari uch qavat: shilliq parda, muskul qavat, seroz qavat (qorin pardasi) dan iborat.

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

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

Bachadon bo'ynining bezlari silindrik epiteliy bilan qoplangan, bug'u shoxlariga o'xshash qayta-qayta tarmoqlangan. Bachadon bo'yni bezlarining sekreti suyuq tiniq shilimshiqdan iborat, bu shilimshiq bachadon bo'ynining kanali (servikal kanal) ni tiqin (probka) kabi yopib turadi. Bachadon tanasi shilliq pardasi silliq, servikal kanalda esa palma bargiga o'xshash burmalar (plicae palmatae) hosil qiladi. Bachadon tanasining shilliq pardasi bir-biridan biroz chegaralangan ikki qavatga bo'linadi. Bachadon bo'shlig'iga qaragan yuza qavati hayz ko'rish sikli munosabati bilan ritmik o'zgarishlarga uchraydi. Bu qavat funksional qavat deb ataladi. Shilliq pardaning muskulli qavatga taqalib turgan qavati siklik o'zgarishlarga uchramaydi va **bazal qavat** deb ataladi.



7-rasm. Bachadon bo'yni kanalinining tashqi teshigi:
a—tug'magan ayolda; b—tug'gan ayolda.

Muskul qavati (myometrium) — bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo'lib, bu tolalar orasida qo'shuvchi to'qima qatlamlari bor. Muskul qavati qon tomirlar bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Bu qavat uchta muskul qatlamiga bo'linadi: 1) tashqi (qorin parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan; 2) o'rta qatlami gir aylana va qiyshiq yotgan tolalardan iborat; 3) ichki (shilliq parda ostidagi) qatlami uzunasiga ketgan. Bachadon tanasida gir aylana yotgan muskul qatlami, bachadon bo'ynida esa uzunasiga yotgan muskul qatlami ko'proq rivojlangan. Bachadon muskullarining tashqi qatlami bachadon naylari bilan boylamlaridagi muskul elementlariga ulanib ketgan. Bachadon bo'ynida va bo'g'zida muskullar qatlami bachadon tanasidagiga nisbatan yuqoriroq, qo'shuvchi to'qima esa ko'proq. Bachadon bo'ynida elastik tolalar ko'p.

Bachadonning seroz (qorin parda) qavati (perimetrium) — bachadonning tashqi qavatidir. Qorin pardasi qorin oldingi devorining ichki yuzasidan qovuqqa, so'ngra bachadon va naylarining oldingi yuzasiga o'tadi. Qovuq bilan bachadon o'rtasida qorin pardasi bilan qoplangan chuqurcha vujudga keladi, u qovuq bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (excavatio vesico-uterina) deb ataladi. Bachadonning oldingi yuzasi qorin pardasi bilan to'liq qoplanmay, faqat bo'g'zidan yuqoriroqdagi qismi qoplangan (bachadon bo'yni bilan qovuq o'rtasidagi joyning pastida zichlashmagan kletchatka bor). Qorin pardasi bachadon tubidan uning orqadagi yuzasi bo'ylab pastga tushar ekan, bachadon bo'ynining qin ustidagi qismini va qinning orqadagi gumbazini qoplaydi, so'ngra to'g'ri ichakning oldingi yuzasiga o'tadi. Bachadonning orqadagi yuzasi bilan

to'g'ri ichak orasida chuqur kamgak vujudga keladi, u to'g'ri ichak bilan bachadon o'rtasidagi kamgak (excavatio rectouterina) **Duglas bo'shlig'i** deb ataladi.

Bachadon kichik chanoq markazida simfiz bilan dumg'azadan, chanoqning o'ng va chap devorlaridan birday masofada turadi. Bachadon tanasi chanoq bo'shlig'ining keng qismida turadi, bachadon bo'ynining qindagi qismi va tashqi teshigi esa quymich suyaklarining ro'parasida bo'ladi. Bachadon oldinga engashgan (anteversio uteri), tubi simfizga, bo'yni orqara qaragan, bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi qinning orqadagi gumbazi devoriga taqalib turadi. Bachadon tanasi bilan bo'yni o'rtasida oldinga ochilgan o'tmas burchak bor (anteflexio uteri). Bachadon fiziologik harakatchan bo'ladi. Qovuq to'lganda bachadon orqaga suriladi, to'g'ri ichak to'lib ketganda bachadon oldinga suriladi, homilali bachadon yuqoriga ko'tariladi. Tug'ruq o'tgandan keyin asta-sekin bachadon yana avvalgi holiga qaytib, kichik chanoq markazida o'z o'rnini oladi.

Bachadon hayz ko'rish, homilani bag'riga olib rivojlantirish va yetilgan homilani tug'ruq yo'llari orqali haydab chiqarish (tug'ruq) funksiyalarini bajaradi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha katta yoshli ayol bachadonining shilliq pardasida to'g'ri tartib bilan takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar ro'y berib, homiladorlik uchun qulay sharoit tug'diradi. Homiladorlik davrida bachadon homilani saqlab turadi: urug'langan tuxum hujayra bachadonga payvandlanib, homila taraqqiy etadi. Homila yetilib, ona qornidan tashqarida yashashga layoqatli bo'lgach, bachadon homilani tashqariga haydaydi, bolaning tug'ilishiga yordam beradi.

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

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

Bachadon nayi quyidagi qismlarga bo'linadi: 1) interstisial qismi (pars intersitialis)—bachadon devorining bag'ridan o'tadigan qismi; 2) bo'g'iz yoki istmus qismi (pars isthmica)—bachadon nayining o'rtadagi bo'limi; 3) ampulyar qismi (pars ampullaris)—bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan qismi.

Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shilliq parda, muskul qavati va seroz qavat (qorin pardasi) lardan iborat.

Shilliq parda bachadon nayining ichki yuzasida uzunasiga ketgan burmalarni hosil qiladi. Bachadon nayining ampulyar qismiga borgan sayin bu burmalar ko'payadi va kattalashadi. Shilliq parda bir qavat silindrik tukli epiteliy bilan qoplangan. Bu epiteliy tuklari bachadon tomonga tebranib turadi, bachadon naylariga tushgan tuxum hujayrani bachadon bo'shlig'iga borib tushishini ta'minlaydi.

Muskul qavati uch qatlamli silliq muskullardan iborat. Tashqi qatlam uzunasiga ketgan, o'rta qatlam — gir aylana yotgan, ichki (shilliq parda ostidagi) qatlam ham uzunasiga ketgan.

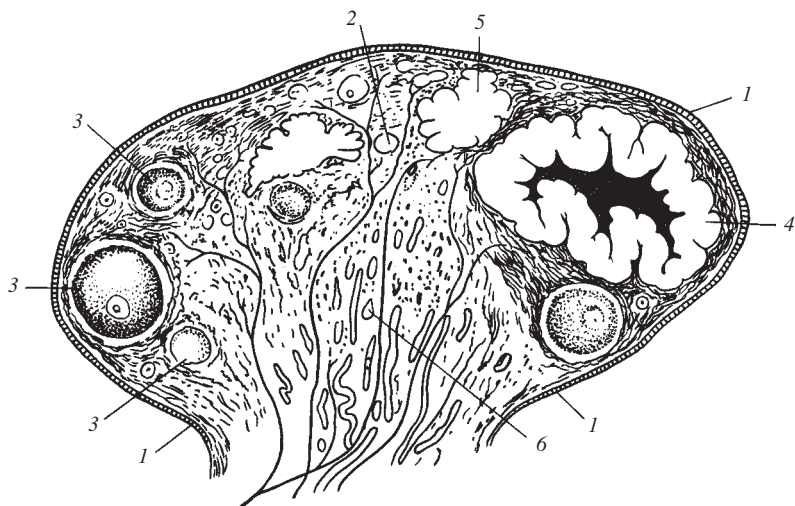
Bachadon nayining seroz pardasi serbar boylamning eng yuqori bo'limidir; qorin pardasi bachadon nayini yuqoridan va ikki yonidan qoplaydi, bu pardaning pastki bo'limiga kletchatka taqalib turadi, tomirlar va nervlar shu kletchatka orqali bachadon nayiga o'tadi.

Ilk bolalik davrida bachadon naylari tor va qing'ir-qiyshiq bo'lib, qiz bola o'sgan sayin yozila boradi va bo'shlig'i kengayadi. Bachadon naylarining torligi va qing'ir-qiyshiqligi ba'zan balog'atga yetish davrigacha qolishi mumkin (infantil naylar). Bachadon naylarining bunday tuzilishi urug'langan tuxum hujayraning bachadonga siljib borishiga imkon bermay, tuxum hujayraning nayga yopishib qolishiga (bachadondan tashqaridagi homiladorlikka) sabab bo'lishi mumkin.

Tuxum hujayra odatda bachadon nayining ampulyar qismida urug'lanadi (spermatozoid bilan qo'shiladi). Tuxum hujayra asosan bachadon nayi devoridagi muskullarning qisqarishi hisobiga uning ampulyar uchidan bachadon sari siljib boradi. Uzunasiga yotgan muskullar qisqarganda bachadon nayi kalta tortadi, gir aylana yotgan muskullar qisqarganda esa bachadon nayining bo'shlig'i torayadi. Uzunasiga ketgan va gir aylana yotgan muskullarning ketma-ket qisqarishi tufayli bachadon naylarining peristaltik harakatlari vujudga keladi, buning natijasida tuxum hujayra bachadon tomonga harakatlanib boradi. Bachadon nayi epiteliysidagi tuklarning tebranishi (hilpillashi) tuxum hujayraning harakatlanishiga yordam beradi. Shilliq pardaning uzunasiga yotgan burmalari ham tuxum hujayraning harakatiga yordam beradi, tuxum hujayra shu burmalar ustidan xuddi relsda sirg'angandek bachadon tomonga harakatlanadi.

Bachadon naylarining qisqaruvchanligi hayz ko'rish siklining fazasiga bog'liq. Tuxumdonda follikula yetiladigan davrda bachadon naylarining qo'zg'aluvchanligi va tonusi oshadi; sariq tananing rivojlanish davrida esa bachadon naylarining qo'zg'aluvchanligi va tonusi pasayadi, ularning peristaltikasi ritmik (bir tekis) ravishda bo'ladi, bu ham tuxum hujayraning harakatiga yordam beradi.

Tuxumdonlar (ovaria) — ayollar jinsiy tizimining asosiy a'zosidir. Tuxumdonlar bodom shaklida bo'lib, bo'yi 3,5—4 sm, eni 2—2,5 sm, qalinligi 1—1,5 sm, vazni 6—8 g bir juft jinsiy bezlardir. Qarilik davrida tuxumdonlar zichlashadi, kichrayadi, ularda qo'shimcha to'qimalar taraqqiy etadi.



8-rasm. Tuxumdonning kesilgan holatdagi ko'rinishi (sxema):

1—embrional epiteliy; 2—po'stloq qavati; 3—rivojlanishning turli bosqichlaridagi follikulalar; 4—sariq tana; 5—sariq tana qoldig'i; 6—mag'iz (miya) qavati.

Tuxumdonning bir chekkasi serbar boylamning orqadagi varag'iga suqilgan; qolgan hamma yuzasi qorin pardasi bilan qoplanmagan bo'lib, kichik chanoqning qorin bo'shlig'iga bemalol chiqib turadi. Tuxumdonni bachadonning serbar boylami, tuxumdonning o'z boylami, voronka-chanoq boylamlari erkin osilgan holatda ushlab turadi. Tuxumdonga qon tomirlar va nervlar, uning serbar boylamning orqa varag'iga tutashgan joyidan o'tadi (tuxumdon darvozasi – hilus ovarii).

Tuxumdon quyidagicha tuzilgan: *a*) tuxumdonning bo'sh yuzasini qoplaydigan epiteliy – oqsil pardasi; *b*) po'stloq qavati; *d*) mag'iz qavati (8-rasm).

Tuxumdon epiteliysi («embrional epiteliy») homilaning ona qornida rivojlanish va go'daklik davrida birlamchi follikulalarning hosil bo'lishida qatnashadi, keyinchalik faoliyat ko'rsatmaydi.

Oqsil pardasi epiteliy ostida joylashadi, qo'shuvchi to'qimadan tarkib topadi, bu to'qimaning tolalari tuxumdon yuzasiga parallel holda yotadi.

Tuxumdonning po'stloq qavati oqsil pardasiga taqalib turadi. Po'stloq qavatining qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizida ko'pgina birlamchi follikulalar, shuningdek, taraqqiyotning turli bosqichlaridagi follikullalar, sariq tanalar va uning qoldiqlari bor.

Tuxumdonning mag'iz qavati qo'shuvchi to'qima stromasidan iborat, undan bir talay tomirlar va nervlar o'tadi.

Tuxumdonlar eng muhim funksiyalarni o'taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxum hujayralar yetiladi, bu — ritmik

ravishda takrorlanadigan jarayondir. Tuxumdondan ishlanib chiqadigan gormonlar (jinsiy gormonlar) ayolning butun organizmiga va jinsiy a'zolariga ta'sir etadi. Tuxumdon gormonlari ayol organizmiga xos belgilarning taraqqiy etishiga imkon beradi. Ayniqsa gavda tuzilishi, modda almashinuvi xususiyatlari, sut bezlarining va jinsiy a'zolarining taraqqiy etishi, soch (jun) ning o'sishi va hokazolar shular jumlasidandir. Balog'atga yetish davrida jinsiy a'zolar (bachadon naylari, bachadon, qin, tashqi jinsiy a'zolar) tuxumdon gormonlarining ta'sirida rivojlanadi. Qiz bola balog'atga yetgach bu gormonlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydigan siklik jarayonlarda qatnashadi.

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

Estrogen gormonlar ta'sirida ayol organizmida murakkab jarayonlar sodir bo'ladi. Bachadon mushak tolalarining giperplaziyasi, bachadon shilliq qavati funksional qatlamining proleferatsiyasi (o'sishi), qin shilliq qavati epiteliysining ko'payishi, sut bezlarining proleferatsiyasi va boshqalar.

Estrogen gormonlar bachadon muskullarini yaxshi qisqarishini ta'minlaydi, uning bachadonni qisqartiruvchi preparatlar – pituitringa sezgirligini oshiradi.

Sariq tana gormoni progesteron ayollarda homiladorlik paydo bo'lishi va uning rivojlanishiga ta'sir etadi. Progesteron ta'sirida bachadon shilliq qavati funksional qatlamidagi bezlar ishga tushib sekretlar bilan to'lishadi va agarda homiladorlik sodir bo'lsa urug'langan tuxum hujayraning bachadonga payvandlanishiga (implantatsiya) sharoit yaratadi, homiladorlik bo'lmasa funksional qatlamning ko'chib tushishi (deskvamatsiya) ya'ni hayz ko'rishga sabab bo'ladi.

Progesteron bachadon muskullari qo'zg'aluvchanligini pasaytiradi, bachadonni qisqartiruvchi dorilarga sezuvchanligini kamaytiradi.

BACHADON VA TUXUMDONLARNING BOYLAM APPARATI

Bachadon, uning naylari va tuxumdonlar asosan boylam apparati va chanoq tubining muskullari yordami bilan normal o'rnida turadi. Bachadonni, uning naylari va tuxumdonlarni osib turuvchi apparat (boylamlar), mustahkamlovchi apparat (bachadonni ushlab turuvchi boylamlar), tayanch yoki suyak turuvchi apparat (chanoq tubi) normal o'rnidan siljitmay saqlab turadi.

Ichki jinsiy a'zolarining **osib turuvchi apparatiga** quyidagi boylamlar kiradi:

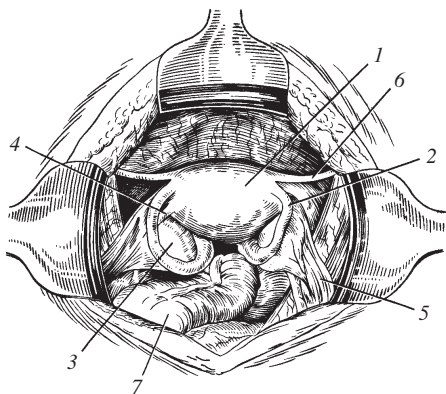
1. Yumaloq boylamlar (lig. rotundum s. teres uteri) — silliq muskullardan va qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, 10–12 sm uzunlikdagi kanopga o'xshaydi. Yumaloq boylamlar bachadon burchaklaridan (bachadon naylari chiqqan joyning biroz oldinrog'i va pastrog'idan) boshlanib, serbar boylamning

oldingi varag'i ostidan chov kanallarining ichki teshiklariga boradi. Chov kanallaridan o'tgach yelpig'ichga o'xshash yoyilib, qov va katta jinsiy lablar kletchatkasiga yopishadi. Yumaloq boylamlar bachadon tubini oldinga tortib (oldinga engashtirib) turadi; homiladorlik davrida yumaloq boylamlar yo'g'on tortadi va uzayadi.

2. Serbar boylamlar (lig. latum) — qorin pardasining qo'shaloq varaqlari bo'lib, bachadonning yon bo'limlaridan chanoqning yon devorlariga boradi. Serbar boylamlarning yuqori bo'limlaridan naylar o'tadi, ularning orqa varaqlariga tuxumdonlar kirib turadi. Serbar boylamlarning varaqlari orasida kletchatka, tomirlar va nervlar bor.

3. Dumg'aza-bachadon boylamlari (lig. sacro-uterinum) bachadonning orqa yuzasidan bachadon tanasi bilan bo'yni oralig'ida boshlanib, orqaga ketadi va to'g'ri ichakni ikki tomondan o'rab, dumg'azaning oldingi yuzasiga yopishadi. Bu boylamlar bachadon bo'ynini orqaga tortib turadi. Tug'ruq vaqtida yumaloq boylamlar va dumg'aza-bachadon boylamlari bachadonning o'z o'rnida turishiga yordam beradi.

4. Tuxumdonlarning o'z boylamlari (lig. ovarii proprium) bachadon tubidan (bachadon naylari chiqadigan joyning orqarog'i va pastrog'idan) boshlanib, tuxumdonlarga borib (9-rasm) ulanadi.



9-rasm. Jinsiy a'zolarining boylam apparati: 1—bachadon; 2—bachadon nayi; 3—tuxumdon; 4—tuxumdonning o'z boylami; 5—voronka-chanoq boylami; 6—bachadonning yumaloq boylami; 7—to'g'ri ichak.

Bachadonning **mustahkamlovchi apparati** qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan, silliq muskul tolalari aralashgan tortmalardan iborat; bular bachadonning pastki bo'limidan: a) oldingi tomonga, qovuqqa va so'ngra simfizga; b) chanoqning yon devorlariga boradigan asosiy boylamlar (lig. cardinale); d) orqaga borib, dumg'aza-bachadon boylamlarining qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan negizini tashkil etadi.

Tayanch yoki **suyab turuvchi apparat** chanoq tubining muskullari va fassiyalaridan tarkib topgan.

Ichki jinsiy a'zolarining o'z o'rnida turishida chanoq tubining ahamiyati juda katta. Qorin

ichidagi bosim ortganda (ayol kuchanganda, yuk ko'targanda, yo'talganda va hokazo) bachadon bo'yni chanoq tubiga tirgakka suyangandek tayanadi; chanoq tubining muskullari jinsiy a'zolar va ichki a'zolarining pastga tushishiga yo'l bermaydi.

KICHIK CHANOQ KLETCHATKASI

Kichik chanoq a'zolarining seroz pardasi ostida chanoq kletchatkasi bor, bu kletchatka ichki jinsiy a'zolarining turli bo'limlariga taqalib turadi. Kletchatka kichik chanoq a'zolarining seroz parda bilan qoplanmagan va chanoq fassiyasidan yuqorida yotgan qismi o'rtasidagi hamma bo'sh kamgaklarni to'ldiradi. Chanoqning zichlashmagan kletchatkasida tolali zich qo'shuvchi to'qima ko'proq bo'lgan sohalar ajratiladi. Chanoq kletchatkasining zichlashgan shu qismlari, jumladan, ichki jinsiy a'zolarining mustahkamlovchi apparatini tashkil etadi.

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

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

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

To'g'ri ichak atrofidagi (pararektal) kletchatka to'g'ri ichak atrofida joylashadi.

Chanoq kletchatkasining yuqorida ko'rsatilgan hamma bo'limlari bir-biridan ajralgan holda emas, balki qo'shuvchi to'qima tarkibidagi ko'pgina elementlar yordamida bir-biri bilan bog'langan.

Chanoq kletchatkasining ahamiyati katta. Zichlashmagan kletchatka ichki jinsiy a'zolar, qovuq va to'g'ri ichakning fiziologik harakatchanligiga va to'g'ri ishlashiga, hajmini o'zgartirishiga yordam beradi (qovuq va to'g'ri ichakning to'lishi va bo'shalishi, homiladorlik va tug'ruq munosabati bilan bachadon kattaligining o'zgarishi va hokazo). Chanoq kletchatkasining zich bo'limlari chanoq a'zolarini harakatchan-osilgan holatda mustahkamlab turadi, bachadonni va jinsiy apparatning boshqa bo'limlarini ushlab turishda qatnashadi. Chanoq kletchatkasi siydik yo'llari, qon va limfa tomirlari, limfa tugunlari, nerv tugunlari va chigallari uchun o'rindiq hosil qiladi.

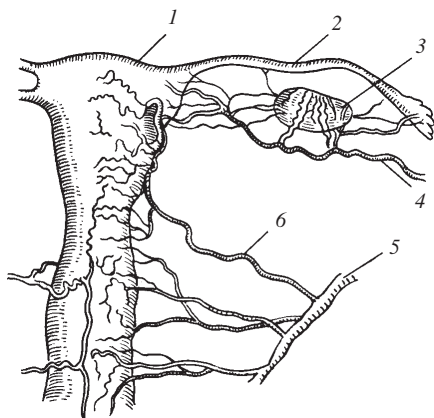
JINSIY A'ZOLARNING QON TOMIRLAR TIZIMI

Tashqi jinsiy a'zolar asosan uyatli arteriyasidan qon bilan ta'minlanadi.

Uyatli arteriya (a.pudenda) ichki yonbosh arteriyadan boshlanib, pastga tushadi-da, chanoq bo'shlig'idan chiqib, tashqi jinsiy a'zolarga, oraliqqa, qinga va to'g'ri ichakka tarmoqlar beradi.

A. spermatica externa yumaloq boylam bilan birga chov kanalidan chiqib, katta jinsiy lablar va qovni qon bilan ta'minlashda qatnashadi.

Ichki jinsiy a'zolar asosan bachadon va tuxumdon arteriyalaridan qon oladi (10-rasm).



10-rasm. Jinsiy a'zolarining qon bilan ta'minlanishi:

1—bachadon; 2—bachadon nayi; 3—tuxumdon;
4—tuxumdon arteriyasi; 5—qorin pasti arteriyasi;
6—bachadon arteriyasi.

Bachadon arteriyasi (a. uterina) bir juft tomir bo'lib, qorin pasti arteriyasidan boshlanadi, serbar boylamlar asosida yotgan parametral kletchatka orqali bachadonga boradi, yo'l-yo'lakay siydik yo'li (ureter) bilan kesishadi, bachadonga yon yuzasiga ichki bo'g'iz ro'parasida yaqinlashadi. Bu joyda bachadon arteriyasidan anchagina yirik tarmoq chiqadi. Bachadon bo'ynini va qinning yuqori bo'limini qon bilan ta'minlaydigan bu tarmoq bo'yin-qin tarmog'i (ramus cervico-vaginalis) deb ataladi.

Bachadon arteriyasining asosiy stvoli (ramus ascendens) bachadonning yon bo'limlari bo'ylab burala-buralla yuqoriga ko'tariladi, yo'l-yo'lakay bachadon devorlariga ko'pgina shoxchalar beradi va bachadon tubiga yetib, bachadon nayiga boruvchi shoxchani chiqaradi. Bachadon arteriyasining oxirgi tarmoqlari so'ngra serbar boylamning yuqori bo'limidan o'tuvchi tuxumdon arteriyasi shoxchalariga qo'shiladi.

Bachadon arteriyasining asosiy ko'tariluvchi stvolidan boshlangan **arterial tarmoqlar** ingichka qon tomirlarining qalin to'rini hosil qiladi, bular esa bachadonning muskul qavatini, shilliq va seroz pardalarni qon bilan ta'minlaydi.

Tuxumdon arteriyasi (a. ovarica) bir juft tomir bo'lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chiqqan joyning birmuncha pastrog'idan) boshlanadi, siydik yo'li (ureter) bilan birgalikda pastga tushadi, voronka-chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo'limiga o'tadi-da, tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoqlar beradi; tuxumdon arteriyasining oxirgi tarmog'i bachadon arteriyasining oxirgi qismlari bilan anastomoz hosil qiladi. Qinning qon bilan ta'minlanishida, bachadon va uyatli arteriyadan tashqari, qovuq va gemoroidal arteriyalarning tarmoqlari ham qatnashadi.

Jinsiy a'zolarining arteriyalariga shu nomli venalar yo'ldosh bo'ladi, har bir arteriya yonida odatda ikki vena yotadi. Ichki jinsiy a'zolarining venalari chigallar hosil qiladi (bachadon-tuxumdon, qovuq chigallari va hokazo).

JINSIY A'ZOLARNING NERV TIZIMI

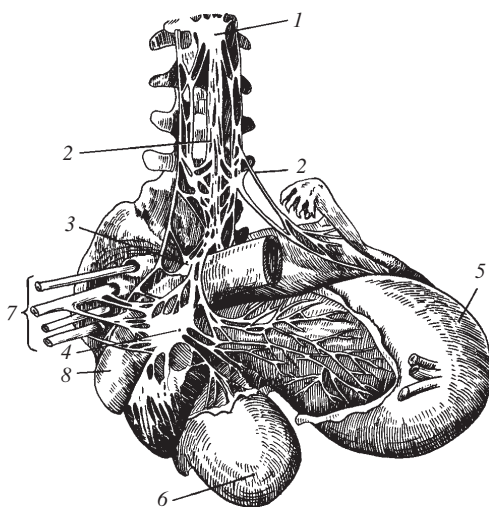
Jinsiy a'zolar innervatsiyasida simpatik va parasimpatik nerv tizimi, shuningdek, orqa miya nervlari ishtirok etadi (11-rasm).

Simpatik nerv tizimining jinsiy a'zolari innervatsiyalaydigan tolalari aorta chigali bilan quyoshsimon chigaldan boshlanib, pastga yo'naladi va V bel

umurtqasining ro'parasida qorin pastining yuqori chigalini hosil qiladi. Shu chigaldan nerv tolalari pastga va ikki yon tomonga borib, qorin pastining o'ng va chap tomondagi pastki chigallarini hosil qiladi.

Bu chigallardan nerv tolalari bachadon bilan qin o'rtasidagi chigal yoki chanoq chigali (plexus utero-vaginalis, s. pelvici) degan qalin chigalga boradi. Bachadon bilan qin o'rtasidagi chigal bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkada, bachadonning yonida va orqasida, bachadon bo'yni kanalining ichki bo'g'zi ro'parasida joylashgan. Bu chigalga parasimpatik nervlardan chanoq nervi (n. pelvici) ning tarmoqlari keladi. Bachadon bilan qin o'rtasidagi chigaldan simpatik va parasimpatik tolalar chiqib, qin, bachadon, bachadon naylarining ichki bo'limlarini, qovuqni innervatsiyalaydi. Bachadon tanasi asosan simpatik tolalar bilan, bachadon bo'yni va qin esa asosan parasimpatik tolalar bilan innervatsiyalanadi.

Tuxumdon chigalidan chiquvchi simpatik va parasimpatik nervlar tuxumdonni innervatsiyalaydi. Tuxumdon chigali (plexus ovaricus)ga aorta chigali bilan buyrak chigalidan nerv tolalari keladi. Tashqi jinsiy a'zolar va chanoq tubi asosan uyatli nervi (n. pudendus) bilan innervatsiyalanadi. Shunday qilib, ichki jinsiy a'zolarining nervlari aorta chigali, quyoshsimon chigal, buyrak chigali va boshqa chigallar orqali ichki a'zolarining nervlari bilan bog'langan. Bachadon naylarining devorlarida va tuxumdonning mag'iz qavatida qalin nerv chigallari vujudga keladi. Bu chigallardan chiquvchi juda ingichka nerv shoxchalari muskul tolalariga, qoplovchi epiteliyga va boshqa hamma hujayra elementlariga boradi. Bachadon shilliq pardasida oxirgi nerv shoxchalari bezlarga ham boradi, tuxumdonda esa follikulalarga va sariq tanalarga ham oxirgi nerv shoxchalari kiradi. Eng ingichka oxirgi nerv tolalari tugmacha, kolbacha va shunga o'xshash shaklda tugaydi. Ana shu nerv oxirlari kimyoviy, mexanik, termik va boshqa ta'sirotlarni sezadi.



11-rasm. Ichki jinsiy a'zolar innervatsiyasi:
1—aortadagi chigal; 2—qorin pastining yuqori chigali;
3—qorin pastining pastki chigali; 4—bachadon-qin
chigali; 5—bachadon; 6—qovuq (siydik pufagi); 7—
dumg'aza (I–IV) nervlari; 8—to'g'ri ichak.

Ichki jinsiy a'zolarining nerv oxirlari ichki a'zoldan keluvchi ta'sirotlarni sezadigan inter-retseptorlarga kiradi¹. Sezuvi nerv oxirlariga sezilgan ta'sirotlar nerv tolalari orqali nerv tizimining yuqoriroqdagi bo'limlariga o'tadi, ichki jinsiy a'zolar faoliyatini idora etuvchi markazlar nerv tizimining shu bo'limlarida joylashgan. Bu markazlardan keluvchi impuls harakatlantiruvchi va sekretor nerv tolalari orqali jinsiy a'zolariga o'tadi va ularni ishga soladi (muskullarning qisqarishi, bezlarning sekret chiqarishi, gormonlar ishlanishi va hokazo). Jinsiy a'zolar faoliyatini idora etuvchi nerv markazlari markaziy nerv tizimining turli bo'limlarida: orqa miyada va bosh miyaning po'stloq osti sohasida, shuningdek, bosh miya po'stlog'ida joylashgan.

Ayol jinsiy a'zolarining funksiyasi ruhiyatga bog'liq ekanligini I.P. Lazarevich, N.F. Tolochinov, I.M. Sechenovlar qayd qilishgan edi. Kuchli ruhiy hayajon natijasida vaqtincha hayz ko'rmay qolish, bola tushishi, bolaning barvaqt tug'ilishi va tug'ruq faoliyatining buzilishi kabi hodisalar ro'y berishi mumkinligi klinik kuzatishlardan ma'lum. Tug'uvchi ayolning ruhiyatiga foydali ta'sir ko'rsatish tufayli tug'ruqning to'g'ri o'tishi, og'riqning kamayishi aniqlangan. Shunga asoslanib ayollarni tug'ruqqa psixoprofilaktik tayyorlash ishlari olib boriladi.

JINSIY A'ZOLARNING LIMFA TIZIMI

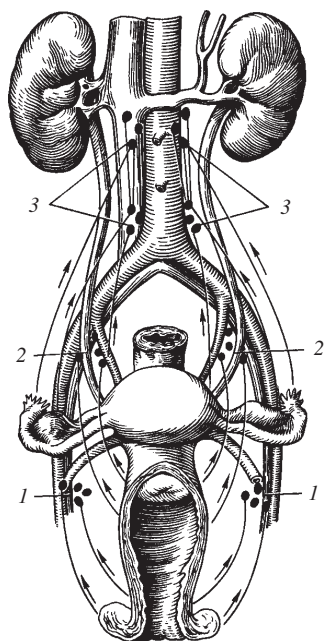
Jinsiy a'zolarining limfa tizimi buralib ketgan limfa tomirlarining qalin shoxobchalaridan va bir talay limfa tugunlaridan iborat. Limfa yo'llari va tugunlari asosan qon tomirlari bo'ylab yotadi (12-rasm). Tashqi jinsiy a'zoldan va qinning pastdagi uchdan bir qismidan boshlanuvchi limfa tomirlari chovdagi limfa tugunlariga boradi. Qinning o'rtadagi va yuqoridagi uchdan bir qismidan, bachadon bo'ynidan boshlanuvchi limfa yo'llari qorin past va yonbosh qon tomirlari bo'ylab yotgan limfa tugunlariga boradi.

Bachadon tanasi, naylari va tuxumdonlardan yig'ilgan limfa tuxumdon arteriyasi bo'ylab yotgan tomirlarga boradi-da, aortadagi va pastki kovak venadagi limfa tugunlariga quyiladi. Jinsiy a'zoldagi limfa yo'llari limfa anastomozlari orqali o'zaro bog'langan.

SUT BEZLARI

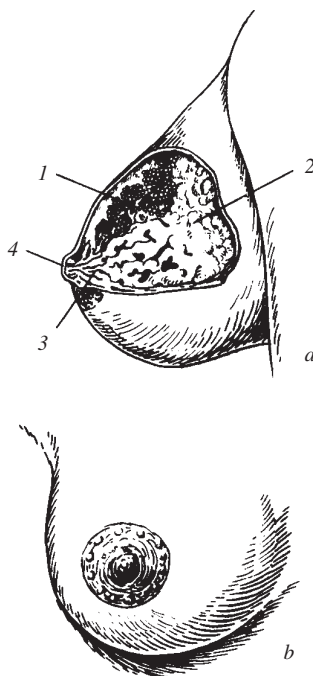
Sut bezlari (mmae) shingilga o'xshash tuzilgan (13-a, rasm). Sut bezining parenximasi bir talay pufakchalardan (alveolalardan) tarkib topgan. Bu pufakchalar sut chiqarish yo'li (ductus lactiferus) ning atrofida joylashadi va shu yo'lining kanaliga tutashadi. Bez to'qimasining bunday o'choqlari birga

¹ Tashqi dunyodan keluvchi ta'sirotlarni sezadigan nerv oxirlari *eksteroretseptorlar* deb ataladi. Bularga sezgi a'zolari (ko'z, quloq, burun shilliq pardasi) bilan terining nerv oxirlari kiradi.



12-rasm. Jinsiy a'zolarning limfa tizimi (sxemasi).

1–chov tugunlari; 2–qorin pasti tugunlari; 3–bel tugunlari.



13-rasm. Sut bezi.

a–sut bezining tuzilishi sxemasi: 1–sut bezining bo'laklari; 2–yog' to'qimasi; 3–sut yo'llari; 4–ko'krak uchi. b–ko'krak uchi va uning atrofidagi qoramtir doiracha (areola).

qo'shilib, yirik pallachalarni hosil qiladi. Bez epiteliysi sekret chiqarish vazifasini o'taydi.

Bez pallalari o'rtasidagi tolali qo'shuvchi to'qimada elastik tolalar va yog' bor.

Sut bezidagi pallalar soni 15—20 taga yetadi, har bir pallaning sut chiqarish yo'li bo'lib, alveolalar bilan bog'langan hamma mayda yo'llarning sekreti sut chiqarish yo'liga quyiladi. Har bir pallaning sut chiqarish yo'li ko'krak uchiga alohida-alohida (boshqa yo'llarga qo'shilmasdan) ochiladi; ko'krak uchida palla yo'llarining soniga yarasha 15—20 ta teshik bor, bular sut teshiklari deb ataladi. Har bir sut yo'li ko'krak uchiga chiqishdan oldin kengayadi (sut xaltachasi). Bezning qabariq yuzasida ko'krak uchi (papilla mammae) bor (13-b, rasm), u burishgan, pigmentlangan nozik teri bilan qoplangan. Ko'krak uchi silindr yoki konus shaklida bo'lib, kattaligi har xil. U ba'zan yassi, hatto ichiga tortilgan bo'ladi, bu esa bolaning emishini qiyinlashtiradi. Rudimentar sut bezlari hisoblanadigan Montgomeri bezlari shu yerda joylashgan. Ko'krak uchi va uning atrofidagi to'garakchada teriga yaqin yotuvchi muskul tolalari va nerv retseptorlari bor.

Qiz bola balogʻatga yetayotgan davrda sut bezining parenximasi zoʻr berib rivojlana boshlaydi; tuxumdonning follikulyar gormoni sut yoʻllarining taraqqiy etishiga, sariq tana gormoni esa alveolalarning taraqqiy etishiga taʼsir koʻrsatadi. Qiz bola balogʻatga yetgach sut bezi toʻla rivojlanadi. Keksaygan ayollarda sut bezining parenximasi sekin-asta atrofiyalanadi.

Sut bezi tegishli arteriya (a. mammaria)dan va qoʻltiq arteriyasining shoxchalari orqali qon bilan taʼminlanadi. Limfa tomirlari qoʻltiq limfa tugunlariga boradi.

Sut bezlarining funksiyasi homiladorlik vaqtida sut ishlab chiqarishdan iborat. Tugʻruqdan keyin ularning funksiyasi kuchayadi.

Sut gipofizning oldingi boʻlagidan ajraladigan laktogen gormonining taʼsirida ishlanib chiqadi, gipofizning faoliyatini esa markaziy nerv tizimi boshqaradi. Bola emizilganda sut bezining nerv elementlari taʼsirlanib, markaziy nerv tizimiga tegishli impuls boradi. Nerv tizimida roʻy beradigan oʻzgarishlar tufayli gipofizda laktogen gormoni koʻproq ishlanib chiqadi, bu gormon esa sut bezlarining sekretor funksiyasini (sut chiqarishini) kuchaytiradi.

M. M. Mironovning maʼlumotlariga qaraganda, sut bezlariga boruvchi nervlar qirqib qoʻyilsa, sut kamroq chiqadi va tarkibi ham oʻzgaradi.

L.N.Voskresenskiy shartli reflektor xarakteridagi taʼsirlovchilar (bolani koʻrsatish, bola emizish bilan bir vaqtda qoʻllanilgan tovush taʼsirlovchilari) taʼsirida sutning koʻproq ajralishini aniqlagan. Kuchli ruhiy hayajonlar taʼsirida sut ajralmay qolishi ham sut bezlarining funksiyasi bosh miya poʻstlogʻiga bogʻliq ekanligini tasdiqlaydi.

Sut bezlaridagi sekretsiya jarayoni quyidagicha kechadi. Ishlab turgan sut bezining epiteliy protoplazmasida yumaloq sut sharchalari hosil boʻlib keyin alveolalar boʻshligʻiga oʻtadi. Sut bezlari sekretining suyuq qismi ham bez epiteliysida hosil boʻladi.

Bola emizilganda koʻkrak uchi va uning atrofidagi doiracha retseptorlarining taʼsirlanishi tufayli sut ajralib chiqadi. Nerv oxirlari taʼsirlanganda koʻkrak uchi va uning atrofidagi doirachaning muskul elementlari qisqaradi; shunga koʻra koʻkrak uchi kattalashadi va zichlashadi (ereksiya), bu esa bolaning emishiga va bezdan sut chiqishiga yordam beradi (sutning tarkibi va emizish texnikasi haqida XI va XII boblarga qaralsin).

HAYZ KOʻRISH SIKLI

Balogʻatga yetgan, ammo boʻyida boʻlmagan ayol organizmida toʻgʻri, navbat bilan takrorlanuvchi murakkab oʻzgarishlar roʻy beradi, bu oʻzgarishlar ayol organizmini homiladorlikka tayyorlaydi. Biologik nuqtai nazardan muhim rol oʻynaydigan, ritmik ravishda takrorlanadigan bu oʻzgarishlar ***hayz koʻrish sikli*** deb ataladi.

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

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

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

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

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

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

Hayz ko'rish sikli mobaynida qon aylanishi, termoregulatsiya va modda almashinuvi to'liq shaklida o'zgaradi, bu o'zgarishlar nerv tizimi funksiyalarining fiziologik o'zgarishlariga bog'liq ekanligini rus olimlaridan D.O. Ott, S.S. Jixarev va boshqalar birinchi bo'lib qayd etishgan. Hayz ko'rishdan oldingi davrda pulsning qisman tezlashuvi, qon bosimining ko'tarilishi, tana haroratining biroz ko'tarilishi qayd qilinadi. Hayz ko'rish vaqtida puls birmuncha

sekinlashadi, qon bosimi va harorat biroz pasayadi. Hayz ko'rishdan keyin bu o'zgarishlarning hammasi o'tib ketadi. Hayz ko'rish sikli munosabati bilan eritrositlar, trombositlar miqdori va qondagi oqsil fraksiyalarining nisbati o'zgarishi kuzatilgan. Sut bezlarida sezilarli siklik o'zgarishlar ro'y beradi. Hayz ko'rishdan oldingi davrda sut bezlari bir qadar kattalashadi, tarang tortadi, ba'zan sezuvchan bo'lib qoladi. Bu hodisalar hayz tugagandan keyin o'tib ketadi. Bu o'zgarishlarning sababi shuki, hayz ko'rishdan oldingi davrda jinsiy gormonlar ta'sirida bez to'qimasining yangi kichik o'choqlari paydo bo'ladi, hayz qoni kelishi bilan yangi o'choqlar kichrayib, yo'qolib ketadi.

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

Gipofizda tuxumdonga ta'sir etadigan uchta gormon ishlanib chiqadi: 1) follikulani qo'zg'atuvchi gormon, tuxumdondagi follikulaning o'sishi va yetilishini, shuningdek, follikular (estrogen) gormon hosil bo'lishini ta'minlovchi follikula stimullovchi gormon (FSG); 2) tuxumdonda sariq tananing rivojlanishi va yetilishini kuchaytiradigan lyuteinlovchi gormon (LG); 3) sariq tana gormoni — progesteron hosil bo'lishini kuchaytiradigan lyuteotrop gormon (LTG). Lyuteinlovchi gormon sariq tanadan gormon ishlanib chiqishini kuchaytiradi deb taxmin qilinadi. Gonadotrop gormonlar jinsiy sistema funksiyalarini idora etib turadigan miyaning gipotalamus qismida hosil bo'luvchi relizing-faktorlar ta'siri ostida ishlanib chiqadi.

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

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

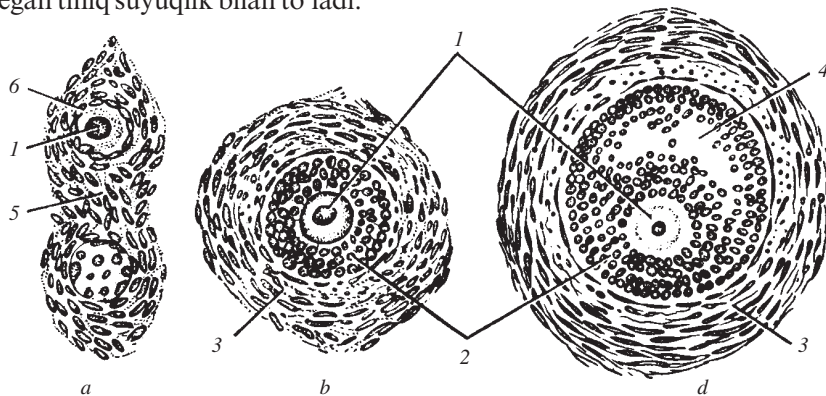
Follikulaning yetilishi davri. Birlamchi (primordial) follikula yetilmagan tuxum hujayradan iborat, bu hujayra bir qavat epiteli hujayralari (bo'lajak donador parda) bilan o'ralgan; follikula sirtidan qo'shuvchi to'qima pardasi bilan qoplangan. Primordial follikulalar ona qornida yashash va ilk bolalik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

nobud bo'lad, tuxum hujayra va uning donador pardasi parchalanib ketadi; nobud bo'lgan follikula qo'shuvchi to'qima bilan almashinadi.

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

Follikulaning yetilish jarayonida uning tarkibidagi hamma bo'laklar: tuxum hujayra, donador parda, qo'shuvchi to'qima pardasi katta o'zgarishlarga uchraydi (14-rasm). Tuxum hujayra 5–6 baravar kattalashadi, uning yuzasida shishasimon parda (zona pellucida) hosil bo'lad, protoplazmasida murakkab o'zgarishlar ro'y beradi. Tuxum hujayra ikki karra bo'lingandan keyin uzil-kesil yetiladi. Yetilish davridagi birinchi bo'linishda katta-kichik ikki hujayra vujudga keladi. Asosiy, katta hujayra o'z o'rnida qoladi (kichkinasi uloqtirib tashlanadi) va hademay ikkinchi marta bo'linadi, ayni vaqtda tuxum hujayradan xromosomalarning yarmi uloqtirib yuboriladi. Reduksion bo'linish deb ataladigan ikkinchi bo'linishdan keyin tuxum hujayra yetilib, urug'lanishga yaroqli bo'lad.

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



14-rasm. Follikula yetilishining boshlang'ich bosqichlari.

a–birlamchi (primordial) follikular; *b*–follikulaning yetila boshlashi; *d*–yetilayotgan follikulada bo'shliq vujudga kelishining boshlang'ich bosqichi. 1–tuxum hujayra; 2–follikulaning donador pardasi; 3–follikulaning qo'shuvchi to'qima pardasi; 4–follikula bo'shlig'i; 5–tuxumdon stromasi; 6–birlamchi follikula epiteliysi.

Follikular suyuqlik to'plangan sayin donador parda hujayralari tuxum hujayraga va follikula devoriga surilaveradi. Donador pardaning tuxum hujayrani

o'rab turgan hujayralari nurafshon toj (corona radiata) deb ataladi. Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra donador pardaning devori yoqalab yotgan hujayralar to'plami ustida turadi. Bu hujayralar to'plami tuxumli do'mboqcha (cumulus ovigerus) deb ataladi. Yetilgan tuxum hujayra follikulaning yetilish paytigacha tuxumli do'mboqchadan uzoqlashib, follikular suyuqlik ichida turadi.

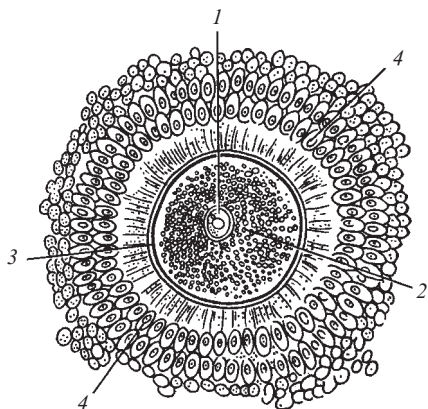
Follikulada estrogen (follikular) gormoni hosil bo'ladi. Bu gormon organizmga har tomonlama murakkab ta'sir ko'rsatadi.

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

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

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

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



15-rasm. Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra.

1—yadro; 2—protoplazma; 3—tiniq parda; 4—nurafshon toj.

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

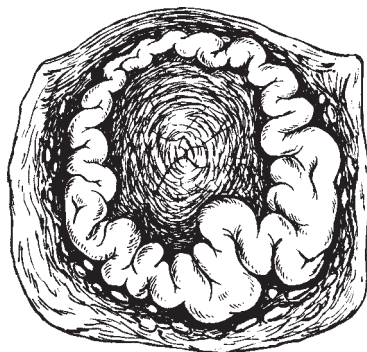
Ovulatsiya fazasi. Yetilgan follikulaning yorilishi va uning bo'shlig'idan yetilgan, urug'lanishga yaroqli tuxum hujayraning chiqishi ovulatsiya deb ataladi (15-rasm).

Nurafshon toj bilan o'ralgan tuxum hujayra follikular suyuqlik bilan birgalikda qorin bo'shlig'iga tushadi, keyinchalik esa bachadon naylarining shokilalari harakati yordamida bachadon nayiga kiradi.

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

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

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



16-rasm. Sariq tana (rivojlanayotgan bosqichi).

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

Sariq tana eng ko'p rivojlangan fazasida (16-rasm) o'rmon yong'og'iday katta bo'lib, bir qutbi tuxumdon yuzasi ustidan do'ppayib turadi. Follikuladan chiqqan tuxum hujayra urug'lansa, homiladorlikning dastlabki oylari mobaynida sariq tana o'sib, yashnab boradi va ishlab turadi. Bu **homiladorlikning sariq tanasi** (corpus luteum graviditatis) deb ataladi. Ayolning bo'yida bo'lmasa, hayz ko'rish siklining 28-kunidan (uch haftalik siklda 21-kunidan) sariq tana so'na boshlaydi. Ayni vaqtda lyutein hujayralar nobud bo'ladi, tomirlar puchayib qoladi va qo'shuvchi to'qima o'sib qotadi; natijada sariq tana o'rni yamoq bo'lib qoladi, bu yamoq keyinchalik yo'qolib ketadi. Har bir hayz ko'rish siklida sariq tana hosil bo'ladi, bordi-yu, ayolning bo'yida bo'lmasa, bu sariq tana **hayz ko'rishning sariq tanasi** (corpus luteum menstrationis) deb ataladi.

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

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

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

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

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

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

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

Tuxumdon sikli kabi, bachadon sikli ham 28 kun (ba'zan 21 yoki 30—35 kun) davom etadi. Bachadon sikli deskvamatsiya; regeneratsiya; proliferatsiya va sekretsia fazalariga bo'linadi.

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

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

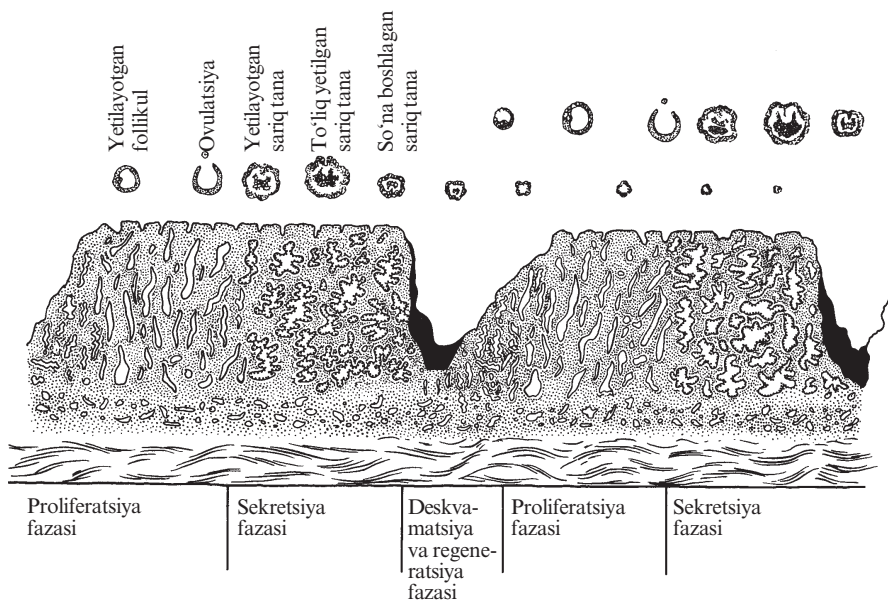
Proliferatsiya fazasi tuxumdonda follikulaning yetilishi bilan bir vaqtga to'g'ri keladi va siklning 14-kunigacha (21 kunlik siklda 10—11-kungacha) davom etadi. Estrogen (follikular) gormonlar ta'sirida shilliq parda stromasi va bezlari o'sadi (proliferatsiya). Bezlar bo'yiga cho'ziladi, so'ngra pixga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

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

Sariq tana gormonining ta'sirida bachadon shilliq pardasi sifat jihatidan muhim o'zgarishlarga uchraydi. Bezlar sekret ishlab chiqara boshlaydi, bezlar bo'shlig'i kengayadi, bez devorlari xaltum-xaltum bo'lib do'ppayadi. Stroma hujayralari kattalashadi, biroz yumaloqlanadi, homiladorlik davrida hosil bo'luvchi desidual hujayralarga o'xshaydi. Bachadon shilliq pardasida glikogen, fosfor, kalsiy va boshqa moddalar to'planadi. Hozirgina aytilgan o'zgarishlar natijasida bachadon shilliq pardasida murtakning taraqqiy etishi uchun (agar

ayolning bo'yida bo'lgan bo'lsa) qulay sharoit vujudga keladi. Bordi-yu, ayolning bo'yida bo'lmasa, sariq tana nobud bo'ladi, endometriyning funksional qavati sekretiya fazasiga yetganda ko'chib tushadi, hayz qoni keladi.

Shundan keyin butun organizm, tuxumdon va bachadonda siklik o'zgarishlar qayta boshlanadi (17-rasm). Yana tuxumdonda follikula yetiladi, ovulatsiya ro'y beradi va sariq tana taraqqiy etadi, bachadon shilliq pardasida tegishli o'zgarishlar ro'y beradi. Bachadon bo'ynida, qinda va jinsiy apparatning boshqa bo'limlarida siklik o'zgarishlar kuzatiladi, lekin bu o'zgarishlar tuxumdonlar bilan endometriydagi o'zgarishlarga nisbatan kamroq seziladi.



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

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

HAYZ SIKLINING BOSHQARILISHI

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

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

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

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

Shunday qilib neyrogumoral o'zgarishlar markaziy nerv tizimidan (bosh miya bo'stlog'idan) gipotalamusga, gipotalamusdan gipofizga, gipofizdan tuxumdonga, tuxumdondan bachadonga berilib, siklik jarayonlar idora etiladi. Xuddi shuningdek, bachadondan tuxumdonga, tuxumdondan gipofizga, gipofizdan gipotalamusga, gipotalamusdan markaziy nerv tizimiga teskari aloqa yo'li bilan impulslar – to'lqinlar kelib turadi.

HAYZ KO'RISH DAVRI GIGIYENASI

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

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

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

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

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

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

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

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

Nazorat uchun savollar

1. Tashqi jinsiy a‘zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Ichki jinsiy a‘zolariga qaysi a‘zolar kiradi, ularning anatomiyasi va fiziologiyasi.
3. Qinning tuzilishi va fiziologiyasi, qinning tozalik darajasi ahamiyati.
4. Bachadon va bachadon naylari anatomiyasi, o‘lchamlari, bachadon funksiyasi.
5. Bachadonning boylam apparati.
6. Tashqi va ichki jinsiy a‘zolari qon bilan ta‘minlaydigan asosiy qon tomirlar.
7. Hayz sikli, hayz siklining tuxumdon va bachadon fazalari, uning neyrogumoral idora etilishi.
8. Markaziy asab tizimi, gipotalamus, gipofizning hayz siklidagi roli.

V BOB. AYOL CHANOQ‘I

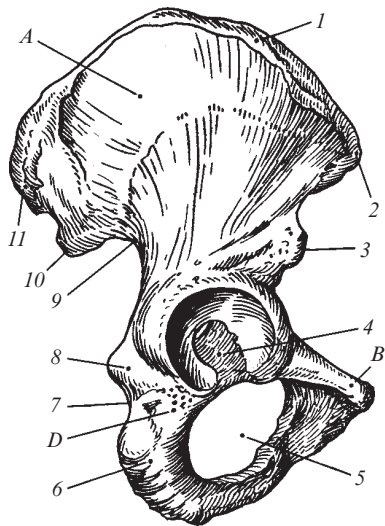
Suyak chanoq ayolning ichki jinsiy a‘zolarini, to‘g‘ri ichagi, qovug‘i va ular atrofidagi to‘qimalarni beshikast saqlaydigan mustahkam a‘zodir. Bundan tashqari, ayol chanoq‘i tug‘ruq kanalini hosil qiladi. Bola tug‘ilayotganida shu kanaldan o‘tadi. Ayol chanoq‘ining tuzilishi akusherlikda g‘oyat muhim ahamiyatga egadir.

CHANOQ SUYAKLARI

Chanoq (tos) to‘rt suyakdan: ikkita nomsiz chanoq yoki nomsiz suyagi, dumg‘aza va dum suyaklaridan iborat. Nomsiz suyaklar chanoqning oldingi va yon devorlarini, dumg‘aza va dum suyaklari esa orqa devorini hosil qiladi.

Chanoq suyagi (os soxae) 16—18 yoshgacha tog‘aylar bilan birlashgan 3 ta suyak: yonbosh, qov va quymich suyaklaridan iborat, tog‘aylar suyaklangandan keyin uchala suyak o‘zaro birikib, nomsiz suyakni hosil qiladi (18-rasm).

Nomsiz suyakni hosil qiluvchi uchala suyak quymich kosasi (asetabulum) sohasida birlashadi. Yonbosh suyagi — quymich kosasidan yuqorida, qov suyagi — oldinda, quymich suyagi — pastda joylashadi.



18-rasm. Chanoq suyagi.

A—yonbosh suyagi; B—qov suyagi; D—quymich suyagi; 1—yonbosh suyagining qirrasi; 2—oldingi-yuqori o'sig'i; 3—oldingi-pastki o'sig'i; 4—quymich kosasi; 5—yopqich teshik (berkituvchi teshik); 6—quymich do'mbog'i; 7—quymich kichik o'ymasi; 8—quymich o'yig'i; 9—quymich katta o'ymasi; 10—orqadagi pastki o'siq; 11—orqadagi yuqori o'siq.

yonbosh-qov do'mbog'i deb shuni aytiladi. Yonbosh suyagining oldingi yuqori va oldingi pastki o'siqlari orasida yonbosh suyagining kichik o'ymasi (incisura iliaca minor), oldingi pastki o'siq bilan yonbosh-qov do'mbog'ining orasida yonbosh suyagining katta o'ymasi (incisura iliaca major) bor.

Yonbosh suyagining qirrasi orqa tomonda **yonbosh suyagining orqadagi yuqori o'sig'i** (spina iliaca posterior superior) bilan tugaydi, shy o'siqdan pastdagi ikkinchi tepacha — **yonbosh suyagining orqadagi pastki o'sig'i** (spina iliaca posterior inferior) deb ataladi. Orqadagi pastki o'siq ostida quymich suyagining katta o'ymasi (incisura ischiadica major) bor.

Yonbosh suyagining ichki yuzasida, qanoti tanasiga o'tadigan joyda qirrasimon tepacha bor, bu tepacha ravoq shaklidagi nomsiz chiziqni (linea innominata) hosil qiladi (19-rasm). Ana shu chiziq dumg'azadan butun yonbosh suyagining ko'ndalangiga yo'l olib, oldindan qov suyagining yuqori chekkasiga

Yonbosh suyagi (os ileum) ikki qismdan: tanasi va qanotidan iborat. Yonbosh suyagining tanasi kalta, qalin qismi bo'lib, quymich kosasining hosil bo'lishida qatnashadi. Yonbosh suyagining qanoti anchagina keng plastinka bo'lib, ichki yuzasi botiq, tashqi yuzasi qabariqdir. Yonbosh suyagining qanoti o'rtasi yupqa, chetlari qalin tortgan. Qanotning eng qalin bo'sh yuqori chekkasi yonbosh suyagining qirrasi (crista ilei) ni hosil qiladi, ana shu qirrada bir-biriga parallel yotgan uchta g'adir-budir chiziq ko'rinadi. Bular qorin muskullarining yopishadigan joylaridir. Yonbosh suyagining qirrasi oldingi tomondagi bo'rtmachadan boshlanadi, bu bo'rtmacha yonbosh suyagining oldingi yuqori o'sig'i (spina iliaca anterior superior) deb ataladi, pastroqdagi ikkinchi bo'rtmacha yonbosh suyagining oldingi pastki o'sig'i (spina iliaca anterior inferior) deyiladi. Oldingi pastki o'siqning ostida, yonbosh suyagining qov suyagiga qo'shiladigan joyida, uchinchi do'mboqcha bor,

o'tadi. Yonbosh suyak orqadagi bo'limning ichki yuzasida quloqsimon yuza – g'adir-budir maydoncha bor, bu yuza dumg'aza suyagining yuzasiga qo'shiladi.

Quymich suyagi (os ischii) ning quymich kosasining hosil bo'lishida qatnashadigan tanasi va ikkita tarmog'i: yuqori hamda pastki tarmoqlari bor. Yuqori tarmog'i tanasidan pastga davom etib, quymich do'mbog'i (tuber ischii) bilan tugaydi. Pastki tarmoqning orqa yuzasida tepacha — quymich o'sig'i (spina ischii) bor. Pastki tarmoq oldinga va yuqoriga borib, qov suyagining pastki tarmog'iga qo'shiladi.

Qov suyagi (os pubis) yonbosh suyagidan oldinda va pastda bo'lib, chanoqning oldingi devorini hosil qiladi. Qov suyagining tanasi va ikkita tarmog'i: yuqori (gorizontal) va pastki (tushuvchi) tarmoqlari bor.

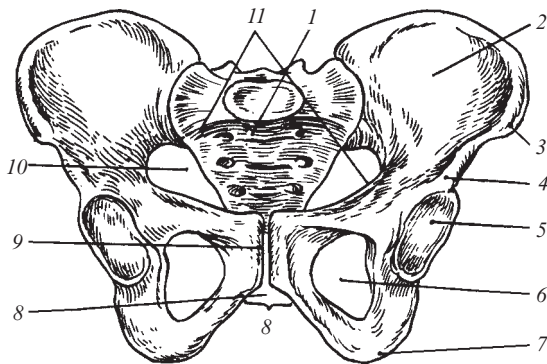
Qov suyagining kalta tanasi quymich kosasining bir qismini tashkil etadi, pastki tarmog'i quymich suyagining pastki tarmog'iga qo'shiladi.

Qov suyagi yuqori (gorizontal) tarmog'ining yuqori chetidan o'tkir qirra o'tadi, bu qirra oldingi tomonda qov do'mboqchasi (tuberculum pubicum) bilan tugaydi.

Ikkala qov suyagining yuqori va pastki tarmoqlari oldingi tomonda kam harakat qov birikmasi — simfiz (symphysis) yordamida bir-biriga qo'shiladi. Qov suyaklarining pastki tarmoqlari simfiz ostida burchak hosil qiladi, u qov ravog'i deb ataladi.

Qov va quymich suyaklarining qo'shiluvchi tarmoqlari yopqich yoki berkituvchi teshik (foramen obturatorium) degan anchagina keng teshikni chegaralab turadi.

Dumg'aza (os sacrum) suyagi bir-biriga qo'shilib o'sgan 5 ta umurtqadan iborat (19-rasmga qaral-sin). Dumg'aza umurtqalari pastga tomon kichraya boradi, shuning uchun dumg'aza suyagi kesik konusga o'xshab ketadi. Uning keng qismi — *dumg'aza asosi* — yuqoriga, tor qismi — *dumg'aza uchi* — pastga qaragan. Dumg'aza suyagining orqa yuzasi qabariq, oldingi yuzasi botiq bo'lib,



19-rasm. Ayol chanoq'i.

1–dumg'aza; 2–yonbosh suyagining qanoti; 3–oldingi yuqori o'sig'i; 4–oldingi pastki o'sig'i; 5–quymich kosasi; 6–yopqich teshik (berkituvchi teshik); 7–quymich do'mbog'i; 8–qov ravog'i; 9–simfiz (qov birikmasi); 10–kichik chanoq og'zi; 11–nomsiz chiziq.

dumg'aza chuqurchasini hosil qiladi. Dumg'azaning oldingi yuzasida (chuqurchasida) ko'ndalangiga ketgan to'rtta g'adir-budir chiziqli ko'rinadi. Bular

dumg'aza umurtqalarini bir-biriga tutashtirib turgan va suyaklangan tog'ay pardalarga mos keladi. G'adir-budir chiziqlarning uchlarida dumg'aza suyagining oldingi teshiklari bor, bu teshiklar orqali orqa miyadan jinsiy a'zolarga nerv tolalari o'tadi.

Dumg'aza suyagining orqadagi qabariq yuzasi notekis bo'lib, undan uzunasiga uchta qirra o'tadi. Dumg'aza suyagining o'rta qirradi umurtqalarning bir-biriga yopishib o'sgan o'tkir qirrali o'siqlaridan iborat; kamroq bilinadigan yon qirralari dumg'aza umurtqalarining bir-biriga qo'shilib o'sgan bo'g'im o'siqlaridan iborat. Dumg'azaning o'rta qirrasidan ikki yon tomonda to'rt juft teshik ko'rinadi. Bular dumg'aza suyagining orqadagi teshiklari deb ataladi. Dumg'aza suyagining ichida yuqoridan pastga qarab dumg'aza kanali o'tadi, bu — umurtqa pog'onasi kanalining davomidir. Dumg'aza kanalining pastki teshigi dumg'aza pastki bo'limining orqa yuzasiga ochiladi.

Dumg'aza suyagining asosi (I dumg'aza umurtqasining yuzasi) V bel umurtqasi bilan bo'g'im tuzadi; dumg'aza asosining oldingi yuzasi o'rtasida bir tepacha bor, dumg'aza burni (promontorium) deb shuni aytiladi. V bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i bilan dumg'aza o'rta qirrasining bosh qismi o'rtasida bir chuqurchani (dumg'aza usti chuqurchasini) paypaslab topsa bo'ladi, chanoqni o'lchash uchun shu chuqurchadan foydalaniladi. Dumg'aza suyagining yuqori-yon yuzalarida g'adir-budir bo'g'im maydonchalari bor. Dumg'aza suyagi shu maydonchalari bilan yonbosh suyagiga qo'shiladi. Dumg'aza suyagining uchi dum suyagiga qo'shilib ketadi.

Dum suyagi (os coccygis) taraqqiy etmasdan bir-biriga qo'shilib o'sgan 4—5 umurtqadan iborat bo'lib, pastga tomon torayuvchi kichkina suyakdan iborat.

CHANOQ BIRLASHMALARI

Chanoq suyaklari simfiz, dumg'aza-yonbosh va dumg'aza-dum birlashmalari yordamida o'zaro qo'shiladi. Chanoq birlashmalarida tog'ay pardalar bor. Chanoqning hamma birlashmalari pishiq boylamlar bilan mustahkamlangan.

Simfiz kam harakat birlashma, yarim bo'g'im hisoblanadi. Ikkala qov suyagi simfizda tog'ay pardasi yordamida birlashadi, unda ko'pincha suyuqlik bilan to'la kichkina yoriqsimon bo'shliq bo'ladi; homiladorlik vaqtida bu yoriq kattalashadi.

Simfizning ustki chekkasi bo'ylab qov suyagining yuqori boylami, pastki chekkasiga esa ravoqsimon boylam tortilgan, simfizning tashqi va ichki yuzalarida qov suyagining oldingi va orqadagi boylamlari bor.

Dumg'aza-yonbosh birlashmalarida yoriqsimon tor bo'shliq bor, bular deyarli harakatsiz bo'g'imlardir. Bo'g'im maydonchalari g'adir-budir yuzali bo'lganligi va g'oyat pishiq boylamlar borligidan dumg'aza-yonbosh birlashmalarida deyarli hech qanday harakat yuzaga chiqmaydi.

Ikki juft boylam: dumg'aza suyagining pastki qismi bilan quymich suyagining o'siqlari orasiga tortilgan dumg'aza-o'tkir qirrali boylamlar (lig. sacro-spinosum) va dumg'azaning pastki qismi bilan dum suyagidan quymich do'mboqlariga boruvchi dumg'aza-do'mboq boylamlari (lig. sacro-tuberosum) ning ahamiyati katta. Bu boylamlar quymich suyagining ikkala o'ymasini tutashtirib, katta va kichik quymich teshiklarini hosil qiladi, chanoq bo'shlig'idan o'sha teshiklar orqali muskullar, tomirlar va nervlar o'tadi.

Dumg'aza-dum birlashmasi anchagina harakatchan. Tug'ruq vaqtida homila chanoqdan o'tayotganida dum suyagi orqaga egiladi va simfizning pastki chekkasidan dum suyagining uchigacha bo'lgan masofa 1,5–2 sm uzayadi.

KATTA CHANOQ

Chanoq ikki bo'limga ajratiladi: yuqori bo'limi katta chanoq va pastki bo'limi kichik chanoq deb ataladi. Katta chanoq bilan kichik chanoq o'rtasidagi chegaralar: oldingi tomonda simfizning va qov suyaklarining yuqori qirrasi, ikki yon tomonda–nomsiz chiziqlar, orqa tomonda – dumg'aza suyagining burni. Katta chanoq bilan kichik chanoq o'rtasidagi tekislik kichik chanoq kirish qismining tekisligi hisoblanadi; bu tekislik akusherlikda juda muhim ahamiyatga ega.

Katta chanoq kichik chanoqdan kengroq bo'lib, ikki yon tomonidan yonbosh suyaklarining qanotlari, orqa tomondan–so'nggi bel umurtqalari, oldingi tomondan–qorin devorining pastki bo'limi bilan chegaralangan.

Katta chanoq hajmi qorin muskullarining qisqarishi yoki bo'shashuviga qarab o'zgarishi mumkin.

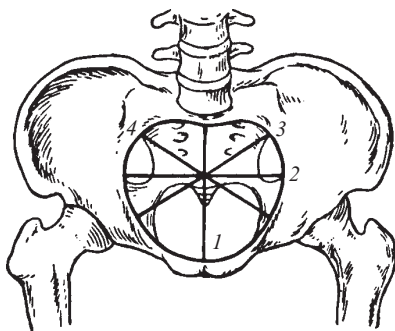
Katta chanoqni bemalol o'lchasa bo'ladi, uning o'lchamlari oson va anchagina aniq bilib olinadi. Katta chanoqning o'lchamiga qarab kichik chanoq o'lchamlari haqida fikr yuritishadi, chunki kichik chanoqni bevosita o'lchab bo'lmaydi. Holbuki kichik chanoq o'lchamlarini aniqlash g'oyat muhim ahamiyatga ega, zero tug'ilayotgan bola kichik chanoqning qattiq suyak kanalidan o'tadi.

KICHIK CHANOQ

Kichik chanoq tekisliklari va o'lchamlari. Kichik chanoq tug'ruq kanalining suyak qismi hisoblanadi. Kichik chanoqning orqa devori dumg'aza va dum suyaklaridan, yon devorlari quymich suyaklaridan, oldingi devori qov suyaklaridan va simfizdan iborat. Kichik chanoqning orqa devori oldingi devoridan uch baravar uzun. Kichik chanoqning yuqori bo'limi yaxlit qattiq suyak halqa hisoblanadi. Kichik chanoqning pastki bo'limidagi devorlari yaxlit emas; ularda yopqich teshiklar va quymich o'ymalari bor, bular esa ikki juft boylam

(dumg'aza o'tkir qirrali o'siq boylamlari va dumg'aza do'mboq boylamlari) bilan chegaralanadi.

Kichik chanoq kirish qismi bo'shlig'i va chiqish bo'limlariga ajratiladi. Kichik chanoq bo'shlig'ining keng va tor qismi bor. Shunga yarasha kichik chanoqning to'rtta tekisligi tafovut qilinadi: 1) chanoq kirish tekisligi; 2) chanoq bo'shlig'i keng qismining tekisligi; 3) chanoq bo'shlig'i tor qismining tekisligi; 4) chanoqdan chiqish tekisligi.



20-rasm. Chanoq og'zining o'lchamlari.
1—to'g'ri o'lchami (chin konyugata) 11 sm;
2—ko'ndalang o'lchami 13 sm; 3—chap tomondagi qiyshiq o'lchami 12 sm; 4—o'ng tomondagi qiyshiq o'lchami 12 sm.

Chanoq kirish tekisligining chegaralari: oldingi tomonda qov suyaklari va simfizning yuqori chekkasi, ikki yon tomondan — nomsiz chiziqlar, orqa tomondan — dumg'aza suyagining burni. Chanoq kirish tekisligi buyrak yoki ko'ndalangiga yotgan oval shaklida bo'lib, buning o'ymasi dumg'aza suyagining burniga mos keladi. Chanoq kirish tekisligida to'g'ri, ko'ndalang va ikkita qiyshiq o'lcham tafovut qilinadi (20-rasm).

1. *To'g'ri o'lcham* — dumg'aza suyagining burnidan simfizning ichki yuzasi yuqori qirrasigacha bo'lgan

masofa — akusherlik konyugatasi yoki chin konyugata (conjugata vera) deb ataladi. Yana, anatomik konyugata — dumg'aza suyagining burnidan simfiz yuqori qirrasining tashqi yuzasigacha bo'lgan masofa ham ajratiladi; anatomik konyugata akusherlik konyugatasidan biroz (0,3–0,5 sm) kattaroq. Akusherlik konyugatasi yoki chin konyugata 11 sm ga teng.

2. *Ko'ndalang o'lcham* — nomsiz chiziqlarning eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa — 13 sm ga teng.

3. *Qiyshiq o'lchamlar* ikkita: o'ng va chap qiyshiq o'lchamlarning har biri 12 sm ga teng.

O'ng qiyshiq o'lcham o'ng dumg'aza-yonbosh birlashmasidan chap yonbosh-qov do'mboqchasigacha (tuberculum iliopectinium sinistra) bo'lgan masofa, chap qiyshiq o'lcham esa chap dumg'aza-yonbosh birlashmasidan o'ng yonbosh-qov do'mboqchasigacha (tuberculum iliopectinium dextra) bo'lgan masofa. Tug'uvchi ayol chanog'ining qiyshiq o'lchamlari yo'nalishini aniqlash maqsadida M.S.Malinovskiy va M.G. Kushnir quyidagi usulni taklif etishgan. Ikkala qo'l panjasi kaftini yuqoriga qilib to'g'ri burchak ostida juftlashtiriladi; barmoqlarning uchlari kresloda yotgan ayol chanog'ining chiqish teshigiga yaqinlashtiriladi. Chap qo'l tekisligi chanoqning chap qiyshiq o'lchamiga, o'ng qo'l tekisligi esa o'ng qiyshiq o'lchamiga mos keladi.

Chanoq bo'shlig'i keng qismining tekisligi oldingi tomondan simfiz ichki yuzasining o'rtasi bilan, ikki yon tomondan quymich kosalarining o'rta ichki yuzasi bilan, orqa tomondan II va III dumg'aza umurtqalarining birlashgan joyi bilan chegaralangan. Chanoq bo'shlig'ining keng qismida ikkita: to'g'ri va ko'ndalang o'lcham tafovut qilinadi.

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

2. Ko'ndalang o'lcham – quymich kosalarining ichki yuzalari o'rtasidagi masofa 12,5 sm ga teng.

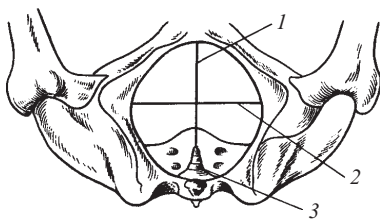
Chanoq bo'shlig'i keng qismining qiyshiq o'lchamlari yo'q, chunki chanoqning bu joyi yaxlit suyak halqadan iborat emas. Chanoq bo'shlig'i keng qismining qiyshiq o'lchamlari shartli ravishda (13 sm) hisoblanadi.

Chanoq bo'shlig'i tor qismining tekisligi oldingi tomondan simfizning pastki chekkasi, ikki yon tomondan quymich suyaklarining o'siqlari, orqa tomondan dumg'aza-dum birlashmasi bilan chegaralangan. Chanoqning tor qismida ikkita: to'g'ri va ko'ndalang o'lcham ajratiladi.

1. To'g'ri o'lcham dumg'aza-dum birlashmasidan simfizning pastki chekkasiga (qov ravog'ining uchiga) boradi; u 11 sm ga teng.

2. Ko'ndalang o'lcham quymich suyaklarining o'siqlari orasidagi masofa 10,5 sm ga teng.

Chanoqning chiqish tekisligi oldingi tomondan simfizning pastki chekkasi, ikki yon tomondan quymich do'mboqlari, orqa tomondan dum suyagi bilan chegaralangan. Chanoq chiqish tekisligi ikkita uchburchak tekislikdan iborat bo'lib, uchburchak tekisliklarining umumiy asosi quymich do'mboqlarini birlashtiruvchi chiziq hisoblanadi. Chanoqdan chiqish tekisligida ikkita: to'g'ri va ko'ndalang o'lcham ajratiladi (21-rasm).



21-rasm. Chanoq chiqish tekisligining o'lchamlari.

1—to'g'ri o'lchami 9,5–11,5 sm; 2—ko'ndalang o'lchami 11 sm; 3—dum suyagi.

1. Chanoq chiqish tekisligining to'g'ri o'lchami dum suyagining uchidan simfizning pastki chekkasiga boradi; u 9,5 sm ga teng. Homila kichik chanoqdan o'tayotganida dum suyagi 1,5–2 sm uzoqlashib, to'g'ri o'lcham uzayadi va 11,0 sm ga teng bo'ladi.

2. Chanoq chiqish tekisligining ko'ndalang o'lchami quymich do'mboqlarining ichki yuzalari orasidagi masofa 11 sm ga teng.

Shunday qilib, chanoq kirish qismidagi eng katta o'lcham ko'ndalang o'lchamdir. Chanoq bo'shlig'ining keng qismida to'g'ri va ko'ndalang o'lchamlar bab-baravar; shartli ravishda qabul qilingan qiyshiq o'lcham eng katta o'lcham hisoblanadi. Chanoq bo'shlig'ining tor qismidagi va chanoq chiqish tekisligidagi to'g'ri o'lchamlar ko'ndalang o'lchamlardan kattaroq.

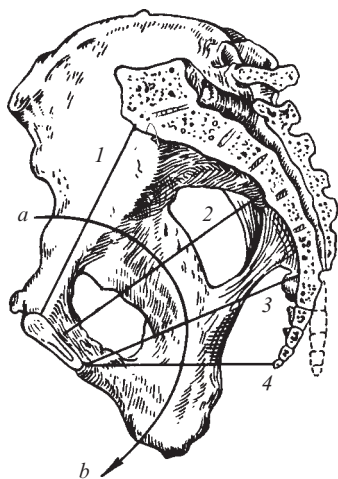
Chanoqning o'tkazuvchi o'qi (chizig'i). Kichik chanoqning hamma tekisliklari oldingi tomondan simfizning biron nuqtasi, orqa tomondan dumg'aza yoki dum suyagining turli nuqtalari bilan chegaralanadi. Simfiz dumg'aza bilan dum suyagiga nisbatan ancha kalta, shuning uchun chanoq tekisliklari oldinga tomon yig'ilishib keladi, orqaga tomon esa yelpig'ich shaklida yoyilib ketadi.

Chanoqning barcha tekisliklaridagi to'g'ri o'lchamlari o'rtasi birlashtirilsa, to'g'ri chiziq o'rniga oldinga (simfizga) tomon botiq chiziq hosil bo'ladi (22-rasm). Chanoqning hamma to'g'ri o'lchamlari markazlarini birlashtiruvchi shu chiziq chanoqning o'tkazuvchi o'qi deb ataladi.

1-jadval

Chanoq tekisligi	Santimetrlar hisobidagi		
	to'g'ri o'lcham	ko'ndalang o'lcham	qiyshiq o'lcham
Chanoq kirish qismi	11	13	12
Chanoq bo'shlig'ining keng qismi	12,5	12,5	13 (shartli)
Chanoq bo'shlig'ining tor qismi	12,5	12,5	-
Chanoqdan chiqish qismi	9,5–11,5	11	-

Chanoqning o'tkazuvchi o'qi avvaliga to'g'ri bo'lib, keyin chanoq, bo'shlig'ida dumg'aza ichki yuzasining botiqligiga yarasha bukiladi.



22-rasm. Chanoqning to'g'ri o'lchamlari va o'tkazuvchi o'qi. 1—chanoq kirish tekisligi (chin konyugata); 2—chanoq bo'shlig'ining keng qismi; 3—tor qismi; 4—chanoq chiqish tekisligi; a—b—chanoqning o'tkazuvchi o'qi.

Tug'iladigan homila chanoq o'tkazuvchi o'qining yo'nalishi bo'yicha tug'ruq kanalidan o'tadi.

Chanoqning og'ishi. Ayol tikka turganda simfizning yuqori chekkasi dumg'aza suyagining burnidan pastroqda turadi; chin konyugata gorizontall tekisligi bilan burchak hosil qiladi, bu burchak normada 55–60° ga teng. Chanoq kirish tekisligining gorizontall tekislikka nisbati *chanoqning og'ishi* deb ataladi.

Chanoqning og'ish darajasi tana tuzilishi xususiyatlariga bog'liq. Chanoqning og'ish darajasi ayolning jismoniy zo'riqishiga va tana vaziyatiga qarab o'zgarishi mumkin. Masalan, homiladorlik oxiriga yaqin tananing og'irlik markazi o'rnidan siljigani uchun chanoqning og'ish burchagi 3–4° oshadi. Chanoqning og'ish burchagi katta bo'lganda homilador ayolning qorni osilib tushadi, chunki homilaning oldinda yotuvchi qismi

hadeganda chanoq kirish tekisligiga tiralmaydi. Ayni vaqtda tugʻruq sekin oʻtadi, bolaning boshi koʻpincha notoʻgʻri suqilib, oraliq yirtiladi.

Yotgan ayolning beli bilan dumgʻazasi tagiga valik qoʻyib, chanoqning ogʻish burchagini biroz oshirish yoki kamaytirish mumkin. Dumgʻaza tagiga valik qoʻyilganda chanoqning ogʻish darajasi birmuncha kamayadi, bel koʻtarilganda esa chanoqning ogʻish burchagi birmuncha oshadi.

Chanoq oʻlchamlariga ayol vaziyatining taʼsiri. Homiladorlik vaqtida chanoq birlashmalarida maʼlum oʻzgarishlar roʻy beradi. Simfiz togʻay toʻqimasi seroz suyuqlikka toʻlishib yumshaydi, undagi yoriqsimon boʻshliq kattalashadi. Simfiz, dumgʻaza-yonbosh birlashmalarining boʻgʻim xaltalari va boylamlari ham suyuqlikka toʻlishib, choʻziladigan boʻlib qoladi. Chanoq halqasining birlashmalaridagi ushbu oʻzgarishlar tufayli tugʻruqning normal oʻtishiga yordam beradigan harakatchanlik vujudga keladi.

Homiladorlik vaqtida chanoq boʻgʻimlarida roʻy bergan oʻzgarishlar tufayli ayolni muayyan vaziyatda yotqizib, chanoq oʻlchamlarini bir qadar oʻzgartirish mumkin.

Valxer vaziyati. Tugʻuvchi ayolni dum suyagi baland karavot yoki stol chetiga toʻgʻri keladigan qilib yotqiziladi. Oyoqlari polga tegmasdan bemalol osilib turadi. Ayni vaqtda chanoq kirish tekisligining toʻgʻri oʻlchami (chin konyugata) 0,3–0,5 sm ga kengayadi, chanoq chiqish tekisligining toʻgʻri oʻlchami esa shunga yarasha torayadi. Oyoqlar chanoq-son va tizza boʻgʻimlaridan bukilib, qoringa taqab turilsa, chanoq chiqish tekisligining toʻgʻri oʻlchami birmuncha kengayadi.

Chanogʻi tor ayollarni tugʻdirayotganda baʼzan shunday vaziyatda yotqizishadi.

CHANOQNING TARAQQIY ETISHI

Butun tana skeleti kabi, chanoq kurtagi ham ilk embrional davrda togʻaydan tuzilgan. Dumgʻaza umurtqalari ona qornida yashash davrida suyaklana boshlaydi, ular 17–25 yoshda bir-biriga birikib ketadi; dumgʻaza umurtqalarining suyaklanishi 1 yoshdan 20 yoshgacha davom etadi.

Qov, yonbosh va quymich suyaklarini yagona nomsiz suyakka birlashtiruvchi togʻaylarning suyaklanishi balogʻatga yetish davrida yakun topadi.

Yangi tugʻilgan qiz bola chanogʻi voyaga yetgan ayol chanogʻidan kattaligi bilangina emas, shakli bilan ham katta farq qiladi. Yangi tugʻilgan qiz bolaning dumgʻaza suyagi toʻgʻri va tor, tikka joylashgan, burni deyarli shakllanmagan, dumgʻaza burni sohasi chanoq kirish tekisligidan yuqorida. Kichik chanoq kirish qismi oval shaklda. Yonbosh suyaklarining qanotlari tikka turadi, chanoq chiqish tekisligi tomon ancha torayib boradi. Qiz bola yetilgan sayin chanoq hajmi va shakli oʻzgara boradi.

Butun organizm kabi, chanoqning taraqqiy etishi ham tashqi muhit sharoitiga va irsiy omillarga bog'liq. Bolalik davrida o'tirish, tikka turish, yurish chanoqning shakllanishiga maxsus ta'sir ko'rsatadi. Bola o'tira boshlaganda tana og'irligi umurtqa pog'onasi orqali chanoqqa o'tadi. Bola tikka turganda va yurganda chanoq yuqoridan tazyiq sezish bilan birga oyoq tomondan ham tazyiq sezadi. Yuqoridan tazyiq sezish natijasida dumg'aza chanoqqa birmuncha siljib kiradi. Chanoq ko'ndalangiga sekin-asta kattalashadi va oldin-orqa o'lchamlari nisbatan kichrayadi. Bundan tashqari, yuqoridan tazyiq sezish tufayli dumg'aza gorizontaal o'qi tevaragida shunday buriladiki, dumg'aza burni pastga tushib, chanoq kirish tekisligiga turtib chiqa boshlaydi. Shu munosabat bilan chanoq kirish qismi dumg'aza burni sohasidan sekin-asta o'yilgan ko'ndalang oval shaklni oladi. Dumg'aza gorizontaal o'qi tevaragida burilganda uchi orqaga chekinishi kerak edi, ammo u dumg'aza o'tkir qirrali o'siq va dumg'aza-do'mboq boylamlarining taranglanishi tufayli o'z o'rnida turadi. Shu kuchlarning o'zaro ta'siri natijasida dumg'aza voyaga yetgan ayol uchun tipik ravishda bukiladi (dumg'aza suyagining chuqurchasi hosil bo'ladi).

Ona organizmning kasalliklari, noto'g'ri ovqatlanishi va organizmdagi boshqa o'zgarishlar munosabati bilan ona qornidagi taraqqiyot sharoiti noqulay bo'lganda chanoq noto'g'ri taraqqiy etishi mumkin. Bolalik va balog'atga yetish davridagi surunkali og'ir kasalliklar va noqulay hayot sharoiti chanoqning taraqqiy etishiga to'sqinlik qiladi. Bunday hollarda chanoqning bolalik va yoshlik davriga xos belgilari ayolning yetuklik (balog'at) davrigacha saqlanib qolishi mumkin.

Bolalik yoki balog'atga yetish davrida boshdan kechirilgan ba'zi bir kasalliklar chanoqning noto'g'ri taraqqiy etishiga sabab bo'ladi. Raxit, suyak va bo'g'imlarning yallig'lanishi, suyak sili, shikastlanishlar, umurtqa pog'onasini qiyshaytirib yuboradigan jarayonlar shunday kasalliklarga kiradi. Son suyagining chiqishi, oyoq va chanoq suyaklarining sinishi, oyoqni amputatsiya qilish (qirqish) va shu kabilar chanoq shaklining o'zgarishiga olib keladi.

Chanoq taraqqiyotining orqada qolishi va noto'g'ri shaklga kirishi tug'ruqni qiyinlashtirishi va hatto unga to'sqinlik qilishi mumkin.

AYOL CHANOQ'NING ERKAK CHANOQ'IDAN FARQI

Voyaga yetgan ayol chanog'i erkak chanog'idan anchagina farq qiladi (23-rasm). Ayol chanog'ining suyaklari erkak chanog'ining suyaklariga nisbatan ingichka, nozik, silliqroq, vazni ham kamroq.

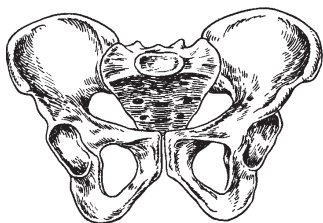
Ayol chanog'i kengroq va pastroq, erkak chanog'i esa torroq va balandroq (24-rasm). Ayollar dumg'azasi keng, erkak chanog'idek unchalik botiq emas, ayollarda dumg'aza suyagining burni erkaklardagiga nisbatan kamroq oldinga turtib chiqadi; ayol chanog'ining simfizi kaltaroq va kengroq. Ayollarda kichik chanoq kirish qismi kengroq, shaklan ko'ndalang oval, dumg'aza burni sohasida

o'ymasi bor; erkak chanog'ining kirish qismi kartadagi yurakka o'xshaydi, buning sababi shuki, erkaklarda dumg'aza burni ko'proq turtib chiqqan.

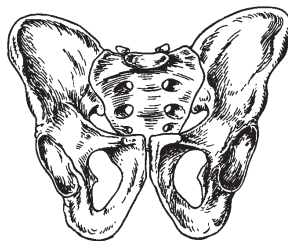
Ayollarda kichik chanoq bo'shlig'i kengroq, shakli oldinga qarab bukilgan silindrga o'xshaydi; erkak chanog'ining bo'shlig'i kichikroq bo'lib, pastga tomon voronka shaklida toraya boradi.

Ayol chanog'i chiqish tekisligi kengroq, chunki quymich do'mboqlari o'rtasidagi masofa kattaroq, qov burchagi erkaklardagi ($70-75^\circ$) ga nisbatan kengroq ($90-100^\circ$), dum suyagi oldinga erkak chanog'idagiga nisbatan kamroq turtib chiqadi.

Homilaning tug'ruq yo'llaridan o'ta olishi ayol chanog'ining yuqorida ko'rsatilgan xususiyatlariga bog'liq.



23-rasm. Ayol chanog'i.



24-rasm. Erkak chanog'i.

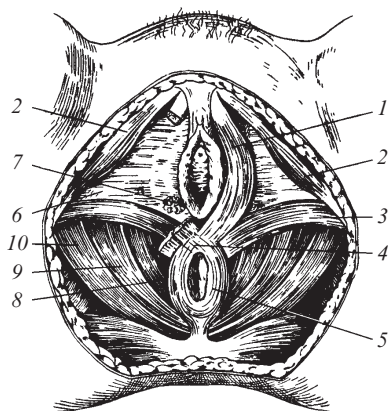
CHANOQ MUSKULLARI

Chanoq muskullari ikki guruhga bo'linadi: chanoq devorining yon (pariyetal) muskullari va chanoq tubining muskullari.

Chanoqning **yon devori muskullari** shunday joylashganki, ular katta va kichik chanoq o'lchamlarini deyarli kamaytirmaydi.

Katta chanoq bo'shlig'ida yon devor muskullarining ikki jufti: yonbosh ichki muskuli va belning katta muskuli yotadi.

Yonbosh ichki muskuli (m. iliaceus internus) keng bo'lib, yonbosh suyagi qirrasidan boshlanadi, yonbosh chuqurchasini to'ldiradi, shu chuqurchada belning katta muskuliga qo'shilib ketadi.



25-rasm. Chanoq tubining muskullari:
1—piyoz-g'orsimon muskul; 2—quymich-g'orsimon muskul; 3—oraliqning yuzako'ndalang muskuli; 4—oraliqning pay markazi; 5—to'g'ri ichak sfinktri; 6—siydiktanosil diafragmasi; 7—Bartolin bezi; 8–10—chanoq diafragmasi (m. levator ani).

Belning katta muskuli (m. psoas major) uzun boʻlib, XII koʻkrak umurtqasi va yuqoridagi toʻrtta bel umurtqasining yon yuzasidan boshlanadi, katta chanoqqa tushib, yonbosh ichki muskuliga qoʻshilib ketadi. Bir-biriga qoʻshilib ketgan shu ikki muskuldan yagona yonbosh-bel muskuli (m. ileopsoas) tarkib topadi; bu muskul esa chov boylami (Pupart boylami) ning ostidan oʻtib, son suyagining kichik koʻstiga yopishadi.

Kichik chanoq kirish qismini yonbosh-bel muskullarining chetlari qisman yopib turadi. Devor boʻyi muskullari (noksimon muskullar va ichki yopqich muskullar) kichik chanoqning yon devorlarini qoplaydi-yu, boʻshligʻining oʻlchamlarini kamaytirmaydi.

Noksimon muskul (m. piriformis) dumgʻazaning oldingi yuzasidan boshlanib, koʻndalangiga yoʻl oladi-da, katta quymich teshigi orqali chanoqdan chiqib son suyagining katta koʻstiga yopishadi.

Ichki yopqich muskul (m. obturator internus) yopqich teshik atrofidan boshlanib, kichik quymich teshigi orqali chanoqdan chiqadi-da, son suyagining katta va kichik koʻstlari orasiga yopishadi.

Chanoq tubi. Chanoqdan chiqish teshigi pastdan qalin muskul-fassiya qavati bilan yopilgan, chanoq tubi deb shuni aytiladi. Chanoq tubining bir qismi jinsiy lablarning orqadagi bitishmasi bilan orqa chiqaruv teshigi orasida boʻlib, akusherlik oraligʻi yoki oldingi oraliq deb ataladi (chanoq tubining bir qismi orqa chiqaruv teshigi bilan dum suyagi orasida boʻlib, orqadagi oraliq deb ataladi).

Chanoq tubi fassiyalar bilan oʻralgan uch qavat muskullardan iborat (25-rasm).

Pastki (tashqi) qavat oraliqning pay markazida yigʻiladigan muskullardan iborat; bu muskullarning joylashuv shakli chanoq suyaklariga osilgan sakkiz shaklini eslatadi.

1. Piyoʻz-gʻorsimon muskul (m. bulbocavernosus) qin ogʻzini oʻrab turadi, pay markaziga va klitorga yopishadi; bu muskul qisqarganda qin ogʻzini qisadi.

2. Quymich-gʻorsimon muskul (m. ischio-cavernosus) quymich suyagining pastki tarmogʻidan boshlanadi va klitorga yopishadi.

3. Orqa chiqaruv teshigini qisuvchi tashqi muskul (m. sphincter ani externus) toʻgʻri ichak oxirini oʻrab turadi. Qisuvchi tashqi muskulning chuqur tutamlari dum suyagining uchidan boshlanadi, orqa chiqaruv teshigini oʻrab oladi va oraliqning pay markazida tugaydi.

4. Oraliqning yuzadagi koʻndalang muskuli (m. transversus perinei superficialis) pay markazidan boshlanib, oʻngga va chapga boradi-da, quymich doʻmboqlariga yopishadi.

Chanoq muskullarining oʻrta qavati – siydik-tanosil diafragmasi (diaphragma urogenitale) chanoqdan chiqish teshigining oldingi yarmini egallaydi. Siydik-tanosil diafragmasi simfiz ostida, qov ravogʻida yotgan uchburchak muskul-fassiya plastinkasidan iborat. Siydik chiqarish kanali (uretra) va qin shu plastinka orasidan

o'tadi. Siydik-tanosil diafragmasining oldingi bo'limida muskul tutamlari uretrani o'rab turadi va uning tashqi sfinkterini hosil qiladi; siydik-tanosil diafragmasining orqa bo'limida yotgan muskul tutamlari ko'ndalangiga yo'l olib, quymich do'mboqlariga boradi. Siydik-tanosil diafragmasining ana shu qismi oraliqning chuqur ko'ndalang muskuli (t. transversus perinei profundus) deb ataladi.

Oraliq muskullarning yuqori (ichki) qavati chanoq diafragmasi (diaphragma pelvis) deb ataladi.

Chanoq diafragmasi orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi bir juft muskul (m. levator ani) dan iborat.

Orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi ikkala serbar muskul gumbaz hosil qiladi. Gumbaz uchi pastga qaragan bo'lib, to'g'ri ichakning pastki bo'limiga (orqa chiqaruv teshigining biroz yuqorisidan) yopishadi. Gumbazning enli asosi yuqoriga qaragan bo'lib, chanoq devorlarining ichki yuzasiga yopishadi. Chanoq diafragmasining oldingi bo'limida, orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskullarning tutamlari orasida uzunasiga yotgan yoriq (hiatus genitalis) bor, bu yoriq orqali chanoqdan uretra va qin chiqadi. Orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskullar chanoq devorlarining turli bo'limlaridan boshlanuvchi ayrim muskul tutamlaridan iborat; chanoq muskullarining bu qavati hammasidan qalinroq.

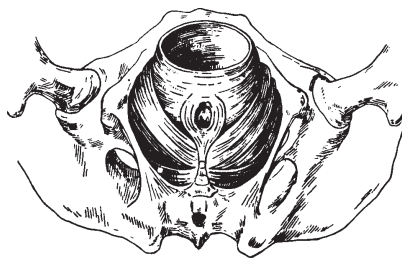
Chanoq tubining barcha muskullari fassiyalar bilan qoplangan.

Chanoq tubining fassiyalar bilan qoplangan muskullari quyidagi juda muhim funksiyalarni o'taydi.

1. Chanoq tubi ichki jinsiy a'zolar uchun tayanch vazifasini bajaradi, ularning normal o'rnida turishiga yordam beradi. Orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi muskullar alohida ahamiyatli bo'lib, qisqarganda jinsiy yoriq yumiladi, to'g'ri ichak va qin bo'shlig'i torayadi. Chanoq tubining muskullari shikastlanganda jinsiy a'zolar, shuningdek, qovuq bilan to'g'ri ichak pastga tushadi va tashqariga chiqib qoladi.

2. Chanoq tubi jinsiy a'zolarinigina emas, ichki a'zolari ham ko'tarib turadi. Chanoq tubining muskullari qorin ichidagi bosimni boshqarishda diafragma (ko'krak bilan qorin o'rtasidagi to'siq) va qorin devorining muskullari bilan birgalikda qatnashadi.

3. Tug'ruq vaqtida homila tug'ila-yotganida chanoq muskullarining uchala qavati cho'zilib, suyak tug'ruq kanalining davomi hisoblanadigan keng naychani hosil qiladi (26-rasm). Homila tug'ilgach chanoq tubining muskullari yana qisqarib, avvalgi vaziyatiga qaytadi.

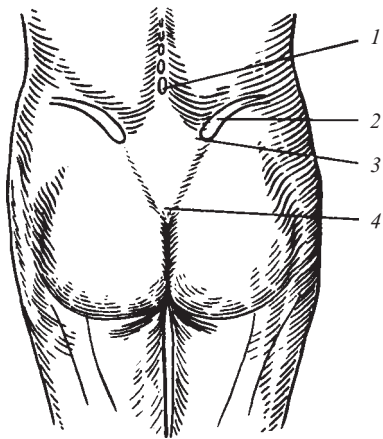


26-rasm. Homila tug'iladigan davrda chanoq tubi muskullarining joylashuvi.

CHANOQNI AKUSHERLIK NUQTAI NAZARIDAN TEKSHIRISH

Chanoqni tekshirish uchun ko'zdan kechiriladi, paypaslanadi va o'lchamlari o'lchanadi.

Chanoqni ko'zdan kechirganda butun chanoq sohasiga e'tibor beriladi, lekin bel-dumg'aza rombiga (Mixaelis rombiga) alohida e'tibor qilinadi.



27-rasm. Mixaelisning bel-dumg'aza rombi.

1–V bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i; 2–yonbosh suyagining qirrali; 3–orqadagi yuqori o'sig'i; 4–dumg'aza suyagining uchi.

Mixaelis rombi (27-rasm) dumg'aza suyagining orqa yuzasidagi maydoncha bo'lib, yuqori burchagi V bel umurtqasining o'tkir qirrali o'sig'i bilan dumg'aza qirrali o'rta bosh qismi orasidagi chuqurchadan iborat; yon burchaklari yonbosh suyaklarining orqadagi yuqori o'siqlariga, pastki burchagi dumg'aza suyagining uchiga mos keladi; romb yuqori va tashqi tomondan orqa katta muskullarining turtib chiqqan joylari bilan, pastdan va tashqaridan dumba muskullarining turtib chiqqan joylari bilan chegaralangan.

Normal chanoqda, bo'y-basti kelishgan ayollarda romb kvadratga o'xshaydi va ko'zdan kechirilganda yaqqol ko'rinadi.

Katta chanoq tekshirilganda yonbosh suyaklarining o'siqlari va qirralari, simfiz va son suyaklarining ko'stlari paypaslanadi.

Ichki tekshirishda dumg'aza chuqurchasining ichki yuzasi, chanoqning yon devorlari va simfizning ichki yuzasi sinchiklab paypaslanib, dumg'aza suyagining burni turtib chiqqan bo'lsa, shungacha paypaslashga urinib ko'riladi. Chanoqni paypaslashda uning sig'imi va shakli taxminan aniqlanadi.

Chanoqni o'lchash. Chanoqni tekshirishning barcha usullaridan *chanoqni o'lchashning* ahamiyati muhimroq. Chanoq o'lchamlarini bilib olib, tug'ruqning borishi, tug'ruqda uchrashi mumkin bo'lgan asoratlar, chanoqning ushbu o'lchami bilan tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishi mumkinligi yoki yo'qligi haqida xulosa qilish mumkin.

Chanoqning tashqi o'lchamlari o'lchanadi va shunga asoslanib kichik chanoqning kattaligi va shakli haqida taxminan fikr yuritiladi. Chanoq maxsus asbob – tazomer bilan o'lchanadi (28-rasm). Tazomer sirkul shaklida bo'lib, shkalasi santimetr va millimetrlarga bo'lingan. Tazomer tarmoqlarining uchlarida tugmalari

bor; bu tugmalar chanoqning qaysi joylari o'rtasidagi masofa o'lchanadigan bo'lsa, o'sha joylarga qadaladi. Chanoqdan chiqish tekisligining ko'ndalang o'lchamini o'lchash uchun oyoqchalari kesishadigan tazomerdan foydalaniladi. Chanoqni o'lchashda ayol chalqancha yotqizilib, ayoldan o'ng tomonda, unga yuzma-yuz turiladi. Tazomer tarmoqlari shunday olinadiki, qo'lning bosh barmog'i bilan ishora barmog'i tugmachalarini ushlab turadi. Santimetrlarga bo'lingan shkala yuqoriga qarab turadi. Orasidagi masofa o'lchanadigan nuqtalar ishora barmoqlari bilan paypaslab topiladi, tazomerning kerilgan oyoqchalaridagi tugmachalar o'sha nuqtalarga qadaladi va aniqlanayotgan o'lchamlar kattaligi shkalaga qarab qayd qilinadi (29-rasm).



28-rasm. Tazomer.

Odatda chanoqning to'rtta o'lchami: 3 ta ko'ndalang o'lchami va bitta to'g'ri o'lchami o'lchanadi.

Ko'ndalang o'lchamlarga quyidagilar kiradi.

1. Distantia spinarum – yonbosh suyaklarining oldingi yuqori o'siqlari o'rtasidagi masofa.

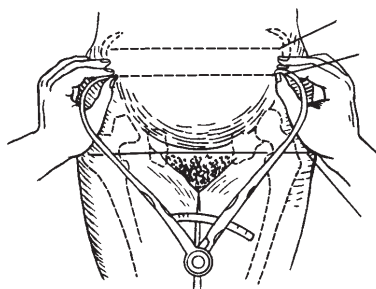
Tazomer tugmachalari oldingi yuqori o'siqlarining tashqi chekkalariga qadaladi. Bu o'lcham odatda 25–26 sm ga teng.

2. Distantia cristarum – yonbosh suyaklari qirralarining eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa. Distantia spinarum o'lchangandan keyin tazomer tugmachalari yonbosh suyaklarining o'siqlaridan

yonbosh suyaklari qirralarining tashqi chetiga to eng katta masofa aniqlanguncha surib boriladi; bu masofa distantia cristarum bo'lib, o'rta hisobda 28–29 sm ga teng.

3. Distantia trochanterica – son suyaklarining katta ko'stlari o'rtasidagi masofa. Ayol chalqancha yotganicha oyoqlarini uzatadi va bir-biriga yaqinlashtiradi. Katta ko'stlarning ko'proq turtib chiqadigan nuqtalari qidirib topiladi va ularga tazomer tugmachalari qadaladi. Bu o'lcham 30–31 sm ga teng.

Ko'ndalang o'lchamlarning kattaligiga qarab kichik chanoq o'lchamlari haqida fikr yuritish mumkin. Ko'ndalang o'lchamlar o'rtasidagi nisbatning ham ahamiyati bor. Masalan, normada distantia spinarum bilan distantia cristarumning tafovuti 3 sm, bu tafovutning kamroq chiqishi chanoqning noto'g'ri tuzilganligini ko'rsatadi.

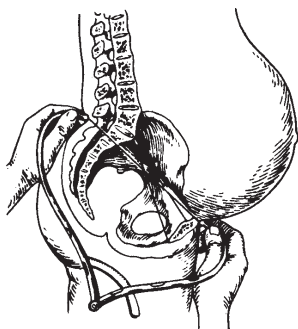


29-rasm. Chanoqning ko'ndalang o'lchamlarini o'lchash.

1–distantia spinarum; 2–distantia cristarum; 3–distantia trochanterica.

4. *Conjugata externa* – tashqi konyugata – chanoqning to‘g‘ri o‘lchami 20 sm.

Ayol yonboshga yotqiziladi, pastdagi oyog‘i chanoq-son va tizza bo‘g‘imlaridan bukiladi, yuqoridagi oyog‘i uzatiladi. Tazomer bir shoxchasining tugmachasi simfizning yuqori tashqi chekkasiga qadaladi, ikkinchi shoxchasining tugmachasi dumg‘aza ustidagi chuqurchaga (V bel umurtqasining o‘tkir qirrali o‘sig‘i bilan dumg‘aza o‘rta qirrasining bosh qismi o‘rtasidagi chuqurchaga) qadaladi (dumg‘aza ustidagi chuqurcha Mixaelis rombining yuqori burchagiga mos keladi). Tashqi konyugata normada 20 sm ga teng (30-rasm).



30-rasm. Tashqi konyugatani o‘lchash (sxema).

Simfizning yuqori tashqi chekkasi oson aniqlanadi; dumg‘aza ustidagi chuqurchaning joylashuvini aniqlamoq uchun barmoqlar bel umurtqalarining o‘tkir qirrali o‘siqlari bo‘ylab dumg‘aza tomonga sirg‘antirib boriladi; so‘nggi bel umurtqasining o‘tkir qirrali o‘sig‘i turtib chiqqan joyning pasti sezilishi bilan chuqurcha oson bilinadi.

To‘la ayollarning dumg‘aza usti chuqurchasini paypaslash qiyin va hatto aniqlash imkoni bo‘lmaydi. Bunday hollarda Mixaelis rombining yon burchaklarini (yonbosh suyaklarining orqadagi yuqori o‘siqlariga mos keladi) birlashtirishadi va shu ko‘ndalang chiziq markazidan yuqoriga qarab ko‘ndalangiga 2 barmoq (3–4 sm) chekinishadi. Bu joy dumg‘aza usti chuqurchasiga mos keladi. Tazomer tugmachasi shu yerga qadaladi.

Tashqi konyugataning muhim ahamiyati bor, uning o‘lchamiga qarab chin konyugataning uzunligini bilish mumkin.

Chin konyugatani aniqlamoq uchun tashqi konyugataning uzunligidan 9 sm chegirib tashlanadi. Masalan, tashqi konyugata 20 sm ga teng bo‘lganda chin konyugata 11 sm ga teng, tashqi konyugata 18 sm bo‘lganda chin konyugata 9 sm ga teng va hokazo.

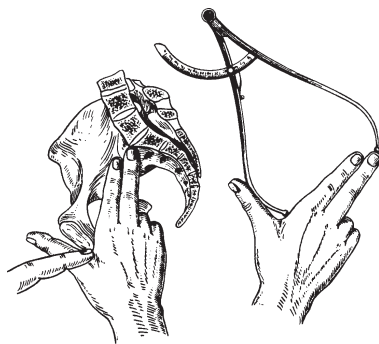
Tashqi konyugata bilan chin konyugata o‘rtasidagi tafovut dumg‘aza, simfiz va yumshoq to‘qimalarning qalinligiga bog‘liq. Suyaklar va yumshoq to‘qimalarning qalinligi turli xotirlarda turlicha bo‘lgani uchun tashqi konyugata bilan chin konyugata o‘rtasidagi tafovut hamisha 9 sm ga aniq mos kelavermaydi.

Chin konyugatani diagonal konyugataga qarab aniqroq bilish mumkin.

Simfizning pastki chekkasidan dumg‘aza burnining ko‘proq turtib chiqqan nuqtasigacha bo‘lgan masofa **diagonal konyugata** (*conjugata diagonalis*) deb ataladi.

Diagonal konyugata qin orqali tekshirishda aniqlanadi (31-rasm). Aseptika - antiseptika qoidalariga rioya qilinib, ishora barmog‘i bilan o‘rta barmoq qinga

kiritiladi, nomsiz barmoq bilan jimjiloq bukiladi, bu barmoqlarning orqa tomoni oraliqqa tayanib turadi. Qinga kiritilgan barmoqlar dumg'aza burniga tomon suriladi; dumg'aza burni qo'lga ilinadigan bo'lsa, o'rta barmoq uchi dumg'aza burnining uchiga qadaladi, kaft qirrasi esa simfizning pastki chekkasiga taqaladi. Shundan keyin ikkinchi qo'lining ishora barmog'i tekshiruvchi qo'lning simfiz pastki chekkasiga tekkan joyini qayd qiladi. Ishora barmog'ini qayd qilingan nuqtadan olmay turib, qinga suqilgan qo'l tortib olinadi va o'rta barmoqning uchidan simfizning pastki chekkasiga tegib turgan nuqttagacha bo'lgan masofa o'lchanadi.



31-rasm. Diagonal konyugatani o'lchash.

Diagonal konyugata tazomerda yoki santimetrli tasmada o'lchanadi. Normal chanoqda diagonal konyugata o'rta hisob bilan 13 sm ga teng. Chin konyugatani aniqlash uchun diagonal konyugata uzunligidan 2 sm chegirib tashlanadi.

Diagonal konyugatani o'lchash hamisha mumkin bo'lavermaydi, chunki chanoq o'lchamlari normal bo'lganda dumg'aza burni barmoqda sezilmaydi yoki arang paypaslanadi.

Uzatilgan barmoq uchi dumg'aza burniga yetmasa, shu chanoqning hajmini normal yoki norma yaqin deb hisoblash mumkin.

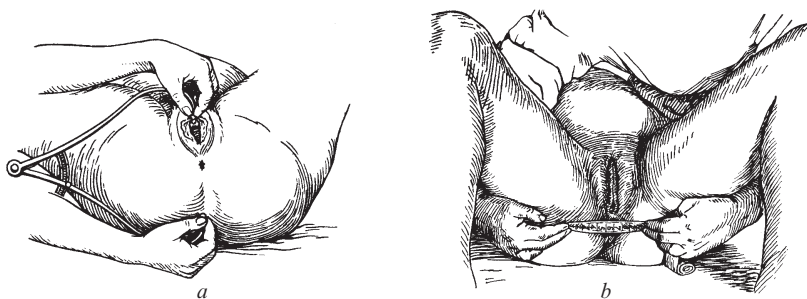
Chanoqning ko'ndalang o'lchamlari va tashqi konyugata hech istisnosiz barcha homilador va tug'uvchi ayollarda o'lchanishi lozim.

Ayol tekshirilganda chanoqdan chiqish teshigi toraygan degan gumon tug'lsa, shu tekislikning o'lchami aniqlanadi.

Chanoqdan chiqish teshigining o'lchamlari quyidagicha aniqlanadi (32-rasm). Ayol chalqancha yotib, oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukadi, oyoqlarini kerib, qorniga tortadi. Chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchami odatda tazomerda o'lchanadi. Tazomerning bir tugmachasi simfizning pastki chekkasiga, ikkinchi tugmachasi dum suyagining uchiga qadaladi.

Chanoqdan chiqish teshigining ko'ndalang o'lchami santimetrli tasmada yoki shoxchalari kesishadigan tazomerda o'lchanadi. Quymich do'mboqlarining ichki yuzalari paypaslab topilib, shu do'mboqlar o'rtasidagi masofa o'lchanadi. Tazomer tugmachalari bilan quymich do'mboqlari o'rtasidagi yumshoq to'qimalarning qalinligini hisobga olib, o'lchashda chiqqan raqamga 1–1,5 sm qo'shish kerak.

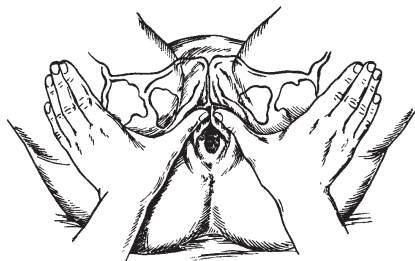
Qov burchagining shaklini aniqlash klinikada bir qadar ahamiyatlidir. Chanoq o'lchamlari normal bo'lganda qov burchagi 90–100° ga teng; qov burchagining kichikroq yoki kattaroq ekanligi chanoqning noto'g'ri tuzilganligini ko'rsatadi.



32-rasm. Chanoqdan chiqish teshigini o'lchash.

a – chiqish teshigining to'g'ri o'lchamini o'lchash; *b* – chiqish teshigining ko'ndalang o'lchamini o'lchash.

Qov burchagining shakli quyidagicha aniqlanadi. Ayol chalqancha yotganicha oyoqlarini bukib, qorniga tortib turadi. Bosh barmoqlarning kaft tomoni qov va quymich suyaklarining pastki tarmoqlariga zich taqaladi; barmoqlarning bir-biriga tegib turuvchi uchlari simfizning pastki chekkasiga qadaladi. Barmoqlarning joylashuvi qov ravog'ining burchagini bilishga imkon beradi (33-rasm).



33-rasm. Qov ravog'ining shakli va kattaligini aniqlash.

Chanoqning qiyshiq o'lchamlarini qiyshiq toraygan chanoqlarda o'lchashga to'g'ri keladi.

Chanoq asimmetriyasini aniqlash uchun quyidagi qiyshiq o'lchamlar aniqlanadi.

1. Bir tomonning oldingi yuqori o'sig'i bilan ikkinchi tomonning orqadagi yuqori o'sig'i o'rtasidagi masofa va aksincha. Bu o'lcham lateral konjugata ham deyiladi.

2. Simfizning yuqori chekkasidan o'ng va chap tomondagi yuqori o'sig'igacha bo'lgan masofa.

3. Dumg'aza usti chuqurchasidan o'ng va chap tomonning oldingi yuqori o'sig'igacha bo'lgan masofa.

Bir tomonning qiyshiq o'lchamlari ikkinchi tomonning qiyshiq o'lchamlariga solishtirib ko'riladi. Chanoq normal tuzilgan bo'lsa, juft qiyshiq o'lchamlar uzunligi bir xil chiqadi. Qiyshiq o'lchamlar tafovutining 1 sm dan ortishi chanoq asimmetriyasidan guvohlik beradi.

Chanoq rentgenografiyasi va chanoqning to'g'ri hamda ko'ndalang o'lchamlarini maxsus chizg'ichda o'lchash kichik chanoq sig'imi haqida aniqroq tasavvur beradi. Ko'rsatmalar bo'lgandagina bu usul bilan tekshiriladi, masalan, tor chanoqning torayish darajasini, chanoq o'lchamlari bilan yirik homila boshining nisbatini aniqlash zarur bo'lib qolganda shu usul qo'llaniladi.

Hozirgi paytda bir qator yirik tugʻruq majmualarida chanoq oʻlchamlari va shunga muvofiq ravishda homila boshining kattaligini aniqlashning ultratovush tekshiruvidan keng foydalanilmoqda.

Nazorat uchun savollar

1. Chanoq qaysi suyaklardan tuzilgan?
2. Katta chanoq oʻlchamlari.
3. Kichik chanoq tekisliklari va oʻlchamlari.
4. Chanoq tubining tuzilishi.
5. Diagonal, tashqi konyugata orqali chin konyugatani aniqlash.

VI BOB. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI

URUGʻLANISH. MURTAK PARDALARI VA ONA QORNIDAGI HOMILANING TARAQQIY ETISHI

URUGʻLANISH (BOʻYIDA BOʻLISH)

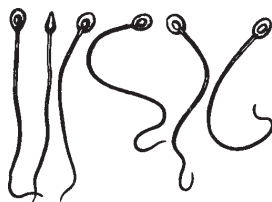
Erkakning yetilgan jinsiy hujayrasi (spermatozoid) bilan ayol jinsiy hujayrasining qoʻshilib bitta hujayraga aylanishi va undan yangi organizm taraqqiy eta boshlashi **urugʻlanish** deb ataladi.

Tuxum hujayra bilan spermatozoidning yetilish jarayoni murakkab boʻlib, reduksion boʻlinish bilan tugaydi. Reduksion boʻlinish natijasida ikkala jinsiy hujayra yadrolaridagi xromosomalar ikki baravar kamayadi. Urugʻlanish natijasida vujudga kelgan yangi hujayra yadrosida xromosomalar toʻla-toʻkis boʻladi.

Spermatozoidlar erkak jinsiy bezlarining bura-ma kanalchalarida hosil boʻladi. Spermatozoidning **boshchasi**, **boʻyni** va ingichka uzun **dumi** bor (34-rasm). Boshchasi hujayraning yupqa sitoplazma qavati bilan oʻralgan yadrodan, dumi bilan boʻyni esa sitoplazmadan iborat.

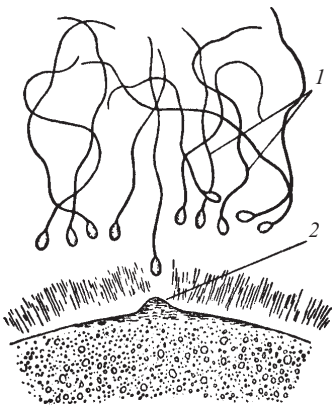
Spermatozoidlar mustaqil harakatлана oladi. Bu harakat dumining tebranma harakatlariga bogʻliq. Spermatozoidlar urugʻ pufakchalari bilan prostata bezining sekretiga tushgach harakatchanligi oshadi. Urugʻ pufakchalari hamda prostata bezining sekreti bilan spermatozoidlar aralashmasi shahvat yoki sperma deb ataladi.

Jinsiy aloqada qinga 5–8 ml sperma tushadi, buncha spermada 200–500 mln spermatozoidlar boʻladi. Sperma qinning asosan orqa gumbaziga tushadi, bachadon boʻynining qindagi qismi esa orqa gumbazga qaragan. Bachadon boʻyni



34-rasm. Spermatozoidlar.

kanalining tashqi teshigi orqa gumbazda to'plangan spermaga tegib turadi, shuning uchun spermatozoidlar bachadonga bemalol kira oladi.



35-rasm. Spermatozoidlarning tuxum hujayraga kirishi:
1–spermatozoidlar; 2–spermatozoidlarga peshvoz hosil bo'ladigan va ularni qabul qiladigan do'mboqcha.

Jinsiy qo'zg'alish vaqtida bachadon muskullari qisqaradi, bachadon bo'ynining tashqi teshigi qiya ochiladi, bachadon bo'ynidagi shilimshiq tiqini turtib chiqib, orqa gumbazdagi sperma bilan o'raladi. Jinsiy aloqadan keyin spermatozoidlar bilan o'ralgan shilimshiq tiqini bachadon bo'yniga qaytib kiradi.

Ammo spermatozoidlarning mustaqil harakatlana olishi ularning bachadonga kirishi uchun asosiy shartdir. Spermatozoidlar muhiti kislotali bo'lgan qindan bachadon bo'yniga intiladi. Bachadon bo'yni va tanasidagi ishqoriy muhit spermatozoidlarning hayot faoliyati uchun qulayroq. Bachadon va naylarining ishqoriy muhitida spermatozoidlar harakatlanish va urug'lantirish qobiliyatini bir necha vaqt saqlaydi.

Spermatozoidlar bir daqiqada 3–3,5 mm tezlik bilan harakatlanib 1–1,5 soatdan keyin bachadon bo'shlig'iga yetib boradi. 2–3 soatdan keyin bachadon naylariga kirib, ularda tuxum hujayra bilan uchrashadi.

Tuxum hujayra bachadon nayining odatda ampular qismida urug'lanadi.

Tuxum hujayralar mustaqil harakatlana olmaydi. Yetilgan tuxum hujayra nurafshon toj bilan o'ralib, yorilgan follikuladan qorin bo'shlig'iga tushadi, so'ngra bachadon nayiga yo'l oladi.

Bachadon nayi va shokilalarining so'ruvchi peristaltik harakatlari, nay epiteliysidagi kipriklarning hilpillashi (shu tufayli suyuqlik nay voronkasidan nayning bachadon tomondagi uchiga harakatlanadi) tuxum hujayraning nayga kirib olishiga yordam beradi.

Bachadon nayining ampular uchiga kirib olgan tuxum hujayraga million-million spermatozoidlar intilib boradi. Tuxum hujayra yuzasida spermatozoidlar qarshisida qabul qiluvchi do'mboq vujudga keladi (35-rasm).

Million-million spermatozoidlardan faqat bir nechtasi tuxum hujayraning protoplazmasiga tiniq parda (zona pellucida) orqali kiradi.

Spermatozoidlar tuxum hujayraning tiniq pardasini eritib yuboradigan ferment–gialuronidaza chiqaradi, spermatozoidlarning tuxum hujayra ichiga kirishiga shu ferment yordam beradi.

Tuxum hujayraga kirmagan hamma spermatozoidlar nobud bo'ladi, parchalanadi va bachadon naylarining shilliq pardasiga so'rilib ketadi.

Tuxum hujayra protoplazmasiga kirgan bir necha spermatozoiddan faqat bittasi urug'lantirishda qatnashadi; bu spermatozoid yadrosi tuxum hujayra yadrosiga peshvoz borib, unga qo'shilib ketadi. Bu jarayon urug'lanish deyiladi.

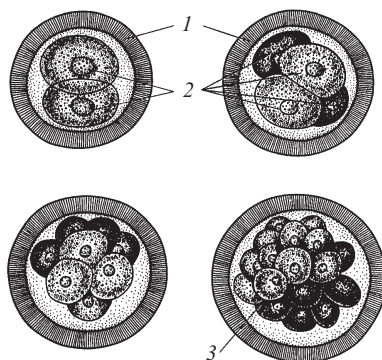
Homiladorlik tuxum hujayraning urug'lanish paytidan boshlanadi.

URUG'LANGAN TUXUM HUJAYRANING BO'LINISHI VA BACHADONGA SILJIB BORISHI

Urug'langan tuxum hujayra modda almashinuvining kuchayganligi bilan farq qiladi. Yadrolar qo'shilib ketishi bilan tuxum hujayra bo'lina boshlaydi (36-rasm). Kariokinez yo'li bilan bo'linish natijasida tuxum hujayradan avval ikkita qizlik hujayra – blastomerlar hosil bo'ladi, bular ham bo'linadi. Blastomerlarning tez bo'linishi natijasida hujayralar to'plami vujudga keladi, bu hujayralar to'plami sirtidan qaraganda tut mevasiga o'xshaydi (morula).

Bo'linayotgan tuxum ayni vaqtda bachadon nayi ichida harakatlana borib, urug'lanish paytidan hisob qilganda 8–10-kuni bachadon bo'shlig'iga yetib boradi.

Tuxum bachadon nayi devoridagi muskullarning asosan ritmik peristaltik qisqarishi tufayli harakatlanadi. Bachadon nayi epiteliysidagi kipriklarning bachadon tomonga hilpillashi ham yordam beradi.



36-rasm. Urug'langan tuxum hujayralarning bo'linish sxemasi.

Morula hosil bo'lishi.

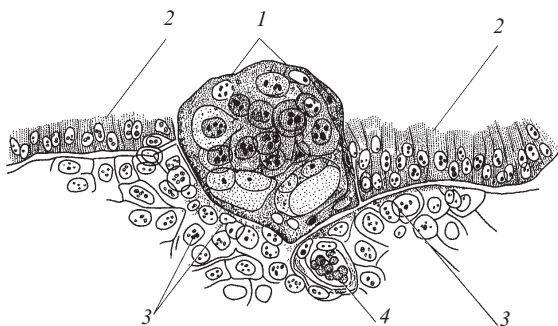
1–tiniq parda; 2–blastomerlar; 3–morula bosqichi.

URUG'LANGAN TUXUM HUJAYRANING BACHADONGA PAYVANDLANISHI – IMPLANTATSIYA

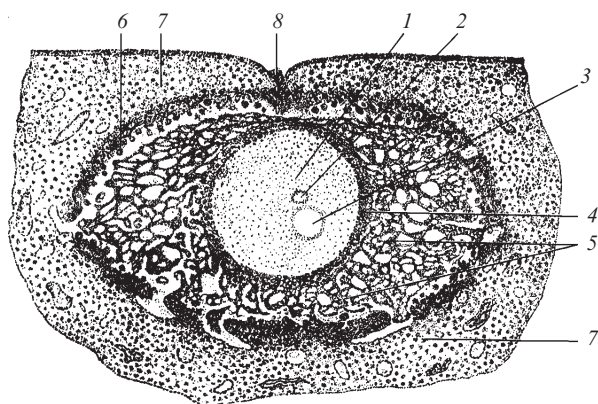
Urug'langan tuxum bo'linish bilan bir qatorda hujayralari sifat jihatdan ham o'zgaradi. Bo'linayotgan tuxum bachadon nayidayoq tiniq parda (zona pellucida) dan xalos bo'ladi. Bachadonga kirish paytigacha morula hujayralarining tashqi qavati trofoblastga, ichki hujayralari esa embrioblastga aylanadi. Embrioblastdan murtak (embrion) vujudga keladi. Trofoblast tuxumni payvandlantiruvchi va embrioblastdan hosil bo'ladigan murtakni oziqlantiruvchi parda hisoblanadi.

Trofoblast hujayralari fermentsimon modda proteolitik ferment ishlab chiqaradi, bu moddalar bachadon shilliq pardasining to'qimalarini eritib yuboradi. Tuxum bachadon shilliq pardasining yuzasiga (odatda orqa yoki oldingi devorining naylar ro'parasidagi joyiga) cho'kadi, trofoblast bachadon shilliq

pardasining qoplovchi epiteliysi, bezlari, stroma hujayralari va tomirlarini eritib yuboradi va sekin-asta shilliq pardaning funksional qavati ichkarisiga botib kiradi (37-rasm). Tuxum bachadon shilliq pardasiga batamom kirib olgach uning ustidagi defekt bitib ketadi, tuxumning payvandlanish jarayoni shu paytdan boshlab tugaydi (38-rasm).



37-rasm. Bachadonning shilliq pardasiga tuxum hujayralarning payvandlanish boshlashi. 1—bo‘linayotgan tuxum; 2—bachadon shilliq pardasining qoplovchi epiteliysi; 3—desidual hujayralari; 4—qon tomiri.



38-rasm. Payvandlanib bo‘lgan tuxum hujayra. 1—mezoblast; 2—ektoblast pufakchasi; 3—entoblast pufakchasi; 4—trofoblast (sitotrofoblast); 5—sinsiti; 6—bachadon shilliq pardasining parchalanayotgan hujayralari; 7—shilliq parda (desidual parda); 8—tuxum kirgan joyning bitishi.

Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadonning shilliq pardasi sekretiya bosqichida bo‘ladi, unda murtakning oziqlanishi uchun zarur hamma moddalar mavjuddir.

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

MURTAK PARDALARINING TARAQQIY ETISHI

Tuxum payvandlanib olgach tez o‘sadi va taraqqiy etadi. Trofoblastda o‘siqlar (vorsinkalar) vujudga keladi, ular dastlab tomirsiz bo‘lib, **birlamchi vorsinkalar**

deb ataladi (39-rasm). Tuxumning tashqi pardasi endi vorsinkali parda – **xorion** deb ataladi. Bachadon shilliq pardasi bilan vorsinkalar oʻrtasida toʻqimalar parchalanadi va shilliq pardaning yorilgan tomirlaridan chiqqan qon aylanib turadi. Tevarak atrofdagi shilliq parda bilan vorsinkalar oʻrtasidagi oraliq (boʻshliq) vorsinkalararo birlamchi oraliq deb ataladi. Vorsinkalararo birlamchi oraliq butun tuxum atrofida joylashadi; taraqqiyotning keyingi bosqichlarida vorsinkalararo birlamchi oraliq faqat plasenta sohasida qolib, vorsinkalararo ikkilamchi oraliq deb ataladi.

Trofoblast bilan bir vaqtda tuxumning ichki hujayralari embrioblast ham taraqqiy etadi; embrioblast bachadon nayida taraqqiy eta boshlaydi, lekin tuxum bachadonga payvandlanib olgach embrioblast ayniqsa zoʻr berib rivojlanadi.

Embrioblast oʻrtasida, hujayralar oraligʻida suyuqlik bilan toʻla boʻshliqlar vujudga keladi. Bu boʻshliqlar keyinchalik qoʻshilib ketib, bitta boʻshliq (ekzoselom) ni hosil qiladi va tuxum endi blastosist bosqichiga oʻtadi. Blastosist boʻshligʻini oʻrab turgan hujayralar mezoblastni tashkil etadi.

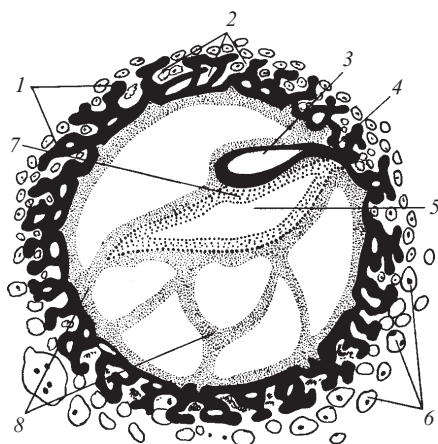
Blastosistning bir segmentida hujayralar toʻplami hosil boʻladi, bu toʻplamdan ektoblastik va entoblastik tugunlar ajraladi. Ana shu tugunlarning markazida hademay boʻshliqlar vujudga keladi, shu tufayli ektoblast tuguni ektoblast pufakchasiga, entoblast tuguni esa entoblast pufakchasiga aylanadi (39-rasmga qaralsin). Ektoblast pufakchasi oyoqcha yordamida trofoblastga ulanadi, undan amnion boʻshligʻi hosil boʻladi.

Bu boʻshliq devori **qogʻonoq** – amnionga aylanadi.

Entoblast pufakchasi markazga yaqinroq joylashgan boʻlib, **sariqlik boʻshligʻiga** aylanadi.

Ektoblast bilan entoblastning amnion va sariqlik pufakchalari oʻrtasida joylashgan hujayralari **murtak boshlangʻichini** hosil qiladi.

Ekzoselom boʻshligʻi kattalashgan sayin mezenxima hujayralari bir tomondan xorion (trofoblast) ga, ikkinchi tomondan amnion hamda sariqlik pufakchalariga va ular orasida yotgan murtakka surilib boradi. Pufakchalar devori va xorion qoʻshqavat boʻlib qoladi. Murtak



39-rasm. Trofoblast va embrioblast rivojlanishining ilk bosqichlari.

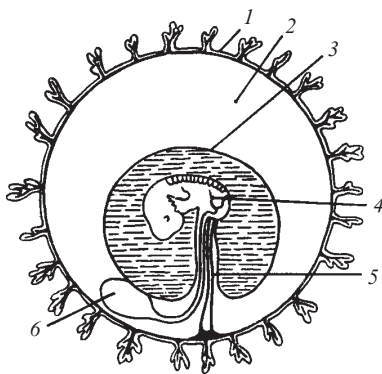
1–birlamchi vorsinkalar; 2–vorsinkalararo birlamchi kamgak; 3–ektoblast pufakchasi; 4–qorin tomondagi oyoqcha; 5–entoblast pufakchalari; 6–desidual hujayralar; 7–embrion kurtagining hosil boʻladigan joyi; 8–mezoblast.

boshlang'ichi uchta embrional varaq: ektoderma, mezoderma va entodermadan iborat. Homilaning barcha a'zo va to'qimalari shu uchta varaqdan vujudga keladi. Amnion pufakchasi tiniq suyuqlik to'planishi tufayli tez kattalashadi, pufakcha devori (amnion) vorsinkali pardaga yaqinlashadi va nihoyat, unga yondashadi. Blastosist bo'shlig'i (ekzoselom) yo'qoladi. Amnion bilan sariqlik pufakchasi o'rtasidagi murtak (embrion) amnion bo'shlig'iga botib kira boshlaydi va asta-sekin butunlay joylashadi (40-rasm). Amnion bo'shlig'i kattalashgan sayin sariqlik pufakchasi kichrayib, atrofiyalanadi.

Murtak birlamchi ichagining orqadagi uchidan pardalar taraqqiy etishi bilan bir vaqtda allantois degan o'simta vujudga keladi. Allantois amnion pufakchasini trofoblastga birlashtirgan pufakcha bo'ylab vorsinkali pardaga o'tadi (40 va 41-rasmlarga qaralsin). Tomirlar murtak gavdasidagi vorsinkali pardaga allantois orqali o'tadi; bu tomirlar xorionning har bir vorsinkasiga o'sib kiradi (41-rasmga qaralsin). Murtakning allantoid qon aylanishi shu paytdan boshlab taraqqiy etadi.

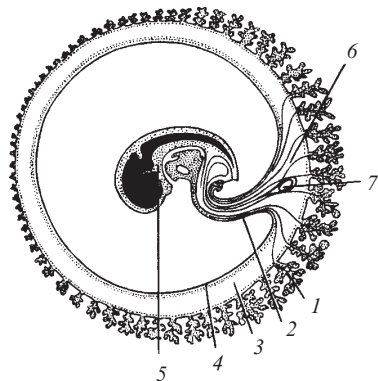
Taraqqiyotning boshlang'ich bosqichlari tugallangach homila amnion suyuqligi va uchta parda (desidual parda, xorion va amnion) bilan o'ralib turadi. Desidual parda ona organizmiga tegishli bo'lib bachadon shilliq pardasidan vujudga keladi, vorsinkali va (amnion) pardalari homilaga tegishlidir.

Homiladorlik munosabati bilan bachadon shilliq pardasining ko'rinish jihatdan o'zgargan funksional qavati **desidual parda** deb ataladi: bu pardani ko'chadigan shilliq parda deb ham atashadi, chunki tug'ruq vaqtida desidual parda ko'chib, bachadon bo'shlig'idan boshqa pardalar va plasenta bilan birga tushadi.



40-rasm. Embrional pardalarning hosil bo'lishi (sxema).

1–vorsinkali parda; 2–ekzoselom; 3–qog'onoq pardasi (amnion); 4–embrion; 5–allantois va qorin tomondagi oyoqcha; 6–sariqlik pufakchasi.



41-rasm. Embrional pardalar hosil bo'lish sxemasi (kechroq bosqichi).

1–vorsinkali parda; 2–kindik kurtagi; 3–ekzoselom; 4–qog'onoq pardasi (amnion); 5–embrion; 6–allantois; 7–sariqlik pufakchasining qoldig'i.

Tuxum payvandlanadigan paytgacha bachadon shilliq pardasi sekretor fazada bo'ladi: bezlari sekretga to'lgan, stroma hujayralari yumaloqlangan bo'lib, glikogen saqlanadi, funksional qavat spongioz (g'ovak) va kompakt qavatlariga bo'linadi (42-rasm). Spongioz qavat asosan bezlardan, kompakt qavat esa stromaning yumaloqlangan desidual hujayralaridan iborat, bezlarning chiqarish yo'llari shu hujayralar orasidan o'tadi.

Tuxum payvandlanib olgach bachadon shilliq pardasi qalin, suvli bo'lib, bezlari sekretga yanada to'lishadi, stroma hujayralari kattalashadi, ulardagi glikogen ko'payadi. Stromaning o'zgargan shu hujayralari **homiladorlikning desidual hujayralari** deb ataladi.

Kompakt qavatga suqilib kirgan tuxum hamma tomondan desidual parda elementlari bilan o'ralgan. Tuxumning vaziyatiga qarab desidual parda uch qismga bo'linadi (43-rasm):

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

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

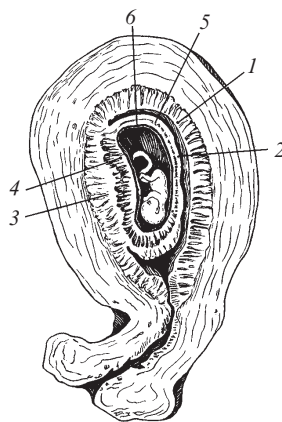
3) decidua parietalis – bachadonning bo'shlig'ini qoplovchi jami shilliq (desidual) parda.

Homila tuxumi o'sgan sayin decidua capsularis bilan decidua parietalis cho'ziladi, yupqa tortadi va bir-biriga yaqinlashadi. Homiladorlikning IV oyida homila tuxumi butun bachadon bo'shlig'ini egallaydi. Desidual pardaning shu ikki bo'limi birga qo'shilib, yanada ko'proq yupqalashadi. Decidua basalis esa, aksincha, qalin tortib,



42-rasm. Homiladorlikning III o'yidagi bachadon shilliq pardasi (desidual parda).

1–shilliq pardaning muskul qavat; 2–bazal qavat; 3–g'ovak (spongioz) qavat; 4–zich (kompakt) qavat.



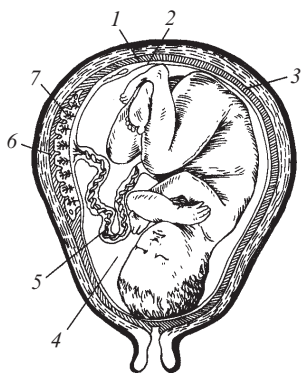
43-pasm. Ko'chib tushadigan (desidual) parda bo'laklari.

1–decidua parietalis; 2–decidua capsularis; 3–decidua basalis; 4–chorion frondosum; 5–chorion laeve; 6–amnion.

unda ko'pgina tomirlar taraqqiy etadi. Ko'chuvchi pardaning shu qismi plasentaning onaga taalluqli qismiga aylanadi.

Vorsinkali parda (xorion) trofoblast bilan mezoblastdan taraqqiy etadi. Vorsinkalar avvaliga tomirsiz bo'lib, homiladorlik I oyining oxiridayoq ularga allantoisdan tomirlar o'sib kiradi.

Dastlabki vaqtda vorsinkalar homila tuxumining butun yuzasini bir tekis qoplaydi. Homiladorlikning II oyida xorionning decidua capsularisga taqalib turgan qismidagi vorsinkalar atrofiyalana boshlaydi, homiladorlikning III oyida xorionning o'sha qismidagi vorsinkalar yo'qoladi, natijada xorion silliq bo'lib qoladi (chorion laeve). Xorionning decidua basalisga taqalib turadigan qarama-qarshi tomonida vorsinkalar sershox bo'lib o'sib chiqadi (chorion frondosum). Xorionning shu qismi plasentaga aylanadi.



44-rasm. Bachadonda pardalarning joylashuvi (sxema).

1—chorion laeve; 2—amnion; 3—qo'shilib ketgan decidua capsularis bilan decidua parietalis; 4—amnion bo'shlig'i; 5—kindik; 6—decidua basalis; 7—chorion frondosum.

Qog'onoq pardasi (amnion) berk xalta bo'lib, ichida qog'onoq suvi bilan o'ralgan homila turadi. Amnion xorionga yondashib, plasentaning ichki yuzasini qoplaydi, kindikka o'tib, uni g'ilof kabi o'raydi va kindik sohasida murtakning tashqi qoplag'ichlariga tutashadi. Amnion yupqa parda bo'lib, mezenximadan hosil bo'lgan qo'shuvchi to'qima hujayralari bilan epiteliydan iborat.

Qog'onoq pardasi (amnion) homilaga eng yaqin turgan ichki pardadir. Desidual (ko'chuvchi) pardaga chegaradosh bo'lgan vorsinkali parda (xorion) qog'onoq pardasiga taqalib turadi (44-rasm).

Qog'onoq suvi (amnion suyuqligi). Amnion bo'shlig'idagi suyuqlik—qog'onoq suvi homiladorlikning oxirgi oylarida 1–1,5 l ga yetadi. Qog'onoq suvi (homila

atrofidagi suv) amnion epiteliysining sekretiysining natijasida hosil bo'ladi; ehtimol, ona qon tomirlaridan suyuqlik sizib o'tishi va homila buyraklarining ishlashi natijasida ham qisman hosil bo'lishi mumkin. Qog'onoq suviga epidermis tangachalari, teridagi yog' bezlarining mahsuli va homilaning mayin tuklari aralashgan bo'ladi.

Qog'onoq suvining tarkibida oqsil, tuzlar, mochevina, yog', qand va gormonlar (follikulin, gonadotrop gormon) bor.

Qog'onoq suvining fiziologik ahamiyati katta:

1) suv homilaning bemalol harakatlanishi va taraqqiy etishi uchun sharoit tug'diradi, suv yetishmasligi homiladagi tug'ma majruhliklarga sabab bo'ladi;

2) suv homilaning nozik organizmini noqulay tashqi ta'sirlardan saqlaydi;
 3) suv kindikni homila gavidasi bilan bachadon devori o'rtasida qisilib qolishdan saqlaydi (kindikning qisilishi natijasida homila nobud bo'lishi mumkin);

4) qog'onoq suvi bilan to'la homila pufagi tug'ruq vaqtida bachadon bo'yni ochilish davrining normal o'tishiga yordam beradi.

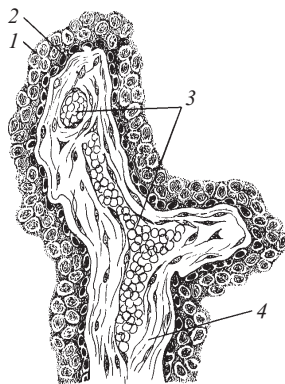
PLASENTA (PLACENTA)

Plasenta¹ homilaning nafas olishi, oziqlanishi va homilada modda almashinuvi natijasida hosil bo'lgan ortiqcha moddalarni chiqarib yuborishga yordam beradigan eng muhim a'zodir. Placenta o'pka, hazm a'zolari, buyrak, teri va boshqa a'zolarining funksiyasini ham bajaradi. Placentalarda gonadotrop gormonlar, esterogen gormonlar va progesteron hosil bo'ladi: unda gidrokortizon, bo'y o'stiradigan gormon, adrenokortikotrop va boshqa gormonlar ham borligi aniqlangan.

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



45-rasm. Yetuk plasenta xorionining vorsinkalari.



46-rasm. Vorsinkaning mikroskopik tuzilishi.

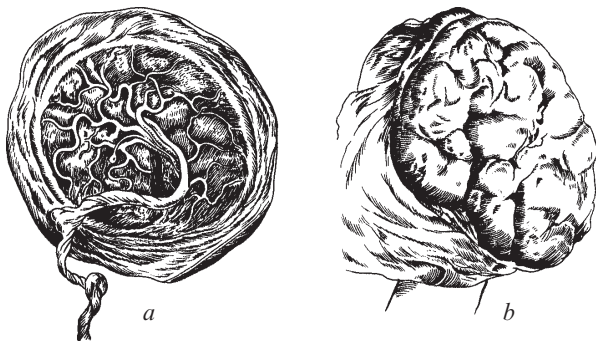
1–sinsitiy; 2–sitotrofoblast (Langxans hujayralari); 3–qon tomirlari; 4–embrional qo'shuvchi to'qima.

Plasentaning tashqi yopqichi protoplazmatik massa qavati (bu yopqichda hujayralar qobig'i bo'lmaydi) bo'lib, unda yadrolar joylashadi. Bu qavat **sinsitiy** deb ataladi (46-rasm). Ana shu qavat desidual pardaning hujayralarini va

¹ Placenta – yo'ldoshning faqat bir qismi, shuning uchun uni yo'ldosh bilan almashtirish yaramaydi. Uni bola o'rni deb ham ataladi.

tomirlarini eritish xususiyatiga ega. Sinsitiy tagida Langxans hujayralari qavati yoki sitotrofoblast joylashadi.

Ba'zi vorsinkalar decidua basalis ga o'sib kirib, desidual hujayralarni va tarvaqaylab ketgan keng tomirlarni eritib yuboradi. Bu vorsinkalar plasentaning onaga va homilaga taalluqli qismlarini bir-biriga bog'laydi (biriktiruvchi vorsinkalar). Juda mayda vorsinkalardan ko'pchiligi vorsinkalararo bo'shliqda erkin holda tugaydi va shu joyda oqib turgan qonda muallaq holda suzib yuradi. Plasentaning onaga tegishli qismidagi tomirlar sinsitiy bilan yemirilishi natijasida vorsinkalarni o'rab turgan qon shu tomirlardan oqib chiqadi va to'planadi (47-rasm).



47-rasm. Plasenta.
a – homilaga qaragan yuzasi; *b* – onaga qaragan yuzasi.

Vorsinkalarni o'rab turgan ona qoni ivimaydi va vorsinkalar ichidan o'tuvchi tomirlardagi homila qoniga aralashib ketmaydi. Vorsinkalarni o'rab turuvchi ona qoni bilan vorsinka tomirlaridan oquvchi homila qoni o'rtasida doimo moddalar almashinib turadi. Ona qonidan homila qoniga kislorod va oziq moddalar o'tadi; homila organizmidan chiqarib yuboriladigan chiqindilar va karbonat angidrid ona qoniga o'tadi va ona organizmi ajratish tizimi orqali chiqib ketadi.

Plasenta desidual pardaning bazal qismidan va sershox xorionning jadal o'sgan vorsinkalaridan tarkib topadi. Plasentaning asosiy qismini tashkil etadigan xorion vorsinkalari daraxtga o'xshash ko'p shoxlaydigan tuzilmalardir. Yirik vorsinkalar ichidan o'tadigan tomirlar vorsinkalarning tarmoqlanishiga qarab bo'linadi, oxirgi vorsinkalar ichidan faqat kapillarlarning to'rlari o'tadi. Vorsinkalar yuzasi ikki qavat epiteliy bilan qoplangan.

Plasentaning tashqi ko'rinishi yumaloq, qalin, yumshoq kulchaga o'xshaydi. Homiladorlik oxirida va tug'ruqqa yaqin plasenta diametri 15–18 sm, qalinligi 2–3 sm, vazni 500–600 g ga yetadi. Plasentaning ikkita yuzasi bor: bir yuzasi bachadon devoriga qaragan bo'lib, onaga tegishli yuza deyiladi, ikkinchi yuzasi ichkariga, amnion bo'shlig'iga qaragan bo'lib, homila yuzasi deb ataladi (47-rasm). Homilaga qaragan yuzasi silliq, yaltiroq qog'onoq pardasi bilan qoplangan. Shu pardaning ostidan xorionga tomirlar o'tadi, bu tomirlar kindik yopishgan joydan plasenta periferiyasiga tomon radial yo'l oladi.

Plasentaning onaga qaragan yuzasi och kul rang-qizil bo'lib, bir qadar chuqur egatlar bilan pallachalar (kotiledonlar) ga bo'lingan. Plasentaning asosiy qismini tashkil etuvchi sertarmoq vorsinkalarni qoplaydigan yupqa desidual parda plasentaning onaga tegishli yuzasiga och kulrang tus beradi. Plamenta odatda bachadon oldingi yoki orqa devorining yuqori bo'limiga yopishadi; bachadonning tubiga va naylarining burchaklariga plamenta yopishuvi kam uchraydi.

KINDIK

Qorin oyoqchasi orqali o'tib, embriondan xorionga tomirlarni o'tkazuvchi allantoisdan, kindik tizimchasi (funiculus umbilicalis) yoki kindik hosil bo'ladi; sariqlik pufagining qoldiqlari kindik kurtagining tarkibiga kiradi.

Kindik tizimchaga o'xshash tuzilma bo'lib, undan ikkita arteriya bilan bitta vena qon tomiri o'tadi, bu tomirlar qonni homiladan plasentaga va plasentadan homilaga o'tkazadi. Kindik arteriyalari orqali homiladan plasentaga venoz qon boradi; plasentada kislorod bilan boyigan arterial qon kindik venasi orqali homilaga keladi. Kindik tomirlari Varton dirildog'i bilan o'ralgan. Bu dirildog moddada embrional qo'shuvchi to'qima hujayralari joylashadi. Kindik tomirlari buralib-buralib yotadi, shuning uchun kindik tizimchasi uzunasiga buralganga o'xshaydi. Kindik tashqaridan yupqa parda bilan qoplangan, bu parda amnionning davomi hisoblanadi. Kindik homila gavidasini plasentaga birlashtirib turadi, bir uchi homilaning kindik sohasiga, ikkinchi uchi plasentaga yopishgan. Ayrim hollarda kindik plasentaga yetib bormay, homila pardalariga yopishadi, bunda kindik tomirlari plasentaga homila pardalari orasidan boradi.

Kindik uzunligi va yo'g'onligi ona qornidagi homilaning yoshiga qarab farq qiladi; odatda kindikning uzunligi qorindagi homilaning uzunligiga mos keladi. Yetilgan homila kindigining uzunligi o'rta hisobda 50 sm, diametri qariyb 1,5 sm, lekin kindik ko'pincha uzunroq (60–80 sm) yoki kaltaroq (35–40 sm) bo'ladi; Varton dirildog'ining miqdoriga qarab, kindikning yo'g'onligi ham har xil.

Yo'ldosh: plamenta, kindik va qog'onoq pardasi, vorsinkali parda va desidual (ko'chadigan) pardadan birgalikda yo'ldosh chiqadi. Homila tug'ilgandan keyin yo'ldosh tushadi (tug'iladi).

ONA QORNIDAGI HOMILANING RIVOJLANISHI HAQIDA UMUMIY MA'LUMOTLAR

Asab tizimi. Embriyon hayotining ilk bosqichida miya kurtagi hosil bo'lib, u tez rivojlanadi.

Reflektor yoy elementlari embriyon hayotining II oyida topilgan. Asab-muskul apparatining qo'zg'alishi natijasida yuzaga chiqqan harakat reflekslari II–III oylik homilalarda aniqlangan; II oydan V oygacha bo'lgan homilada teri va shilliq

pardalardan boshlanuvchi reflekslar, pay reflekslari vujudga keladi. Ona qornidagi hayotning V oyiga kelib orqa miya shakllanadi. Bosh miya po'stlog'ida pushtalarning taraqqiy etishi ona qornidagi hayotning VI–VII oyiga kelib tugaydi. Ammo bosh miya po'stlog'ining funksiyalari asosan homila tug'lgandan keyin rivojlanadi. Ona qornidagi hayot davrida homilaning eng muhim funksiyalarini orqa miya va markaziy asab tizimining bosh miya po'stlog'idan pastroqdagi boshqa bo'limlari idora etadi.

Homila qoni. Embrionda qonning shaklli elementlari dastlab sariqlik pufakchasining devorida hosil bo'ladi. Ona qornidagi hayotning II–III oyida jigar, III oyning oxiridan boshlab ko'mik qon yaratuvchi asosiy a'zo hisoblanadi. Ona qornidagi hayotning IV oyida taloq qon yarata boshlaydi.

Rivojlanishning ilk bosqichlarida homila qonining shaklli elementlari va gemoglobini kam, eritrositlar asosan yadroli bo'ladi. Homila qancha katta bo'lsa, periferik qondagi eritrositlar, gemoglobin va leykositlar shuncha ko'p bo'ladi.

Yetilgan homilada gemoglobin va eritrositlar katta yoshdagi odamlarga nisbatan ortiqroq. Eritrositlar va gemoglobinning ko'pligi homilaning kislorodga to'yinishiga yordam beradi. Homiladagi leykositlar katta yoshli odamlardagiga nisbatan kamroq. Ona qornidagi hayotning ikkinchi yarmida qon zardobidagi oqsillarning asosiy fraksiyalari va homila qonining ivituvchi tizimi shakllanadi.

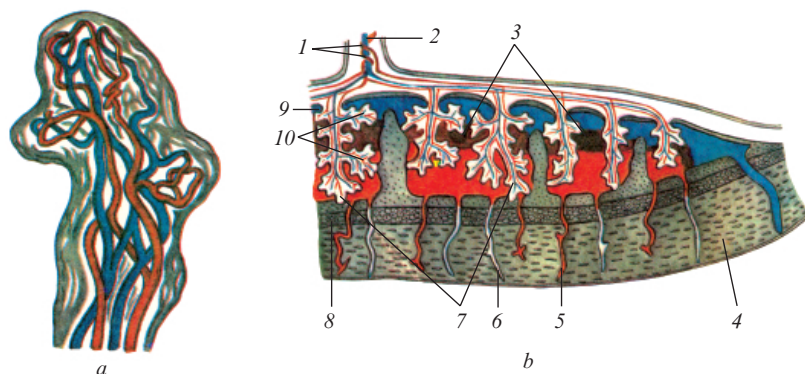
Homilada qon aylanishi. Ona qornidagi hayotning ikkinchi haftasida, homila bachadon devoriga payvandlangach tez orada yuragi ura boshlaydi. Embrionda qon aylanish funksiyasining rivojlanishi bir necha bosqichga bo'linadi.

Homila tuxumi payvandlangandan keyinroq embrionga trofoblast orqali tuxum atrofidagi to'qimalar parchalanishidan oziq moddalar kelib turadi. Rivojlanishning ikkinchi haftasida sariqlik xaltasining devorida qon tomirlari va qon elementlari hosil bo'lib, sariqlik xaltasida qon aylana boshlaydi. I oy oxirida allantois tomirlari xorionga yaqin kelib vorsinkalar ichiga kiradi va allantoisda qon aylana boshlaydi. III oyda plasenta shakllanadi va allantois o'rniga plasentada qon aylana boshlaydi.

Qorindagi homila plasenta orqali ona qonidan kislorod va oziq moddalar olib turadi. Shunga ko'ra homiladagi qon aylanishining muhim xususiyatlari bor (48-rasm). Plasentada kislorod va oziq moddalar bilan boyigan homila qoni kindik venasi orqali homila organizmiga kiradi. Kindik venasi kindik halqasi orqali homilaning qorin bo'shlig'iga kirib, jigarga yaqinlashadi-da, unga tarmoqchalar beradi, so'ngra pastki kovak venaga borib, unga arterial qon quyiladi. Pastki kovak venada arterial qon gavdaning pastki yarmidan va ichki a'zolaridan kelgan venoz qonga aralashadi. Kindik venasining kindik halqasidan to pastki kovak venagacha qismi Aransiy yo'li deb ataladi.

Qon pastki kovak venadan yurakning o'ng bo'lmasiga o'tadi, yuqori kovak venadan kelgan venoz qon ham o'ng bo'lмага quyiladi.

Pastki va yuqori kovak venalarning quyiladigan joyi orasida Yevstaxiy qopqog'i bor, u yuqori va pastki kovak venalardan kelgan qonning aralashib



48-rasm. Plasentar qon aylanish.

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

ketishiga to‘sqinlik qiladi. Yevstaxiy qopqog‘i pastki kovak vena qonini yurakning o‘ng bo‘lmasidan chap bo‘lmasiga shu bo‘lmalar o‘rtasidagi oval teshik orqali o‘tkazadi, qon yurakning chap bo‘lmasidan chap qorinchasiga, undan esa aortaga o‘tadi. Kislorodi birmuncha ko‘proq bo‘lgan qon aortaning ko‘tariluvchi qismidan boshga va tananing yuqori qismiga boruvchi tomirlarga kiradi.

Yuqori kovak venadan yurakning o‘ng bo‘lmasiga quyilgan venoz qon yurakning o‘ng qorinchasiga, undan esa o‘pka arteriyalariga o‘tadi.

Qon o‘pka arteriyalaridan borib, hali ishlamayotgan o‘pkani ozgina ta‘minlaydi, qonning ko‘pchiligi o‘pka arteriyalaridan Botallov yo‘li orqali pastga tushuvchi aortaga quyiladi.

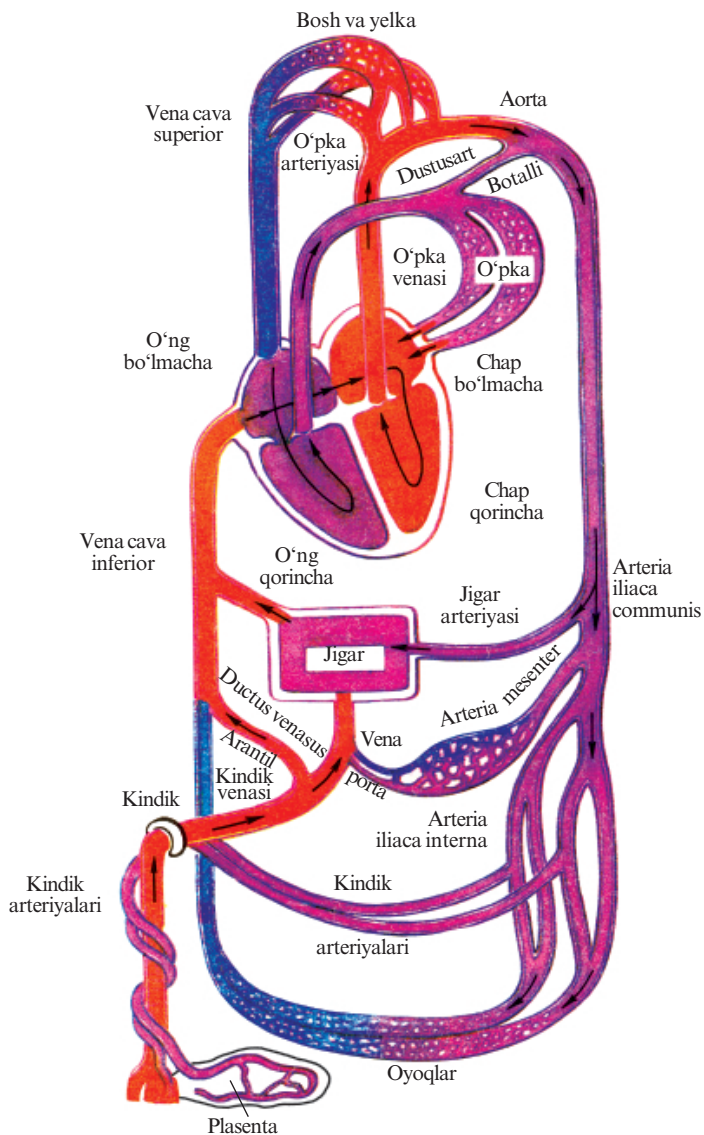
Venoz qon bilan ancha suyulgan qon pastga tushuvchi aorta orqali tananing pastki yarmiga va oyoqlarga boradi. Homilaning kislorod kamaygan qoni kindik arteriyalariga (yonbosh arteriyalarining tarmoqlari) quyilib, ulardan plasentaga o‘tadi. Homila qoni plasentada kislorod va oziq moddalarga to‘yinadi, karbonat angidrid va chiqindilardan xalos bo‘lib, kindik venasi orqali homila organizmiga qaytadi.

Shunday qilib, homilaning faqat kindik venasida, Aransiy yo‘lida va jigarga boruvchi tarmoqchalarda arterial qon oqadi. Pastki kovak vena va ko‘tariluvchi aortada esa aralash qon bo‘ladi, lekin ulardagi kislorod pastga tushuvchi aorta qonidagiga nisbatan ko‘proq. Qon aylanishining shu xususiyatlariga ko‘ra, homilaning jigari va tanasining yuqori qismi arterial qonni gavdaning pastki yarmiga nisbatan ko‘proq olib turadi. Natijada homila jigari kattalashadi va homiladorlikning birinchi yarmida tananing yuqori qismi pastki qismiga nisbatan tezroq rivojlanadi.

Homila rivojlangan sayin yurak bo‘lmalari o‘rtasidagi oval teshik birmuncha torayadi va Yevstaxiy qopqog‘i kichrayadi; shunga ko‘ra arterial qon butun homila

organizmiga tekisroq taqsimlanadi va homila gavdasining kam rivojlangan pastki yarmi endi yuqori yarmiga tenglashadi.

Homila tugʻilgan zahoti birinchi marta nafas oladi, shu paytdan boshlab homila oʻpkasi bilan nafas ola boshlaydi va qon aylanishining tugʻilgandan keyingi tipi vujudga keladi (49-rasm).



49-rasm. Ona qornidagi homilaning qon aylanish doirasi.

Birinchi marta nafas olish mexanizmi murakkab. Homila tug'ilgach plasentada qon aylanishi uziladi, plasenta orqali kislorod kelishi to'xtaydi, homila qonida karbonat angidrid to'planib, nafas markazini qo'zg'atadi. Yangi tug'ilgan chaqaloq shuning natijasida birinchi marta nafas oladi. Yangi tug'ilgan chaqaloq terisining retseptorlariga termik, taktil va boshqa ta'sirlar tufayli paydo bo'ladigan reflektor reaksiyalar ham birinchi marta nafas olishga yordam beradi.

Birinchi marta nafas olganda o'pka alveolalari yozilib, o'pkaga qon keladi. Endi qon o'pka arteriyalaridan o'pkani ta'minlaydi, Botallov yo'li bita boshlaydi, shuningdek, Aransiy yo'li ham bitadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning o'pkasida kislorod bilan boyigan qon o'pka venalari orqali yurakning chap bo'lmasiga quyiladi, undan chap qorinchaga va aortaga o'tadi; bo'lmalor orasidagi oval teshik bitib ketadi. Shunday qilib, yangi tug'ilgan chaqaloqda qon aylanishining tug'ilishdan keyingi tipi qaror topadi (50-rasm).

Homilaning nafas olishi. Homila tug'ilib birinchi marta nafas olish harakati boshlanguncha nafas a'zolari ishlamay turadi.

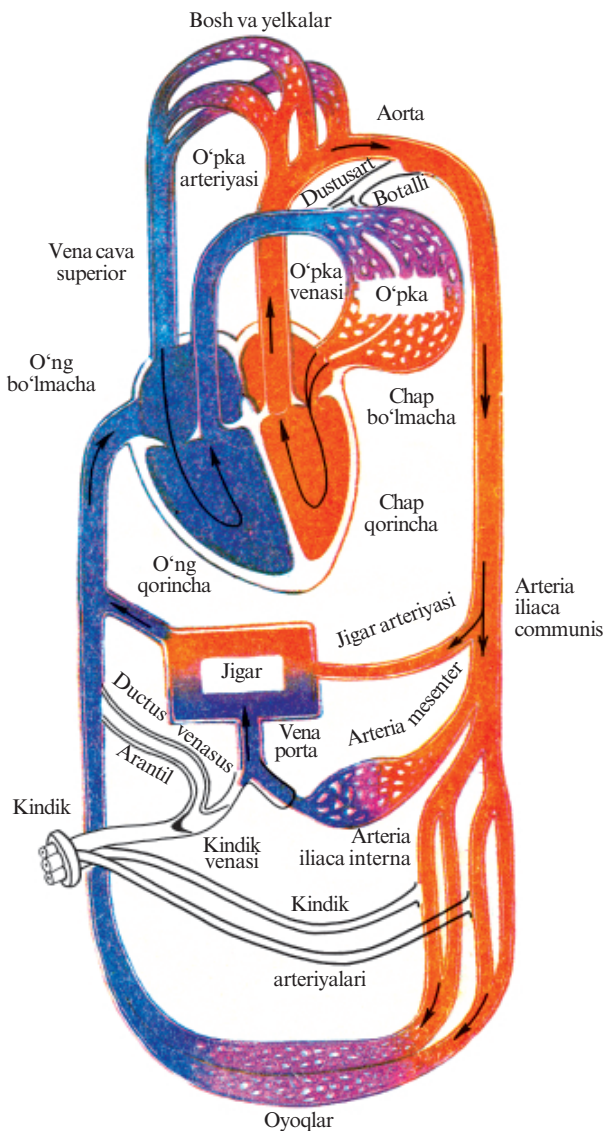
Ona qornidagi homilada yuza nafas harakatlari mavjudligi 19-asrda aniqlangan (Alfeld). Nafas harakatlarida qog'onoq suvi (homila atrofidagi suv) burun-halqumga kiradi-yu, darhol qaytib chiqadi; nafas harakatlari ovoz yorig'i yopiq turganida bajarilgani uchun suv ichkariga kirmaydi. Nafas harakatlari tufayli ko'krak bo'shlig'ida manfiy bosim vujudga keladi, shunga ko'ra homiladagi qon aylanishi yaxshilanadi.

Homila plasenta orqali kislorod oladi. Ona qoni plasentaning vorsinkalararo bo'shlig'ida aylanib turganida undagi kislorod homila qoniga vorsinkalar orqali kiradi; homila qonidan ona qoniga karbonat angidrid o'tadi. Gazlar vorsinkalar epiteliysi bilan stromasi va homila kapillarlarining endoteliysi orqali ona qonidan homilaga va homiladan ona qoniga diffuz yo'li bilan o'tadi.

Homila juda tez o'sib, rivojlanadi, uning organizmida moddalar almashinuvi tezlashadi, shuning uchun unga kislorod ham ko'proq kerak bo'ladi.

Plasenta orqali kislorod yetarli o'tmasa, homilada kislorod tanqisligi kelib chiqadi. Kislorod tanqisligi qorindagi homilaning rivojlanishiga salbiy ta'sir qiladi va uni nobud bo'lishiga olib keladi. Homilaga kislorod yetib borishi buzilgan sharoitda homila qonida karbonat angidrid to'planib qoladi, homilada o'tkir kislorod tanqisligi (gipoksiya) vujudga keladi, organizmda kislorod yetishmasligi va karbonat angidridning ko'payib ketishi homilaga ziyon yetkazadi. Gipoksiya sababi bartaraf qilinmasa, homila nobud bo'ladi.

Onaning turli xil surunkali kasalliklarida, plasenta va kindikdagi turli patologik o'zgarishlarda homilada gazlar almashinuvi buzilishi kuzatiladi. Homilador ayolning kamqonligida, yurak poroklarida, o'pka yallig'langanda, isitma holatlarida, homiladorlik gestozlarida va boshqa kasalliklarda homilaga kislorod kamroq yetib borishi mumkin. Plasentaning o'zgarishlari natijasida uning



50-rasm. Chaqaloqlar qon aylanish doirasi.

nafas yuzasi, ya'ni homila va ona organizmi o'rtasida moddalar almashinadigan sathning kichrayishi kislorod tanqisligiga sabab bo'ladi. Plasenta to'qimasining nobud bo'lgan bo'laklari, ya'ni yirik oq infarktlari va qon quyilgan yirik bo'laklari shunday o'zgarishlardan hisoblanadi. Homiladorlik gestozlarida, onaning buyrak va yurak-tomir kasalliklarida ko'pincha plasentaga qon quyiladi va unda infarktlar paydo bo'ladi.

Plasenta bachadon devoridan barvaqt ko'chganda homiladagi gazlar almashinuvi buziladi. Plasentaning qancha katta qismi ko'chsa, homilada gazlar almashinuvi sharoiti o'shancha ko'p qiyinlashadi. Plasentaning ko'chishi va unda infarktlar paydo bo'lishi sababli nafas yuzasidan yarmi kamaysa, homila nobud bo'ladi.

Patologik tug'ruqda (tug'ruq cho'zilib ketganda, tez-tez, tartibsiz, uzoq to'lg'oq tutganda, suvsiz davr uzoq davom etganda) bachadon bilan plasenta o'rtasida qon aylanishi buzilishi sababli homila bo'g'ilib qoladi.

Kindik tomirlarida qon aylanishi buzilganda homilaga kislorod yetib borishi va uning organizmidan karbonat angidrid chiqib ketishi qiyinlashadi. Kindik tizimchasi tug'ruq yo'llari bilan homila katta qismlari o'rtasida qisilib qolishi, uning homila qismlariga (bo'yni, tanasi, oyoqlariga) o'ralib qolganda, kindikda chin tugun hosil bo'lib, u tortilib qolganda shunday hodisa ro'y beradi.

Kindik tomirlari g'oyatda sezgir: kindik tomirlarining qisilishigina emas, hatto kindikka tegish, uning sovib qolishi va boshqa ta'sirotlar oqibatida ham kindik tomirlari torayadi, homilada qon aylanishi va gazlar almashinuvi buziladi.

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

Ammo plasenta ona qornidagi homilaning hazm a'zolari funksiyasini o'taydi. Oziq moddalar homilaga ona organizmidan plasenta orqali yetib boradi. Plasentadan ishlanib chiqqan fermentlar oziq moddalarni parchalaydi. Ona qonidagi oqsillar, yog'lar va uglevodlar plasenta vorsinkalarida ushlanib qolib, fermentlarning murakkab ta'siriga uchraydi va homila organizmining o'zlashtirishi uchun yaroqli holatda unga o'tadi. Oqsil va uglevodlarning parchalanishidan hosil bo'ladigan ba'zi moddalar (aminokislotalar, glukoz), shuningdek, anorganik tuzlar va suv plasenta orqali diffuz yo'li bilan o'tadi. O'sayotgan homila organizmining rivojlanishi va hayot faoliyati uchun zarur moddalar vitaminlar ham plasenta orqali onadan homilaga o'tadi.

Shunday qilib, homilaning rivojlanishi ona organizmidan keladigan oziq moddalarga butunlay bog'liq. Modomiki shunday ekan, homiladorlik vaqtida to'g'ri ovqatlanish ona organizmi uchungina emas, qornida o'sayotgan homilasi uchun ham g'oyat muhim ahamiyatga egadir. Hadeb bir xil ovqat yeyish yoki yetarlicha ovqatlanmaslik natijasida homila noto'g'ri rivojlanishi va hatto nobud bo'lishi mumkin. Homilador ayol organizmida vitaminlar yetishmaganda ham homilaning rivojlanishi buzilishi va bola tushishi mumkin.

Homilaning chiqarish funksiyalari. Oqsillar, yog'lar, uglevodlar almashinuvi natijasida hosil bo'ladigan moddalar (modda almashinuvining oxirgi

ozuqalari – chiqindilar) homila organizmidan plasenta orqali ona qoniga o'tadi. Homilada modda almashinuvi chiqindilarini homilador ayolning chiqarish a'zolari, asosan buyraklari ajratib chiqaradi. Homila buyraklari ona qornidagi hayotining VI–VII oyidan ishlay boshlaydi, ammo chiqarish funksiyasi, hali sust bo'ladi. Ona qornidagi hayotning oxiriga yaqin homiladan qog'onoq suviga biroz siydik chiqadi, deb taxmin qilishadi. Bola hatto chala tug'ilganda ham darrov siydik chiqaradi.

Homilaning rivojlanishi uchun zarur bo'ladigan gormonlar plasentada ishlab chiqilib, onadan homilaga o'tib turadi. Bu davrda homilaning ichki sekretiya bezlari faoliyat ko'rsatmaydi. Homilaning ichki sekretiya a'zolari ishlay boshlagach, ulardan chiqadigan gormonlar plasenta orqali ona organizmiga o'tadi. Homilaning me'da osti bezidan chiqadigan gormon (insulin) diabetli ona organizmiga o'tib, bu kasallikning o'tishini aksari yengillashtirishi aniqlangan.

Plasenta ko'pgina kimyoviy moddalarni o'tkazib yuborishini qayd qilib o'tmoq kerak. Ona organizmidan homilaga simob, mishyak, fosfor, yod, brom, mis, uglerod (II)-oksid (is gazi), xloroform, efir, alkohol, nikotin, morfin, xinin, atropin, xloralidrat, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar, yurakka ta'sir etadigan dorilar va boshqa moddalar o'tadi.

Shu moddalardan ko'pchiligi (morfin, alkohol, nikotin, simob, mishyak va hokazo) hatto ozgina iste'mol qilinganda ham homilaga zaharli ta'sir ko'rsatadi, buni homilador ayollarga ovqatlanish, turmush va mehnat rejimini tavsiya etganda va kasalliklarni davolaganda esda tutish muhim.

Plasenta odatda mikroorganizmlarni ushlab qoladi, lekin ayniqsa plasenta o'zgarganda (vorsinkalar epiteliysining distrofiyasi va zararlanishi, infarktlar, qon quyilishi) patogen mikroblar, jumladan yuqumli kasalliklarning mikroblari homilaga o'ta oladi.

Gripp, qizamiq, qizilcha, sitomegalovirus va boshqa kasalliklarning viruslari plasenta orqali homilaga o'tadi. Ana shu viruslar qorindagi homilaning kasallanishiga olib keladi, bu kasalliklar esa homilani hatto, nobud bo'lishiga sabab bo'ladi, homiladorlik ko'pincha barvaqt to'xtaydi (bola tushadi).

ONA QORNIDAGI HAYOTNING AYRIM OYLARIDAGI HOMILA

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

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

II oy oxirida homilaning bo'yi 3–3,5 sm, tanasi shakllangan, qo'l-oyoq kurtaklari bor, boshi tanasining uzunligiga baravar keladi, boshida ko'z, burun, og'iz kurtaklari aniqlanadi (51-rasm).

III oy oxirida homilaning bo'yi 8–9 sm, vazni 20–25 g, boshi kattagina, jinsiy a'zolar tuzilishidagi tafovut sezilarli, qo'l-oyoqlari harakatlanadi, barmoqlari aniqlanadi (51-rasmga qaralsin).

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

V oy oxirida homilaning bo'yi 25–26 sm ga yetadi, vazni 280–300 g bo'ladi. Terisi qizil, tuk bosgan. Yog' bezlaridan yog' moddasi ajralib chiqqa boshlaydi, bu modda epidermis qazg'oqlariga aralashib, pishloqqa o'xshash surtma (vernix caseosae) ni hosil qiladi. Ichakda mekoniy hosil bo'ladi. Homilaning harakatlari onasiga seziladi. Homilador ayolning qorniga quloq tutib ko'rilsa, homilaning yuragi urayotganligini eshitish mumkin.

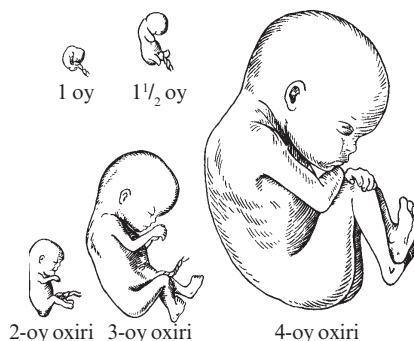
VI oy oxirida homilaning bo'yi 30 sm, vazni 600–680 g, harakatlari chaqqon, homila tirik tug'ilishi mumkin, nafas harakatlarini bajara oladi, tug'ruqdan keyin alohida yaxshi parvarish qilinsa yashab ketishi mumkin, aks holda tez o'lib qoladi.

VII oy oxirida homilaning bo'yi 35 sm, vazni 1000–1200 g. Teri ostidagi yog' qavati yupqa, terisi burishgan, pishloqsimon surtma bilan qoplangan, butun badanini tuk bosgan. Quloq va burun tog' aylari yumshoq, qo'l-oyoq tirnoqlari barmoqlarining uchlarigacha yetmaydi. O'g'il bolalarning moyaklari yorg'oqqa tushmagan, qiz bolalarning kichik jinsiy lablari katta jinsiy lablar bilan berkilgan emas. Homila tirik tug'ilib nafas oladi. Homiladorlikning VII oyi yoki 28 haftasi o'tgach homila chala (yetilmagan) hisoblanadi-yu, yashay oladi, ammo shu muddatda tug'ilgan bolalar juda sinchiklab parvarish qilingandagina yashab qolishi mumkin.

VIII oy oxirida homilaning bo'yi 40 sm, vazni 1500–1600 g, homila tug'ilgach yashab ketishi uchun maxsus parvarishni talab qiladi.

IX oy oxirida homilaning bo'yi 45 sm, vazni 2400–2500 g, teri ostidagi yog' qavati qalin tortadi, terisi silliq, pushti rang, badanidagi tuk kamaygan, boshidagi sochi o'sgan. Bu muddatda tug'ilgan bola yashab ketadi.

X oy oxiriga kelib chalalik (yetilmaganlik) belgilari yo'qoladi, homila yetilib tug'iladi. Homila akusherlar hisobicha X oy oxirida yetiladi. Homilaning oy-kuni yetib tug'ilishi yetilish darajasiga ba'zan mos kelmaydi. Rivojlanish sharoiti noqulay bo'lganda (onaning kasalligi, yaxshi ovqatlanmasligi va hokazo) oy-kuni yetib tug'ilgan bolada ham yetilmaslik belgilari bo'lishi mumkin. Ba'zan teskarisi ham bo'ladi: bola muddatidan ilgariroq tug'iladi, lekin yetilgan bo'ladi.



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

Tugʻilgan homilaning necha oyligini bilish uchun boʻyi va vazni haqidagi maʼlumotlardan foydalanish mumkin. Gaaze sxemasi homiladorlikning turli oylarida homilaning boʻyini bilishga imkon beradi.

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

Sxemadan koʻrinib turibdiki, homiladorlikning birinchi yarmida (akusherlarning 5-oyida) homilaning boʻyi oylarning kvadratga oshirilgan soniga mos keladi, VI oydan boshlab homilaning boʻyi oylarning 5 ga koʻpaytirilgan soniga mos keladi.

Keltirilgan oʻrtacha maʼlumotlarga qarab, homilaning vaznini bilish mumkin.

VI va VII oyda homilaning vazni avvalgi oydagiga nisbatan taxminan ikki baravar oshadi, IX va X oyda homila vazni eng koʻp (oʻrta hisob bilan 800 g dan) oʻsadi.

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

HOMILANING YETILGANLIK BELGILARI

Tugʻilgan goʻdakning yetilganligi bir qancha belgilar yigʻindisidan bilinadi.

1. Oy-kuni yetib tugʻilgan yetuk goʻdakning boʻyi oʻrta hisobda 50 sm (48 sm dan 57 sm gacha boradi), vazni 3200–3500 g (2600 dan 5000 g gacha va undan ortiqroq).

Homilaning boʻyi vazniga nisbatan doimiy kattalik hisoblanadi, shuning uchun homilaning boʻyi yetilganlik darajasini toʻgʻriroq aks ettiradi.

Yangi tugʻilgan goʻdakning boʻyi 47 sm dan uzunroq boʻlsa yetilgan, 47 sm dan kamroq boʻlsa yetilmagan hisoblanadi. Boʻyi 45 sm dan 47 sm gacha boʻlgan goʻdaklarning yetilganligini yoki yetilmaganligini aniqlaganda har gal hamma belgilarini alohida sinchiklab tahlil qilishga toʻgʻri keladi.

Bunday goʻdakning yetilganligi haqida akusher va pediatr birgalashib xulosa chiqaradi. Yangi tugʻilgan goʻdakning boʻyi haqida maʼlumotlar boʻlmasa, vazni hisobga olinadi, shu bilan birga yangi tugʻilgan chaqaloq vazni 2500 g dan kam boʻlsa, yetilmagan deb hisoblanadi.

2. Yetilgan homilaning koʻkrak qafasi qabariq, kindik halqasi toʻsh suyagining xanjarsimon oʻsigʻi bilan qov oʻrtasida boʻladi.

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

4. Quloq va burun tog'aylari elastik.

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

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

YETILGAN HOMILANING BOSHI

Akusherlikda homila boshining shaklini va kattaligini o'rganish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Aksari tug'ruqda (96%) homila boshi ketma-ket bir qancha harakatlar qilib (burilib), tug'ruq kanalidan birinchi bo'lib o'tadi. Ichki tekshirishda homila boshidagi suyak choklari va liqildoqlar (52-rasm) aniqlanadi, ularning qay tarzda joylashganiga qarab, tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritsa bo'ladi.

Yetilgan homila boshining bir qancha xususiyatlari bor. Homilaning yuz suyaklari mustahkam birlashgan, ammo kalla suyaklari orasida yoriqsimon choklar va liqildoqlar bor. Homila boshi tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda choklar va liqildoqlar kalla suyaklarining bir-biriga nisbatan siljishiga, bir-birining ustiga o'tishiga imkon beradi. Homilaning kalla suyaklari osongina bukiladi. Homila kalla suyaklarining yuqorida aytilgan tuzilish xususiyatlariga ko'ra boshi **plastik** bo'ladi, ya'ni shaklini o'zgartira oladi, bu homila boshining tug'ruq yo'llaridan o'tishi uchun g'oyatda muhim.

Homila kallasi ikkita peshona suyagi, ikkita tepa suyak, ikkita chakka suyagi va bittadan ensa suyagi, asosiy suyak va g'alvirsimon suyakdan iborat (53-rasm). Akusherlikda quyidagi choklarning alohida ahamiyati bor.

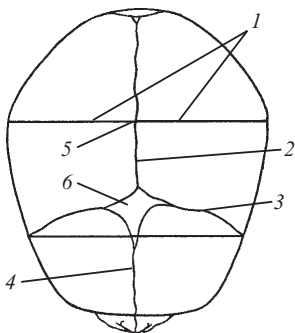
O'q-yoysimon chok (sutura sagittalis) ikkala tepa suyaklari orasida joylashgan; bu chok oldingi tomonda katta liqildoqqa, orqa tomonda kichik liqildoqqa taqaladi.

Peshona choki (sutura frontalis) ikkala peshona suyaklarining orasida bo'ladi; o'q-yoysimon chok qay yo'nalishda o'tsa, peshona choki ham o'sha yo'nalishda o'tadi.

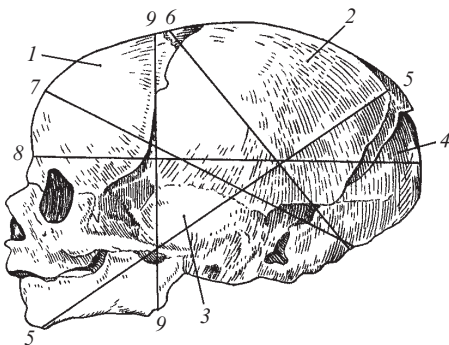
Tojsimon chok (sutura coronaria) peshona suyaklarini tepa suyaklarga birlashtiradi, o'q-yoysimon chok bilan peshona chokiga perpendikular joylashadi.

Lambdasimon chok, ensa choki (sutura lambdoidea) ensa suyagini tepa suyaklarga birlashtiradi.

Choklar birlashadigan sohada suyak to'qimasidan xalos bo'lgan oraliqlar – liqildoqlar ko'rinadi. Bulardan katta liqildoq bilan kichik liqildoqning amaliy ahamiyati bor.



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



53-rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloq kallasi.
1–peshona suyagi; 2–tepa suyagi; 3–chakka suyagi; 4–ensa suyagi; 5–katta qiyshiq o'lcham; 6–kichik qiyshiq o'lcham; 7–o'rta qiyshiq o'lcham; 8–to'g'ri o'lcham; 9–vertikal (tik) o'lcham.

1. Katta oldingi liqildoq (fonticulus magnus, anterior) o'q-yoysimon chok, peshona choki va toj chokning birlashgan joyida bo'lib, romb shaklida. Katta liqildoqdan to'rtta chok: oldingi tomonga – peshona choki, orqa tomonga – o'q-yoysimon chok, o'ng va chap tomonga – toj chokning tegishli bo'limlari ketadi.

2. Kichik orqa liqildoq (fonticulus minor, posterior) o'q-yoysimon chok bilan lambdasimon chok uchrashadigan kichkina chuqurchadir. Kichik liqildoq uchburchak shaklida bo'lib, undan uchta chok: oldingi tomonga – o'q-yoysimon chok, o'ng va chap tomonlarga – lambdasimon chokning tegishli bo'limlari ketadi.

Homila boshidagi do'mboqlardan: ensa do'mbog'i, ikkita tepa do'mbog'i ikkita peshona do'mbog'ini bilish ahamiyatlidir.

YETILGAN HOMILA BOSHI VA TANASINING O'LCHAMLARI

Yetilgan homila boshining quyidagi o'rtacha o'lchamlari tafovut qilinadi:

1. To'g'ri o'lcham (diameter fronto-occipitalis) – burun qanshari (glabella)dan ensa do'mbog'igacha – 12 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos aylanasi (circumfrentio fronto – occipitalis) – 34 sm.

2. Katta qiyshiq o'lcham (diameter mento-occipitalis) – ensa do'mbog'idan engakkacha – 13 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 35–36 sm.

3. Kichik qiyshiq o'lcham (diameter suboccipito-bregmatica) – ensa ostidagi chuqurchadan katta liqildoqning oldingi burchagigacha – 9,5 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 32 sm.

4. O'rtadagi qiyshiq o'lcham (diameter suboccipitofrontalis) – ensa osti chuqurchasidan peshonaning sochli qismi chegarasigacha – 10 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 33 sm.

5. Tik yoki vertikal o'lcham (diameter verticalis, s.trachelo-bregmatica) – tepa suyak uchidan til osti sohasigacha – 9,5–10 cm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi – 33 sm.

6. Katta ko'ndalang o'lcham (diameter biparietalis) – tepa do'mboqlar o'rtasidagi eng olis masofa – 9,5 sm ga teng.

7. Kichik ko'ndalang o'lcham (diameter bitemporalis) – toj chokning eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa – 8 sm ga teng.

Homila tanasining quyidagi o'lchamlari bor.

1. Yelkalar o'lchami – yelka kamarining diametri (diameter biacromialis)– 12 sm ga teng. Yelka kamarining aylanasi – 35 sm.

2. Chanoq sohasining ko'ndalang o'lchami (diameter bisiliacus) – 9 sm ga teng. Aylanasi – 28 sm. Keyingi yillarda homilaning vazni va bo'yi bu ko'rsatkichlardan farq qilishi, ya'ni bolalar kattaroq tug'ilishi qayd etilmoqda. Bu vaziyat respublikamizda ovqatlanish, mehnat va turmush sharoitining tobora yaxshilanib borayotganligi, homilador ayollarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatining yaxshilanayotganligidan dalolat beradi.

Nazorat uchun savollar

1. Urug'lanish tushunchasi va jarayoni.
2. Tuxum hujayra va spermatozoidlarning tuzilishi.
3. Plasenta hosil bo'lishi, tuzilishi va uning funksiyasi.
4. Homilaning asab tizimi, homilaning nafas olishi, oziqlanishi haqida ma'lumot.
5. Homiladorlikning rivojlanish bosqichlari, turli oylarida homila, homila o'lchamlari.
6. Yetilgan homila boshi o'lchamlari.

VII BOB. HOMILADOR AYOL ORGANIZMIDAGI FIZIOLOGIK O'ZGARISHLAR

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

Homila rivojlanishiga xos bo'lgan yangi sharoit ta'siri bilan homilador ayol organizmida ko'pgina murakkab o'zgarishlar yuz beradi. Bular fiziologik

o'zgarishlar bo'lib, homilaning to'g'ri rivojlanishiga yordam beradi, ayol organizmini tug'ruqqa va bola emizishga tayyorlab boradi.

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

O'sayotgan homila tuxumi bachadonning asab oxirlariga ta'sir etadi; ta'sirot asab yo'llari orqali markaziy asab tizimiga o'tadi. Markaziy asab tizimida tegishli reaksiyalar ro'y beradi; shu reaksiyalar ta'sirida turli a'zo va tizimlar faoliyati o'zgaradi.

Markaziy asab tizimidagi o'zgarishlar refleks yo'li bilangina emas, balki gormonlar ta'sirida ham kelib chiqadi. Bir qancha ichki sekret bezlarining faoliyati homiladorlik boshidanoq o'zgaradi. Shunga ko'ra organizmda qon bilan aylanib yuruvchi gormonlar nisbati o'zgaradi. Bu gormonal o'zgarishlar ham asab tizimining va boshqa a'zolarining faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi.

ASAB TIZIMI

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

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

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

Homiladorlik vaqtida bosh miya po'stlog'idagi tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlarining xarakteri o'zgaradi; bosh miya po'stlog'i va po'stloq ostidagi tuzilmalarning o'zaro munosabatlari ham o'zgargani qayd qilinadi. Vegetativ asab tizimining tonusi o'zgaradi. Shu o'zgarishlar munosabati bilan homilador ayollarda «boshqorong'ilik» seziladi: uyqu bosadi, behollik bo'ladi, nordon va achchiq ovqatlarni ko'ngli tusaydi, ba'zi hidlarni ko'tarolmaydi, ko'ngli ayniydi, so'lagi oqadi, qayt qiladi, ichi qotadi, salga boshi aylanadi. Odatda bu holatlar homiladorlikning dastlabki oylarida ro'y berib, keyinchalik o'tib ketadi.

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

ENDOKRIN TIZIMI

Homiladorlikda ichki sekretiya a'zolari (endokrin bezlar) tizimida muhim o'zgarishlar ro'y beradi. Ayolning bo'yida bo'lishi bilanoq tuxumdonda yangi ichki

sekretsiya bezi – homiladorlik sariq tanasi rivojlanadi, undan ishlanib chiqadigan gormon (progesteron) otalangan tuxum hujayraning bachadon shilliq pardasiga payvandlanishi va homiladorlikning to‘g‘ri rivojlanishi uchun sharoit tug‘diradi.

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

Plasenta – faol ishlaydigan yangi ichki sekretsiya a‘zosisidir. Gonadotrop va estrogen gormonlar, shuningdek, progesteron plasentada hosil bo‘ladi va to‘planadi.

Ayol organizmidagi gormonlarning miqdoriy nisbatlari homiladorlikning turli oylarida o‘zgarib turadi.

Bachadonning qo‘zg‘aluvchanligini va qisqarish funksiyasini tormozlovchi gormonlar homiladorlikning birinchi yarmida ko‘proq ishlanib chiqadi, bu esa homiladorlikning rivojlanishiga imkon beradi. Homiladorlikning keyingi oylarida estrogen gormonlar ko‘payadi, shu munosabat bilan tug‘ruqdan oldin bachadonning qo‘zg‘aluvchanligi oshadi.

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

Qalqonsimon bez homiladorlikning dastlabki oylarida zo‘r berib ishlaydi, homiladorlikning ikkinchi yarmida bu bez funksiyasi susayadi. Qalqonsimon bez funksiyasining o‘zgarishi homiladorlik vaqtida modda almashinuviga ta‘sir ko‘rsatadi.

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

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

MODDALAR ALMASHINUVI

Homiladorlikda asab tizimi va endokrin aʼzolar funksiyalarining qayta tuzilishi tufayli moddalar almashinuvi ancha oʻzgaradi. Bunda moddalar anchagina tez almashinadi, homiladorlikning ikkinchi yarmida assimilatsiya jarayonlari xiyla kuchayadi.

Oqsillar almashinuvi. Homiladorlik munosabati bilan ayol organizmida oqsil moddalar toʻplanadi. Yigʻilgan oqsillar bachadon va sut bezlarining oʻsishiga; oʻsayotgan homila organizmining tuzilishiga; oqsillardan bir qismi, tugʻruqdan keyin bola emizish davrida sarflanadi.

Homilador ayol koʻp miqdorda oqsilli ozuqalar bilan ovqatlansa, oqsillar oxirigacha parchalanmasligi oqibatida hosil boʻlgan moddalar toʻplanib, organizmga zararli taʼsir qiladi.

Uglevodlar almashinuvi. Energiya beruvchi uglevodlar homiladorlikda yaxshi oʻzlashtiriladi, qondagi qand konsentratsiyasi odatda normal boʻladi. Uglevodlar gavda muskullari bilan jigardagina emas, bachadon muskullari bilan plasentada ham glikogen shaklida toʻplanadi. Uglevodlar homilador ayol organizmidan homilaga placentaga orqali (glukoza shaklida) oʻtadi. Homilador ayol uglevodli ovqatlarga ruju qilganda baʼzan siydigida qand paydo boʻladi (glukozuriya), bu buyrak epiteliysining oʻtkazuvchanligi ortganligi bilan izohlanadi. Ovqatlanishda toʻgʻri rejimga amal qilish bilan glukozuriya tez yoʻqolib ketadi.

Yogʻlar almashinuvi. Homilador ayollar qonida neytral yogʻ, xolesterin va lipidlar ancha koʻpayadi. Yogʻ moddalar buyrak usti bezlarida, plasentada va sut bezlarida ham toʻplanadi. Homiladorlikda koʻpincha teri ostidagi yogʻ qatlami qalinlashadi. Lipidlar ona va homila toʻqimalarining tuzilishiga sarflanadi, neytral yogʻ esa energiya manbaiga aylanadi.

Almashinuv jarayonida yogʻlar oxirgi mahsulot: karbonat angidrid va suvga parchalanadi. Homilador ayol rejimni buzganda, ayniqsa yogʻli ovqatlarga ruju qilganda yogʻlarning oxirigacha parchalanish jarayoni buzilishi mumkin. Bunday hollarda homilador ayol organizmida yogʻlar toʻla oksidlanmay, zararli taʼsir etuvchi kislotali moddalar toʻplanadi. Modomiki shunday ekan, homilador ayollar ovqatida oqsillar bilan yogʻlar ona va homila organizmi uchun yetarli boʻlishi, ammo ortiqcha boʻlmasligi kerak.

Mineral moddalar va suv almashinuvi. Homiladorlik vaqtida kalsiy tuzlari organizmda ushlanib qoladi va homila suyaklarining tuzilishiga yetarli sarflanmaydi. Homila asab tizimi va skeletining rivojlanishi uchun, shuningdek, ona organizmida oqsillar sintezlanishi uchun zarur modda – fosfor koʻproq oʻzlashtiriladi.

Gemoglobinning tarkibiy qismi boʻlgan temir moddasi onadan homilaga oʻtib turadi. Ona qornida yashash davrida homilaning jigari va talogʻida temir moddasi

to'planadi. Homilador ayol ovqat bilan yetarli miqdorda temir moddasini iste'mol qilmasa kamqon bo'lib qoladi (anemiya), homilaning rivojlanish jarayoni buziladi.

Homilador ayol temir, kalsiy va fosforli birikmalar yetarli miqdorda bo'lgan ovqatlarni iste'mol qilib turishi lozim.

Homilador ayollarda natriy xloridning siydik va ter bilan chiqishi susaygan bo'ladi. To'qimalarda xloridlar to'planganligidan organizmda suv ushlanib qoladi. Xloridlar va suvning organizmda ushlanib qolishiga moyillik homiladorlikning ayniqsa ikkinchi yarmida seziladi. Tuzlar va suv ushlanib qolganligidan to'qimalar to'yinadi.

To'qimalarning to'yinishi tug'ruqning to'g'ri o'tishiga yordam beradi, to'qimalarning cho'ziluvchanligini oshiradi, bu esa homilaning tug'ruq yo'llaridan o'tishida muhim ahamiyatga egadir. Normal homiladorlikda xloridlar va suv aydarli ushlanib qolmaydi, suyuqlik buyraklar orqali tez chiqib ketaveradi. Patologik homiladorlikda suyuqlikning organizmdan chiqib ketishi sekinlashadi, xloridlar va suv tobora ko'proq ushlanib qolib, badanda shish paydo bo'ladi.

Vitaminlar almashinuvi. Homilador ayol organizmining vitaminlarga ehtiyoji oshgan, chunki u homilani ham vitaminlar bilan ta'minlashi kerak.

Ayniqsa vitamin C ga ehtiyoj oshib ketadi. Bu vitamin embrion va homila pardalarining rivojlanishi uchun zarur. Vitamin A, B, D, E va boshqa vitaminlarga ehtiyoj ham oshadi (bu vitaminlar homiladorlikning rivojlanishiga yordam beradi). Homilador ayol ovqatida vitaminlar yetarli bo'lmasa, gipovitaminoz va hatto avitaminoz kabi patologik holatlar ro'y beradi. Vitaminlar yetishmaganda homiladorlikning kechishi buziladi.

Tana vazni homiladorlikning boshidan oxirigacha oshib boradi, lekin so'nggi oylarda ayniqsa ko'p o'sadi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida ayol vazni haftasiga 300–350 g dan oshib boradi. Homiladorlik oxiriga yaqinlashganda ayolning vazni 10–12 kg ga oshadi. Tana vaznining o'sishi bir qancha sabablarga: homilaning o'sishiga, qog'onoq suvining to'planishiga, bachadonning kattalashuviga, teri ostidagi yog' qatlamining qalin tortishiga va homilador ayol qonining ko'payishiga bog'liq.

QON

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

Qon massasi, eritrositlar va gemoglobin homiladorlikning dastlabki oylaridan boshlab ko'payadi va VII–VIII oylarigacha davom etadi; tug'ishdan oldin qon yaratilishi susayadi. Homiladorlikning oxirlariga kelib aylanib yuruvchi qon hajmi 35–40% ga oshadi, eritrositlar esa 15–20% ga ko'payadi. Sog'lom homilador ayollarda gemoglobin, eritrositlar, leykositlar soni normal bo'ladi. Eritrositlarning cho'kish tezligi bir oz tezlashgan bo'lishi mumkin.

YURAK-TOMIRLAR TIZIMI

Yurak-tomirlar tizimi homiladorlikda katta ish bajaradi, chunki yangi plasentar qon aylanish doirasi paydo bo'lib, bachadonning tomirlar shaxobchasi keskin darajada ko'payadi. Sog'lom homilador ayolning yuragi yangi sharoitga sekin-asta moslashib, qo'shimcha ishni bemaolol uddalaydi. Homiladorlik vaqtida yurakning muskul elementlari gipertrofiyalanadi va qisqarish kuchi oshadi.

Kapillarlar devori suv, tuzlar va qon zardobining mayda dispers oqsillari – albuminlarni o'tkazuvchanligi oshadi. Kapillarlar o'tkazuvchanligining ortishi homilador ayol to'qimalari bilan qon o'rtasida moddalar almashinuvi osonlashtiradi.

Qon bosimi homiladorlikning boshidan oxirigacha aksari normal bo'ladi. Homiladorlikning dastlabki oylarida ba'zi ayollarning qon bosimi bir xilda turmaydi, so'nggi oylarda qon bosimi biroz ko'tarilishga moyil bo'ladi, lekin normal homiladorlikda maksimal arterial bosim 125–130 mm simob ustunidan oshmaydi, tomir urish tezligi (puls) o'zgarmaydi.

Qayta homilador bo'lgan ayollarda ba'zan oyoq yuzaki venalari kengayishi kuzatiladi, kichik chanoq a'zolarida qon dimlanib qolishi sababli gemorroidal tugunlar paydo bo'lishi mumkin.

HAZMA'ZOLARI

Homiladorlikning dastlabki 2–3 oyida ko'pchilik ayollarda boshqorong'ilik kuzatiladi: ko'ngli ayniydi, ayniqsa ertalab qusadi. Ta'm va hid bilish sezgilari o'zgaradi, ba'zan ovqatlardan ko'ngli qoladi, ayrim ovqatlarni va ba'zan bo'r, gilmoya kabi (yeb bo'lmaydigan) moddalarni ko'ngli tusaydi.

Homiladorlikning III oyi oxirida yoki IV oyida, ba'zan bundan ham kechroq boshqorong'ilik yo'qolib ketadi. Hazm bezlarining funksiyasi buzilmaydi; ko'pincha ichak tonusi susayib, ich qotadi.

Homilali bachadon o'sgan sayin ichak yuqoriga va ikki yon tomonga suriladi; homila yirik bo'lganda, egiz homiladorlikda va qog'onoq suvi ko'p bo'lganda me'da va hatto jigar ancha yuqoriga suriladi.

Jigar moddalar almashinuvinining hamma turlarini boshqarishda qatnashadi va oraliq almashinuvda hosil bo'ladigan zaharli moddalarni zararsizlantiradi. Homiladorlik vaqtida jigar funksiyasining kuchayishiga, moddalar almashinuvinining o'zgarishi sabab bo'ladi.

Bundan tashqari, homilada moddalar almashinuvida hosil bo'ladigan zaharli moddalar ham ona organizmiga o'tib, uning jigarida zararsizlantiriladi.

NAFAS A'ZOLARI

Homiladorlik vaqtida kislorodga ehtiyoj oshgani munosabati bilan o'pka zo'r berib ishlaydi. Homiladorlik oxiriga yaqin bachadon diafragmani yuqoriga

surib qo'ygana qaramay, ko'krak qafasi kengayishi hisobiga o'pkaning nafas yuzasi kichraymaydi. Homiladorlik oxirida nafas olish bir qadar tezlashadi.

SIYDIK CHIQRISH A'ZOLARI

Homiladorlik vaqtida buyraklarga zo'r keladi, chunki bu a'zolar ayolda va qorindagi homilada modda almashinuvi natijasida hosil bo'lgan chiqindilarni organizmdan chiqarib yuboradi. Homiladorlikning so'nggi oylarida siydikda oqsil yuqi paydo bo'lishi mumkin. Oqsil miqdorining 1 / siydikka 1 mg dan to'g'ri kelishi homiladorlik gestozi degan jiddiy patologiya ro'y berganligini ko'rsatadi.

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

Homiladorlikning so'nggi oylarida qovuq cho'zilib, yuqoriga suriladi, siydik chiqarish kanali (uretra) cho'ziladi va rostlanadi; siydik yo'llari (ureterlar)ning tonusi pasayadi, diametri kengayadi. Homiladorlik oxirida homila boshi kichik chanoq kirish qismiga taqalib turadi, shu munosabat bilan qovuq qisilib, ayolning tez-tez siygisi qistashi mumkin.

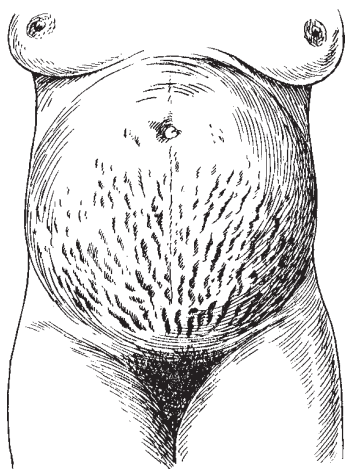
TERI

Homiladorlikda teri o'ziga xos o'zgaradi. Ko'pincha badanning muayyan joylariga, qorinning oq chizig'i bo'ylab, ko'krak uchida va uning atrofidagi doirada jigar rang bo'yoq moddasi – pigment to'planadi. Ayniqsa peshonada, burun qansharida va yuqori labda pigmentli dog'lar (Chloasma uterinum) ko'p kuzatiladi. Qorachadan kelgan ayollarda pigmentatsiya yaqqolroq seziladi.

Pigment hosil bo'lishi buyrak usti bezlarining po'stloq qavati bilan gipofiz funksiyasining o'zgarishiga bog'liq.

Homilali bachadon o'sgan sayin qorin devori sekin-asta cho'ziladi. Terisi yetarlicha elastik bo'lmagan ayollarning qorin devori anchagina cho'zilganda homiladorlik chandiqlari (striae gravidarum) paydo bo'ladi (54-rasm). Homiladorlik chandiqlari teridagi qo'shuvchi to'qima elementlari bilan elastik tolalarning bir-biridan qochishi natijasida vujudga keladi. Tolalar bir-biridan qochgan joylarda terining Malpigi qavati epidermis orqali ko'rinib turadi. Homiladorlik chandiqlari pushti, qizg'ish yoki ko'kimtir-qizil hoshiyalarga o'xshaydi. Ular aksari qorin terisida, ba'zan sut bezlari va son terisida bo'ladi. Homiladorlik chandiqlari tug'ruqdan keyin yaltiroq oq hoshiyalarga o'xshab qoladi. Keyingi homiladorlikda yangi qizg'ish-ko'kimtir hoshiyalar paydo bo'lishi, avvalgi homiladorlikning oqargan eski chandiqlari ayni vaqtda saqlanib turishi mumkin.

Homiladorlik vaqtida kindik sohasi o'zgaradi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida kindik tekislanib qoladi, X oyda do'ppayib chiqadi.



54-rasm. Homiladorlik
chandiqlari.

Ko'p tug'gan ayollarda, egiz homiladorlik va qog'onoq suvi ortiqcha to'planganda qorinning to'g'ri muskullari bir-biridan qochadi. Homiladorlik vaqtida boylam apparati, tog'aylar va bo'g'imlarning sinovial pardalariga seroz suyuqligi shimiladi.

Simfiz tog'ayi yumshaydi, undagi yoriqsimon bo'shliq kattalashadi, simfiz boylami va dumg'aza-yonbosh bo'g'imining boylami cho'ziluvchan bo'lib qoladi.

JINSIY A'ZOLAR

Homiladorlik vaqtida ayolning butun organizmida o'zgarishlar sodir bo'ladi, lekin bu o'zgarishlar hammadan ko'proq bachadonda uchraydi. Homiladorlik vaqtida

bachadonning kattaligi, shakli, vaziyati, konsistensiyasi va reaktivligi (qo'zg'aluvchanligi) o'zgaradi.

Bachadon homiladorlikning boshidan oxirigacha kattalashib boraveradi. Homilasiz bachadonning bo'yi 7–8 sm bo'lsa, homiladorlik oxiriga yaqin 38 sm ga yetadi. Diametri 4–5 sm dan 25–26 sm ga yetadi. Homilasiz bachadonning vazni 50–100 g bo'lsa, homiladorlik oxirida 1000–1200 g ga yetadi. Homiladorlik oxirida bachadon bo'shlig'ining hajmi 500 baravar kattalashadi. Bachadon asosan muskul tolalarining gipertrofiyasi (cho'zilishi va yo'g'onlashuvi) va giperplaziyasi (miqdor jihatidan ko'payishi) hisobiga kattalashadi. Har bir muskul tolasi taxminan 10 baravar uzayadi va 4–5 baravar yo'g'on tortadi; ayni vaqtda muskul tolalari ko'payadi va yangi hosil bo'lgan muskul elementlari o'sadi.

Muskul tolalarining giperplaziyasi homiladorlikning asosan birinchi yarmida ro'y beradi, keyingi oylarida esa bachadon ichida o'sayotgan homila, uning pardalari va qog'onoq suvining bachadon devorlarini cho'zishi hisobiga kattalashadi.

Bachadonning qo'shuvchi to'qimasi o'sadi va yumshaydi. Elastik tolalari ko'payadi. Uning shilliq pardasida katta o'zgarishlar yuz berib, desidual (ko'chadigan) pardaga aylanadi.

Bachadon tomirlari shaxobchasi ancha kattalashadi. Arteriyalari va venalari cho'ziladi, kengayadi; venalar ayniqsa kengayadi. Arteriyalar buralib, ayrim joylari parmaga o'xshab turadi, bu esa bachadon qisqarayotganda kattaligining o'zgarishiga, arteriyalarning moslanishiga yordam beradi (55-rasm). Homiladorlik vaqtida bachadon tomirlaridan bir necha bor ko'proq qon o'tadi.

Homilali bachadonning asab elementlari gipertrofiyalanadi, limfa tomirlari uzayadi va kengayadi, bachadonning seroz pardasi kattalashadi. Homilali bachadon devorida muskullarni qisqartiruvchi oqsil (aktomiozin), kalsiy, glikogen va fosfokreatinin (tugʻruq vaqtida bachadonning qisqarishi uchun zarur moddalar) koʻpayadi.

Homiladorlik vaqtida bachadon boʻyni yumshab, muloyim, sersuv, choʻziluvchan boʻladi. Bachadon boʻynidagi tomirlar uzayadi, venalar juda ham kengayadi, qonga toʻlishadi; bachadon boʻyni koʻkimsir tus oladi.

IV oygacha homila tuxumi bachadon boʻshligʻida boʻladi, IV oydan boshlab oʻsayotgan homila tuxumining pastki qutbi bachadon boʻgʻzini kengaytirib, unga joylashib oladi. Bachadon boʻgʻzi shu paytdan boshlab bachadon tarkibiga kiradi va bachadon tanasining pastki qismi bilan birga bachadonning pastki segmentini tashkil etadi.

Tugʻruq vaqtida bachadon boʻgʻzi bachadon boʻyni bilan birga chiqarish nayiga aylanadi.

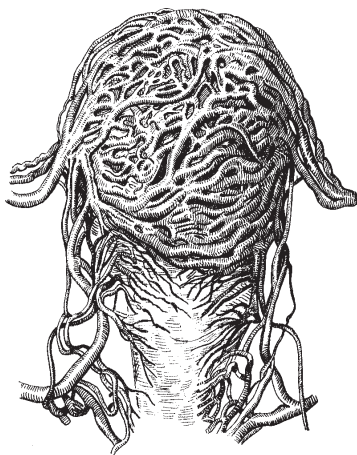
Bachadon boʻynining tashqi va ichki teshiklari birinchi marta boʻyida boʻlgan ayollarda tugʻruqqa qadar berk turadi; takror boʻyida boʻlgan ayollarda esa bachadon boʻynining kanali homiladorlikning soʻnggi oylarida kengayib, koʻpincha bir barmoq sigʻadigan boʻladi.

Homilali bachadonning shakli ham oʻzgaradi. Homiladorlikning dastlabki oylarida bachadon tanasining tuxum payvandlangan burchagi boʻrtadi. III oydan boshlab bachadon yumaloqlanib, avval shar shakliga, keyinchalik tuxum shakliga kiradi.

Bachadon oʻsishi bilan vaziyati ham oʻzgaradi. Homiladorlikning dastlabki paytida bachadonning oldinga egilishi kuchayadi, keyinchalik esa, bachadon tanasi bilan boʻyni oʻrtasidagi burchak yoʻqolib, bachadon toʻgʻrilanib qoladi, koʻpincha salgina oʻngga ogʻadi va chap qirrasi oldinga, oʻng qirrasi esa orqaga birmuncha buriladi. III oy oʻtgach bachadon tubi kichik chanoq kirish tekisligidan yuqoriga koʻtariladi, IX oy oxirida qovurgʻalar ostigacha yetadi.

Homilali bachadon konsistensiyasi yumshoq boʻlib, ayniqsa bachadon boʻgʻzi koʻproq yumshaydi.

Bachadon naylari (tuxum yoʻllari) yoʻgʻon tortadi, toʻqimalar giperemiyasi va seroz suyuqlikni shimishi tufayli toʻyinib, sersuv boʻlib turadi. Bachadon oʻsgan sayin tuxum yoʻllari tobora tik boʻlib, homiladorlik oxiriga yaqin bachadonning yon qismlari boʻylab osilib turadi.



55-rasm. Homilali bachadonning qon tomirlari.

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

Bachadon boylamlari uzayadi va yo'g'onlashadi. Bachadonning yumaloq boylamlari va dumg'aza-bachadon boylamlari ayniqsa ko'p gipertrofiyalanadi, shu tufayli bachadon tug'ruq vaqtida to'g'ri vaziyatini saqlab turadi. Bachadonning yumaloq boylamlari qorin devori orqali paypaslanganda qo'lga tortma shaklida seziladi. Yumaloq boylamlarning joylashuviga qarab, plasentaning yopishgan joyini bilish mumkin. Placenta bachadonning oldingi devoriga yopishgan bo'lsa, yumaloq boylamlar bir-biriga parallel holda yotadi yoki pastga tomon bir-biridan uzoqlashadi, placenta bachadonning orqa devoriga yopishgan bo'lsa, yumaloq boylamlar pastga tushishda bir-biriga yaqinlashib boradi.

Homiladorlik vaqtida **chanoq kletchatkasi** yumshoq, sersuv, salga cho'ziluvchan bo'ladi.

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

Homiladorlik vaqtida qindagi muskul tolalari va qo'shuvchi to'qima elementlarining giperplaziyasi va gipertrofiyasi ro'y beradi. Shu munosabat bilan qin cho'ziladi, kengayadi, shilliq parda burmalari baralla sezilib turadi.

Qin devorlari yumshaganligidan shilliq pardasining so'rish xususiyati oshadi. Shu sababli homiladorlik vaqtida zaharli moddalar (masalan, sulema) eritmasi bilan qinni chayish, osarsol va boshqa toksik (bakterisid) moddalarni qinga kiritish ayniqsa xavfli.

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

SUT BEZLARI

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

Homiladorlik vaqtida sut bezlari sut chiqarishga tayyorlanadi. Sut bezlarining bez bo'lakchalari kattalashadi, alveolar epiteliysida juda mayda yog' zarralari paydo bo'ladi. Sut bezlariga qon ko'proq keladi, teri ostidagi venalari kengayib, nozik teri orqali ko'rinib turadi. Sut bezlari taranglashib, ko'pincha tirsillayotgandek seziladi. So'rg'ich o'sib, atrofidagi to'garakcha bilan birga pigmentatsiyalanadi. So'rg'ich atrofidagi bezlar (Mongomeri) yaqqol bo'rtib turadi. So'rg'ichdagi silliq

muskullar qo'zg'aluvchanligi oshadi, u mexanik yo'l bilan ta'sirlanganda muskullar qisqaradi, atrofidagi doira kichrayadi, ko'proq turtib chiqib turadi.

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

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

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

Nazorat uchun savollar

1. Homiladorlik tufayli endokrin sistemasida ro'y beradigan o'zgarishlar.
2. Homiladorlik davomida moddalar almashinuvidagi ro'y beradigan o'zgarishlar.
3. Yurak-tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar.
4. Siydik chiqarish tizimi a'zolaridagi o'zgarishlar.
5. Jinsiy a'zolar va sut bezlarida ro'y beradigan o'zgarishlar.

VIII BOB. HOMILADORLIK DIAGNOSTIKASI HOMILADOR AYOLLARNI TEKSHIRISH USULLARI

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

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

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

Akusherlik amaliyotida obyektiv tekshirishning quyidagi usullari qo'llaniladi.

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

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

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

HOMILADOR AYOLLARNI SO'RAB-SURISHTIRISH

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

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

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

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

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

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

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

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

Qiz bola voyaga yetgandan keyin yoshligida yuqumli kasalliklar, shuningdek, ginekologik kasalliklar bilan ogʻriganligi soʻrab-surishtiriladi. Chunki yurak-tomir tizimi, jigar, oʻpka, buyrak va boshqa aʼzolarining ilgari boshdan kechirilgan kasalliklari homiladorlik va tugʻruqning kechishiga taʼsir etishi mumkin. Bundan tashqari, bu kasalliklar homiladorlik va tugʻruq davrida yangidan qoʻzishi mumkin.

4. Hayz koʻrish funksiyasi. Ayoldan: necha yoshida birinchi marta hayz koʻrganligi va qancha vaqtdan keyin normal sikl qaror topganligi; hayz koʻrish tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, uning davomiyligi, qancha qon yoʻqotishi, ogʻriqli kechishi va hokazo); jinsiy hayot boshlangach, avvalgi tugʻruq yoki abortdan keyin hayz koʻrish funksiyasi oʻzgargan-oʻzgarmaganligi; soʻnggi marta qachon hayz koʻrganligi soʻrab aniqlanadi. Hayz koʻrish funksiyasi ayol jinsiy apparatining va butun organizmining qanday ahvolda ekanligidan dalolat beradi. Ayolning birinchi marta 16–17 yoshda va bundan ham kechroq hayz koʻrganligi, birinchi hayz koʻrishdan normal sikl qaror topguncha uzoq (5 oydan koʻproq) vaqt oʻtganligi, hayz koʻrish kunlari ogʻriq sezilishi jinsiy aʼzolarining yetilmaganligidan darak beradi.

Jinsiy hayot boshlangach, tugʻruq yoki abortdan keyin hayz koʻrish funksiyasining buzilishi koʻpincha ichki jinsiy aʼzolarining yalligʻlanganligini yoki tuxumdondan funksiyasi oʻzgarganligini koʻrsatadi.

5. Sekretor va jinsiy funksiya. Jinsiy yoʻllardan chiqindi kelish-kelmasligini aniqlash ham muhim diagnostik ahamiyatga ega. Patologik chiqindi (chiqindining koʻp kelishi, yiringli, shilimshiq yoki suvli ekanligi, yiring aralashganligi va hokazo) odatda yalligʻlanish kasalliklarining belgisidir. Patologik chiqindi kelishiga bachadon boʻynining raki, eroziyasi, polip va boshqalar ham sabab boʻlishi mumkin.

Ayoldan anamnez yigʻganda jinsiy aloqada ogʻriq sezish-sezmasligi va qonli chiqindi kelish-kelmasligi aniqlanadi.

6. Bola tugʻish funksiyasi yoki akusherlik anamnezi. Anamnezning bu muhim qismida quyidagi maʼlumotlar aniqlanadi:

a) ushbu homiladorlik nechanchi ekanligi;

b) avvalgi homiladorliklarning qanday oʻtganligi: gestozlar (qusish, soʻlak oqishi, badanda shish boʻlganligi va hokazo), yurak-tomir tizimi, buyraklar, jigar va boshqa aʼzolarining kasalliklari bor-yoʻqligi aniqlanadi. Ilgari shu kasalliklar roʻy bergan boʻlsa, ushbu homiladorlikda ayolni ayniqsa sinchiklab kuzatish shart;

d) avvalgi homiladorlik qanday tugaganligi: ayolning oy-kuni yetib tugʻganligi yoki bola tashlaganligi aniqlanadi. Ayol ilgari ham bola tashlagan boʻlsa, uning oʻz-oʻzidan tushganligini yoki sunʼiy yoʻl bilan olinganligi, homiladorlikning qaysi oyida bolasi tushganligini, shundan keyin qanday kasalliklar roʻy berganligini va ularning xarakterini aniqlash kerak.

Oy-kuni yetmasdan tugʻish va bola tashlash jinsiy aʼzolarining yetilmay qolganligini (infantilizm) yoki homiladorlikning kechishiga salbiy taʼsir qiladigan kasalliklar

(endometriyning yallig'lanishi, o'smalar, yuqumli kasalliklar, ovqatda organizm uchun muhim bo'lgan moddalarning yetishmasligi va hokazo) borligini ko'rsatadi.

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

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

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

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

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

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

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

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

HOMILADOR AYOLNI KO'ZDAN KECHIRISH

Homilador ayolni ko'zdan kechirish ko'pincha diagnost uchun juda qimmatli ma'lumotlar olishga imkon beradi. Masalan, homilador ayol past bo'yli bo'lsa, chanog'ini tor deb o'ylash mumkin. Umurtqa pog'onasi

deformatsiyasi, bo'g'imlar ankilozi va suyak tizimidagi boshqa o'zgarishlar chanoq shaklining o'zgarganligidan darak beradi. Sut bezlari yetilmagan va qov sohasi juni siyrak bo'lsa, jinsiy a'zolar infantilizmi (to'la yetilmaganligi)ni gumon qilish mumkin. Oyoq va badanning boshqa joylarida shish aniqlansa homiladorlikning asoratidan (gestoz, yurak kasalligi va shu kabilardan) guvohlik beradi.

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

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

ICHKI A'ZOLARNI TEKSHIRISH

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

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

Qaysi kasalliklarda homilador bo'lish taqiqlansa, o'sha kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash uchun homilador ayollarning yuragini, o'pkasini va boshqa a'zolarini tekshirish juda ham zarur. Homilador ayollarning arterial qon bosimi o'lchanadi, siydigi va qoni tekshiriladi, gavda vazni aniqlanadi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida arterial qon bosimi, gavda vazni va siydigi muntazam ravishda tekshirib turiladi.

Yuqorida ko'rsatilgan usullar bilan tekshirgandan keyin maxsus akusherlik tekshirishiga kirishiladi. Homiladorlikni dastlabki va keyingi oylarida aniqlash uchun turli akusherlik tekshirish usullaridan foydalaniladi.

HOMILADORLIKNING DASTLABKI OYLARIDA TEKSHIRISH

Homiladorlikning dastlabki oylarida uning gumonli va ehtimolga yaqin belgilari aniqlanadi.

Homiladorlikning gumonli belgilari. Homiladorlik munosabati bilan roʻy bergan umumiy oʻzgarishlar gumonli belgilarga kiradi.

1. Boshqorongʻilik (oʻtkir, achchiq, shoʻr ovqatlarga moyillik, odamzod isteʼmol qilmaydigan moddalar: boʻr, gilmoya, kesak va shunga oʻxshashlarni koʻngil tusashi, koʻngil aynishi, ayniqsa ertalab qusish).

2. Hid bilish sezgilarining oʻzgarishi (atir hidi, tamaki tutuni, yogʻlarning hidi va shu kabi hidlarni koʻtara olmaslik).

3. Asab tizimidagi oʻzgarishlar: ayolning taʼsirchanligi, yigʻloqiligi, hadeb mudroq bosishi, goh xush, goh noxush boʻlishi va hokazo.

4. Yuz terisi, qorinning oq chizigʻi, koʻkrak uchi va uning atrofidagi toʻgarakda pigmentatsiya paydo boʻlishi.

Homiladorlikning ehtimolga yaqin belgilari. Jinsiy aʼzolar va hayz koʻrish funksiyasidagi oʻzgarishlar ehtimolga yaqin belgilarga kiradi.

1. Hayz koʻrishning toʻxtashi. Ogʻir kasalliklar va ruhiy kechinmalar (qoʻrqish, qaygʻurish, gʻam-gʻussa va hokazo) da hayz koʻrish toʻxtab qolishi mumkin. Sogʻlom juvon odatda boʻyida boʻlsa hayz koʻrish toʻxtaydi.

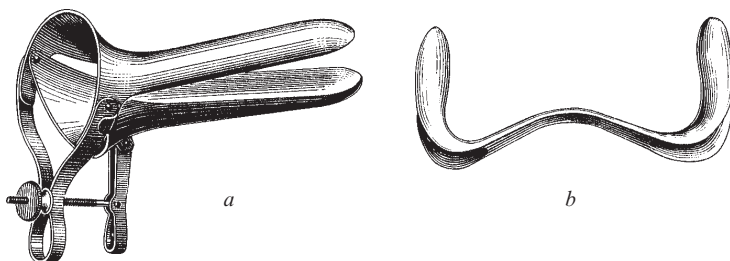
2. Qin va bachadon boʻyni shilliq pardasining koʻkarganligi (sianoz).

3. Bachadon kattaligi, shakli va konsistensiyasining oʻzgarishi.

4. Sut bezlari siqilganda sut yoʻllaridan ogʻiz suti tomchilarining chiqishi.

Homiladorlikning ehtimolga yaqin belgilarini aniqlash uchun: tashqi jinsiy aʼzolar va qin kirish qismining shilliq pardasi koʻzdan kechiriladi, koʻzgular yordamida tekshiriladi, ayol qin orqali va ikki qoʻllab tekshiriladi, sut bezlari paypaslanadi va ularni siqib, ogʻiz suti tomchilari bor-yoʻqligi aniqlanadi.

Homilador ayolni ginekologik kresloga yoki kushetkaga yotqizib tekshiriladi; ayol kushetkada chalqancha yotadi, oyoqlarini chanoq-son va tizza boʻgʻimlaridan bukib, kerib turadi; dumgʻazasi ostiga valik qoʻyiladi.



56-rasm. Qin koʻzgulari: *a*—tavaqali koʻzgu (Kusko koʻzgusi);
b—qoshiqsimon koʻzgu (Sims koʻzgusi).

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

Ko'zgular yordamida tekshirish. Tashqi jinsiy a'zolar va qin kirish qismining shilliq pardasi ko'zdan kechirilgach, qin ko'zgulari yordamida tekshirishga kirishiladi. Bu tekshirish usuli bachadon bo'ynining va qin shilliq pardasining ko'karganini (homiladorlikning ehtimolga yaqin belgisi), shuningdek, bachadon bo'yni va qin kasalliklari (yallig'lanish, eroziya, polip, rak) ni aniqlashga imkon beradi. Bunda tavaqali va qoshiqsimon ko'zgulardan foydalaniladi (56-rasm). Tavaqali ko'zguni juftlashtirib, qin gumbazlarigacha kiritiladi, so'ngra ko'zgu tavaqalari ochiladi, shundan keyin bachadon bo'ynini ko'zdan kechirsa bo'ladi. Ko'zgu qindan sekin-asta olinayotgan vaqtda qin devorlari ko'zdan kechiriladi.

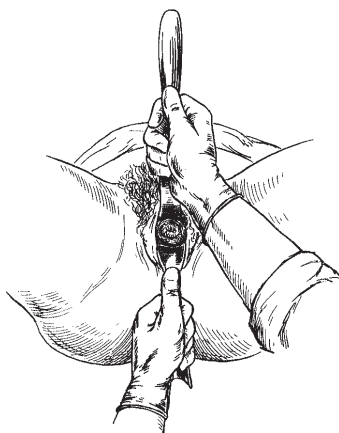
Qoshiqsimon ko'zgular bilan tekshirganda bachadon bo'yni va qin yaxshiroq ko'rinadi (57-rasm). Avval orqadagi ko'zgu suqilib, qinning orqa devoriga joylashtiriladi va oraliq salgina bosib turiladi; keyin orqadagi ko'zguga parallel holda oldingi ko'zgu (yassi ko'targich) kiritiladi, qinning oldingi devori shu ko'zgu bilan ko'tariladi. Bachadon bo'yni va qin devorlari ko'zdan kechirilgach ko'zgular olinib, qin orqali tekshirishga o'tiladi.

Homilador ayolni qin orqali tekshirish.

Katta va kichik jinsiy lablar chap qo'lning ishora barmog'i va bosh barmog'i bilan keriladi; o'ng qo'lning ishora barmog'i bilan o'rta barmog'i qinga avaylab suqiladi, bosh barmoq yuqoriga ko'tariladi, o'rta barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalib turadi (58-a rasm), shu barmoqlarning orqa tomoni esa oraliqqa tayanadi. Chanoq tubi muskullari, qin devorlari (burmalari, cho'ziluvchanligi, yumshaganligi), qin gumbazlari, bachadon bo'yni (shakli, konsistensiyasi) va bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi (yopiq-ochiqligi, yumaloq yoki yoriq shaklida ekanligi va hokazo) barmoqlar bilan sinchiklab tekshiriladi.

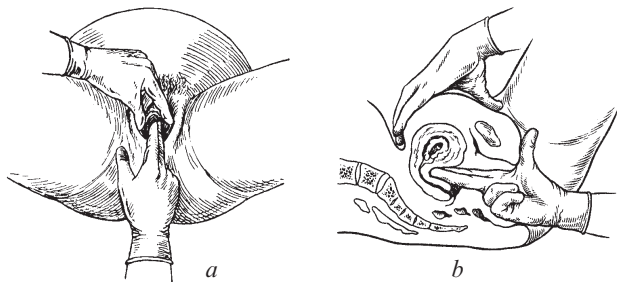
Homilador ayolni ikki qo'llab tekshirish. Bachadon bo'ynini paypaslab tekshirgandan keyin ikki qo'llab tekshirishga kirishiladi (58-b rasm).

Qinga suqilgan barmoqlar qinning oldingi gumbaziga taqaladi, bachadon bo'yni biroz orqaga suriladi. Chap qo'l barmoqlari bilan qorin oldingi devori



57-rasm. Qoshiqsimon ko'zgular bilan tekshirish.

kichik chanoq bo'shlig'iga tomon bosilib, oldingi gumbazda turgan o'ng qo'l barmoqlariga peshvoz boradi. Tekshirayotgan ikki qo'lning barmoqlari bir-biriga yaqinlashtirilib, bachadon tanasi topiladi, uning vaziyati, shakli, kattaligi, konsistensiyasi aniqlanadi. Bachadonni palpatsiya qilib bo'lgach, bachadon naylari va tuxumdonlarni tekshirishga o'tiladi. Shu maqsadda ichki va tashqi qo'l barmoqlari bachadon burchaklaridan sekin-asta chanoqning yon devorlari tomon siljiriladi. Tekshirish oxirida chanoq suyaklarining ichki yuzasi paypaslab topiladi va diagonal konyugata o'lchanadi.



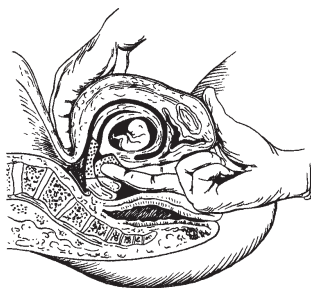
58-rasm. Qin orqali tekshirish:

a—barmoqlarni kiritish; *b*—ikki qo'llab tekshirish.

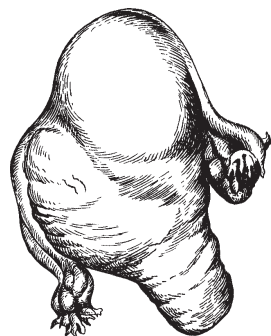
Quyidagi belgilar homiladorlikdan darak beradi:

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

2. Gorvis-Gegar belgisi (59-rasm). Homilali bachadon konsistensiyasi yumshoq, ayniqsa bachadon bo'g'zi ko'proq yumshagan bo'ladi. Ikki qo'llab tekshirishda ikki qo'l barmoqlarining uchi bachadon bo'g'zida deyarli qarshilikka duch kelmay bir-biriga yaqinlashadi. Bu belgi homiladorlikning dastlabki oylarida juda xarakterli.



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



60-rasm. Piskachek belgisi (homiladorlik belgisi).

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

4. Piskachek belgisi (60-rasm). Homiladorlikning dastlabki oylarida ko'pincha bachadon asimmetriyasi aniqlanadi. Bachadonning o'ng yoki chap burchagi gumbaz shaklida bo'rtib chiqadi (asimmetriya). Bachadon burchagining bo'rtib chiqqan joyi homila tuxumining payvandlanib olgan joyiga mos keladi. Homila tuxumi o'sgan sari bachadon burchagining bo'rtib (do'ppayib) turishi sekin-asta yo'qoladi.

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

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

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

HOMILADORLIK DIAGNOSTIKASINING BIOLOGIK USULLARI

Homiladorlik diagnozi odatda klinik tekshirish ma'lumotlari (anamnez, ko'zdan kechirish, qin orqali tekshirish va hokazo) ga asoslanib aniqlanadi. Ko'pincha patologik homiladorlikning ba'zi turlarini aniqlash qiyin bo'lib qoladi. Masalan, bachadondan tashqaridagi homiladorlikni bachadon ortiqlarining yallig'lanishidan ajratish hamisha oson bo'lavermaydi; ba'zan homiladorlikni bachadon o'smasidan ajratish qiyin bo'ladi va hokazo.

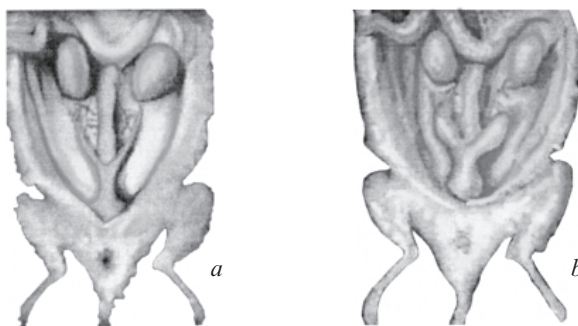
Bunday hollarda ayolni klinik usullar bilan sinchiklab tekshirishdan tashqari, homiladorlik diagnostikasining gormonal (biologik) usullari ham qo'llaniladi.

Ashgeym-Sondekning gormonal reaksiyasi. Bu reaksiyada homiladorlikning dastlabki haftalarida ayol organizmida xoreonlarda ko'plab

gonodotrop gormon (xoreal gonodotropin) hosil bo'lib, siydik bilan chiqishi kuzatiladi.

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

Bu reaksiyani qo'yishda homilador ayol siydigi 6—8 g vaznli sichqonlar terisi ostiga bo'lib-bo'lib (2 kun mobaynida 6 marta 0,2—0,4 mldan) yuboriladi. 96—100 soatdan keyin sichqonlar qornini yorib, bachadon shoxi va tuxumdonlari ko'zdan kechiriladi. Sichqon bachadonining o'sgani va kattalashgani, follikulalar bo'shlig'iga qon quyilgani qayd qilinsa (bu oddiy ko'zga ko'rinadi), reaksiya musbat deb hisoblanadi (61-a, b rasmlar).



61-rasm. Ashg'eim-Sondek reaksiyasi.
a – reaksiya manfiy;
b – reaksiya musbat.

Baqalarga qo'yiladigan gormonal reaksiya (Galli-Maynini reaksiyasi).

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

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

Homiladorlikning immunologik diagnostikasi. So'nggi yillarda gemagglutinatsiya reaksiyasini tatbiq etishga asoslanib, homiladorlikning

immunologik diagnostika usuli ishlab chiqildi. Bu usul homilador ayollar siydigidagi xoreal gonodotropin gormoni va qarshi zardob oʻrtasidagi reaksiyaga asoslangan. Bu usullardan koʻproq qoʻllaniladigani **Vide** va **Genzell** usulidir.

Asosiy bosqichlari:

1. Qarshi zardob olish maqsadida urgʻochi quyonlarni xoreal gonodotropin gormoni bilan immunizatsiya qilish.

2. Eritrositlarni tayyorlash. Qoʻy eritrositlariga xoreal gonodotropin gormoni bilan maxsus ishlov berish.

3. Tekshirilayotgan siydikda xoreal gonodotropinni aniqlash. Ikkita probirkaga (tajriba va nazorat uchun) 0,25 ml dan tekshirilayotgan ayol siydigidan quyiladi (1 ml siydik 5 ml distillangan suv bilan aralashtirilgan boʻlishi kerak). Tajriba probirkasiga 0,2 ml qarshi zardob (antisivorotka), nazorat probirkasiga 0,2 ml bufer eritmasi quyiladi; keyin har ikkala probirkaga 0,05 ml eritrositlardan qoʻshiladi. 1,5–2 soatdan keyin natijasi oʻrganiladi. Agar ayol homilador boʻlsa (siydikda xoreal gonodotropin boʻlsa), gemagglutinatsiya reaksiyasi sodir boʻlmaydi (eritrositlar choʻkmaydi), chunki xoreal gonodotropin antitelalarni oʻziga bogʻlab oladi, agarda ayol homilador boʻlmasa eritrositlar agglutinatsiyaga uchrab choʻkadi.

Homiladorlikni gravimun yordamida aniqlash. Xotin-qizlar maslahatxonalarida koʻproq qoʻllaniladigan usul.

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

HOMILADORLIKNI KECHKI MUDDATLARIDA ANIQLASH

Bachadon boʻshligʻida homila borligini koʻrsatadigan belgilar homiladorlikning ikkinchi yarmida roʻy beradi; ular *homiladorlikning aniq yoki shakshubhasiz belgilari* deb ataladi.

Homiladorlikning **aniq belgilariga** quyidagilar kiradi.

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

2. Homila yuragi tonlarini aniq eshitib koʻrish. Homila yuragi homiladorlikning ikkinchi yarmida 1 daqiqada 130—140 marta bir tekisda urib turganligi yurak tonlari shaklida eshitiladi. Homila yuragining urib turganligini homiladorlikning baʼzan 18—19-haftasida ham eshitsu boʻladi.

3. Homilaning qimirlashi homilador ayolni tekshirayotgan kishiga seziladi. Homilaning qimirlayotganligi homiladorlikning ikkinchi yarmida aniqlanadi.

Homilador ayollar qornidagi bolaning qimirlayotganini 20-haftadan; takror homilador ayollar esa birmuncha ertaroq – 18-haftadan sezadilar. Ba'zan bu sezgilar homiladorlikning belgisi bo'lmasdan anglashilmovchilikka olib kelishi mumkin. Masalan, ayol ichak peristaltikasini homilaning qimirlashi deb o'ylashi mumkin.

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

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

BACHADON BO'SHLIG'IDA HOMILANING JOYLASHUVI

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

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

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

Homilaning quyidagi vaziyatlari tafovut qilinadi:

a) bo'ylama vaziyat – homilaning bo'ylama o'qi bilan bachadonning bo'ylama o'qi bir-birga mos keladi (62-a rasm);

b) ko'ndalang vaziyat – homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qini to'g'ri burchak ostida kesib o'tadi;

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

3. Homilaning pozitsiyasi (Positio faetus) – homila orqasining bachadonning o'ng yoki chap tomoniga bo'lgan munosabati.

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

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

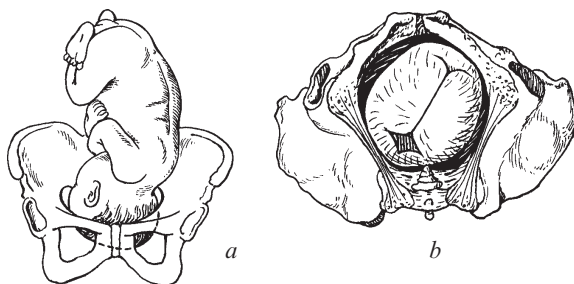
Homila orqasi hamisha o'ngga yoki chapga qarab turmay, odatda birmuncha oldinga yoki orqaga burilgan bo'ladi. Shuning uchun pozitsiyaning turi ham tafovut qilinadi.

4. Pozitsiyaning turi (Visus faetus) – homila orqasining bachadon oldingi yoki orqa devoriga bo'lgan munosabati. Homila orqasi oldinga qaragan bo'lsa — pozitsiyaning **oldingi turi** (62–63-rasmlar), orqaga qaragan bo'lsa — pozitsiyaning **orqa turi** (64–65-rasmlar) deb ataladi.

62-rasm. Bo'yлама

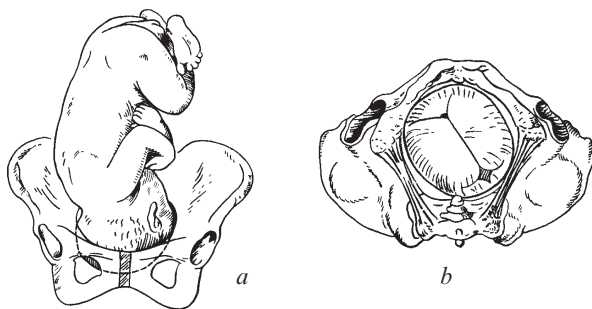
vaziyat, ensaning oldinda yotishi, ikkinchi pozitsiya, oldingi turi:

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



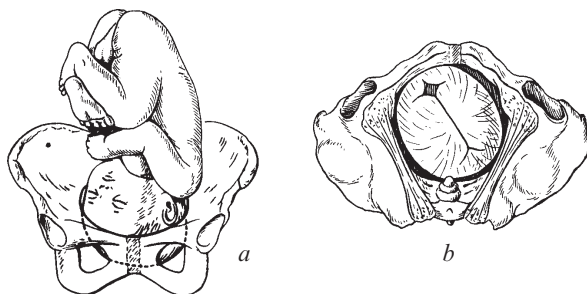
63-rasm.

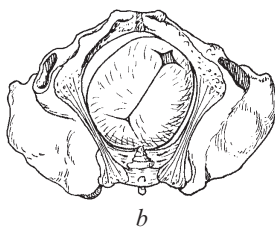
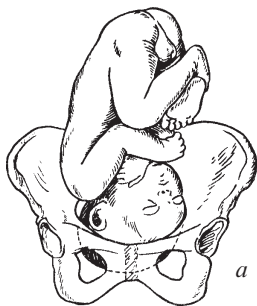
a – bo'yлама vaziyat, ensaning oldinda yotishi, ikkinchi pozitsiya, oldingi turi; *b*—homila boshining chanoq chiqish tekisligidagi ko'rinishi. O'q-yoysimon chok chap qiyshiq o'lchamda, kichik liqildoq o'ngda, oldinda.



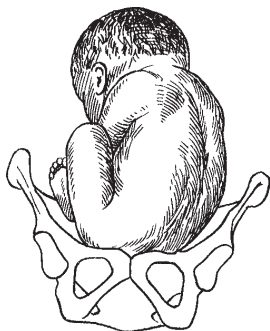
64-rasm.

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

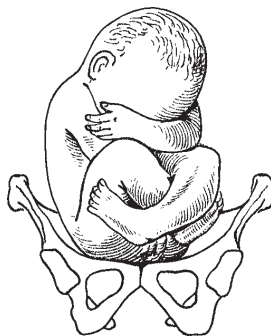


**65-rasm.**

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

**66-rasm.**

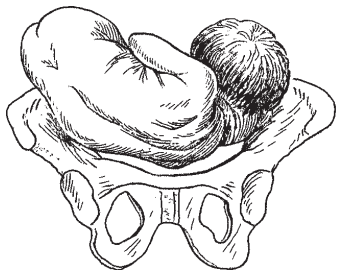
Bo'ylama vaziyat, dumbaning oldinda yotishi, birinchi pozitsiya, oldingi turi.

**67-rasm.**

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

yerda homilaning chanoq tomoni aniqlansa, homilaning chanog'i oldinda yotgan bo'ladi (66–67-rasmlar).

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

**68-rasm.**

Ko'ndalang vaziyat, birinchi pozitsiya, oldingi turi.

5. Homilaning oldinda yotishi (Præsentatio faetus). Homilaning oldinda yotgan qismi yirik qismining (boshi yoki dumbasining) chanoq kirish qismiga bo'lgan munosabati. Homila boshi onaning chanoq kirish tekisligi ustida turgan bo'lsa homilaning boshi oldinda yotgan bo'ladi, agar u

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

Bosh tepasi, peshona va yuz qismlari oldinda yotganda homila boshi turli darajada yozilgan bo'ladi. Bu qismlarning oldinda

yotishi boshning yozilish tipiga kiradi. Bu tip oldinda yotuvchi qismlarga tegishli barcha bo'ylama vaziyatlarning 1 foizini tashkil etadi.

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

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

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

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

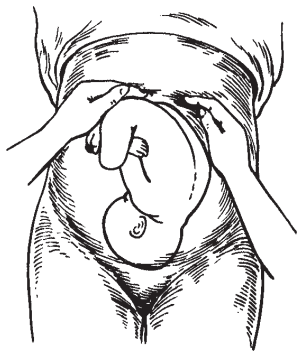
HOMILADORLIKNING IKKINCHI YARMIDA VA TUG'RUQDA AKUSHERLIK TEKSHIRISH USULLARI

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

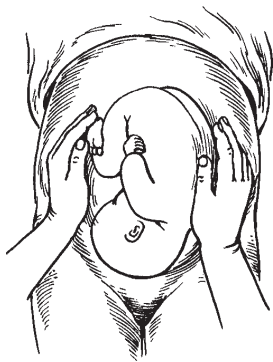
Qorinni paypaslab ko'rish (palpatsiya). Qorinni paypaslab ko'rish akusherlikda tashqi tekshirishning asosiy usullaridandir. Palpatsiyada homilaning qismlari, kattaligi, vaziyati, pozitsiyasi, qaysi qismining oldinda yotganligi, oldinda yotgan qismining ona chanog'iga munosabati (chanoq kirish tekisligidan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

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

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



69-rasm.
Homiladorni tashqi tekshirish. Birinchi amal.



70-rasm.
Homiladorni tashqi tekshirish. Ikkinchi amal.

Birinchi amal (69-rasm). Ikkala qo‘l kaftlari bachadon tubiga qo‘yilib, barmoqlari yaqinlashtiriladi. Pastga tomon avaylab bosib, bachadon tubining qanday balandlikda turganligi aniqlanadi, shunga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi. Homilaning bachadon tubida yotgan qismi (ko‘pincha chanoq tomoni) birinchi amalda aniqlanadi.

Ikkinchi amal (70-rasm). Homilaning orqasi va mayda qismlari ikkinchi amalda aniqlanadi; homila orqasining vaziyatiga qarab uning pozitsiyasi va pozitsiya turi haqida fikr yuritiladi. Ikkala qo‘l bachadon tubidan pastga, kindik to‘g‘risigacha olib boriladi va bachadonning yon yuzalariga joylashtiriladi. Homila qismlari sekin-asta o‘ng va chap qo‘l bilan paypaslab ko‘riladi. Chap qo‘l bir joyda tinch turadi, ikkinchi qo‘l barmoqlari esa bachadonning chap yon yuzasidan sirg‘antirib boriladi-da, homilaning shu tomonga qaragan qismi paypaslanadi. So‘ngra o‘ng qo‘l bachadon devorida tinch turadi, chap qo‘l bilan esa homilaning bachadon o‘ng devoriga qaragan qismlari paypaslab topiladi. Homilaning bo‘ylama vaziyatida bir tomondan orqasi, qarama-qarshi tomondan qo‘l-oyoqlari mayda qismlari paypaslab ko‘riladi. Homilaning orqasi bir tekis maydonchaga o‘xshab seziladi, mayda qismlari ko‘pincha vaziyatini o‘zgartiradigan kichkina bo‘rtmalar shaklida qo‘lga seziladi; ba‘zan qo‘l-oyoqlarning ildam, zarbsimon harakatlarini sezsa bo‘ladi.

Uchinchi amal. Homilaning oldinda yotgan qismini aniqlash uchun uchinchi usul qo‘llaniladi. Akusher homilador ayolning o‘ng tomonida unga yuzma-yuz turadi. Bir qo‘l (odatda o‘ng qo‘l) simfizning biroz yuqorisidan shunday qo‘yladiki, bosh barmoq bachadon pastki segmentining bir tomonida, qolgan to‘rt barmoq shu segmentning qarama-qarshi tomonida tursin (71-rasm). Barmoqlar sekin-asta va avaylab harakatlantirilib, chuqur botiriladi va homilaning oldinda yotgan qismi ushlanadi. Homila boshi ro‘y-rost yumaloq zich bo‘lakka o‘xshab paypaslanadi.

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

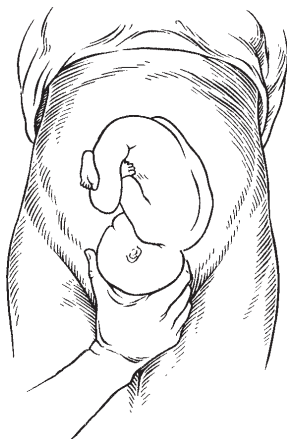
Homila boshining harakatchanligini uchinchi amalda aniqlasa bo'ladi. Kalta-kalta yengil zarblar bilan homila boshini o'ngdan chapga va aksincha, chapdan o'ngga siljitishga harakat qilinadi; ayni vaqtda tekshiruvchi barmoqlar homila boshining «liqillab» turganini sezadi, takror homilador bo'lgan ayollarda bu ayniqsa yaqqol ko'rinadi. Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligidan qancha yuqorida turgan bo'lsa, «liqillash» shuncha yaqqolroq seziladi.

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

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

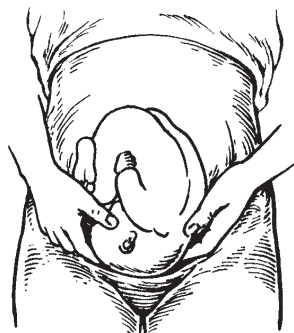
To'rtinchi amal — uchinchi amalning davomi bo'lib, homilaning nafaqat oldinda yotgan qismini, balki qanday balandlikda turganini, chanoqning qaysi tekisligida joylashganligini aniqlashga yordam beradi. Akusher homilador ayolning o'ng tomonida, uning oyoqlariga qarab turib, ikkala qo'l kaftlari bachadonning pastki segmentiga o'ng va chap tomondan qo'yilib, barmoq uchlari simfizgacha yetkaziladi. Barmoqlarni yozib, chanoq bo'shlig'iga tomon sekin-asta avaylab botiriladi va homilaning oldinda yotgan qismi (boshi, chanoq tomoni) va uning qanday balandlikda ekanligi aniqlanadi (72-rasm). Homila boshi kichik chanoq kirish tekisligi ustida turganligi yoki chanoq kirish tekisligidan kichik yoki katta segmenti bilan o'tganligi shu amalda aniqlanadi; homila boshi chanoq bo'shlig'iga anchagina tushgan bo'lsa, faqat asosi qo'lga unnaydi. Homilaning chanoq tomoni oldinda yotgan bo'lsa, shu tomonning qanday balandlikda ekanligi ham bemalol aniqlanadi. Homila boshining ensasi va engagini, shuningdek, tug'ruq vaqtida homila boshining sekin-asta chanoqqa tushishini to'rtinchi amalda aniqlasa bo'ladi.

Auskultatsiya. Homilador va tug'uvchi ayol qorniga akusherlik stetoskopi bilan quloq solinadi. Akusherlik stetoskopining odatdagi stetoskopdan farqi shuki, voronkasi kengroq bo'lib, ayolning yalang'och qorniga tutiladi (73-rasm). Qoringa



71-rasm.

Homiladorni tashqi tekshirish.
Uchinchi amal.



72-rasm.

Homiladorni tashqi tekshirish.
To'rtinchi amal.

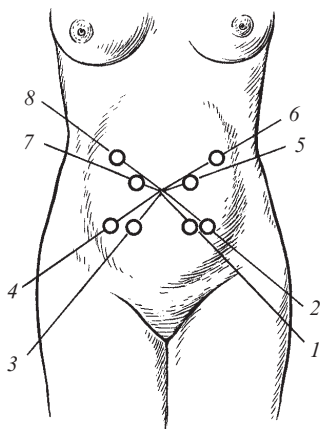


73-rasm.

Homilaning yurak urishini eshitish.

lash mumkin, bu esa tugʻruq vaqtida ayniqsa muhim ahamiyatga egadir.

Homilaning yurak tonlari homiladorlikning ikkinchi yarmidan (baʼzan 18–19-haftadan) eshitila boshlaydi va har oy sayin yaqqolroq eshitiladi. Homilaning orqasi ona qornining qay tomoniga qaragan boʻlsa, homilaning yurak tonlari qorinning oʻsha tomonida homila boshi yaqinidan yaxshiroq eshitiladi. Homila yuzi oldinda yotganda esa yurak urishi homilaning koʻkrak qafasi tomonidan yaqqolroq eshitiladi. Homilaning ensasi oldinda yotgan boʻlsa, yurak urishi kindik pastidan (birinchi pozitsiyada chap tomondan, ikkinchi pozitsiyada oʻng tomondan) yaxshiroq eshitiladi.



bevosita quloq solish ham mumkin, lekin bu usul uncha qulay boʻlmaganidek, aniq natija bermaydi.

Qoringa quloq solinganda homilaning yurak tonlari aniqlanadi. Bundan tashqari, ona organizmidan keluvchi har xil tovushlarni eshitish mumkin: 1) qorin aortasining urib turishi — ayol pulsiga mos keladi; 2) bachadonning yon devorlaridan oʻtgan yirik qon tomirlaridagi guvillagan shovqinlar — ayol pulsiga mos keladi; 3) ichakning notekis shovqinlari — peristaltikasi.

Homilaning yurak tonlari homiladorlikning aniq belgisi boʻlib xizmat qiladi, yurak tonlarini eshitish maqsadida auskultatsiya oʻtkaziladi. Yurak tonlarini eshitib, qorindagi homilaning vaziyatini ham aniq-

Homilaning chanogʻi oldinda yotganda orqasi qaysi tomonga qaragan boʻlsa, oʻsha tomonda homilaning yurak urishi kindik yuqorisidan (homila boshi yaqinidan) birinchi pozitsiyada chap tomondan, ikkinchi pozitsiyada oʻng tomondan ravshanroq eshitiladi (74-rasm).

74-rasm. Homila yurak urishining turli holatlarda ravshanroq eshitiladigan joylar:

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

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

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

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

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

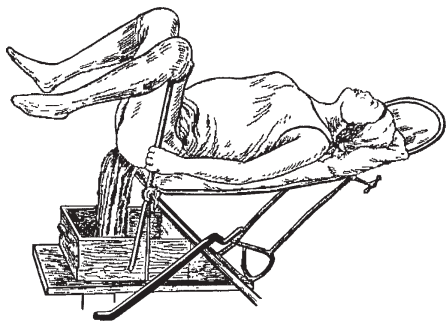
Chanoqni tekshirish. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida chanoq sinchiklab tekshiriladi (V bobga qaralsin).

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

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

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

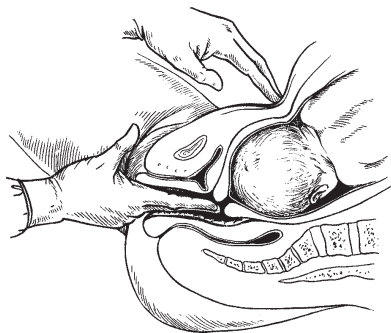
3. Odatda tug'uvchi ayollar tug'ruq majmuasiga kelganda va qog'onoq suvlari ketgandan keyin qin orqali tekshiriladi, keyinchalik bu tekshirish ko'rsatmalarga qarab o'tkaziladi. Bunday tartib tug'ruqning og'irlashuvini o'z vaqtida aniqlash va zarur yordam ko'rsatish imkonini beradi.



75-rasm.

Qin orqali tekshirishda homilador (tugʻuvchi) ayolning holati.

qoʻlning ishora barmogʻi bilan oʻrta barmogʻi qinga avaylab suqiladi (bosh barmoq yuqoriga qarab turadi, nomsiz barmoq bilan jimjiloq kaftga taqalgan boʻladi) (76-rasm).



76-rasm.

Tugʻuvchi ayolni qin orqali tekshirish.

Qin orqali tekshirish quyidagicha oʻtkaziladi. Homilador (tugʻuvchi) ayol chalqancha yotadi. Oyoqlari tizza va chanoq-son boʻgʻimlaridan bukilib, kerib qoʻyiladi (75-rasm). Akusherning qoʻllari va homilador ayolning tashqi jinsiy aʼzolari yuqumsizlantiriladi. Katta-kichik jinsiy lablar chap qoʻlning bosh barmogʻi va ishora barmogʻi bilan kerilib, jinsiy yoriq, qin ogʻzi, klitor, uretraning tashqi teshigi, oraliq koʻzdan kechiriladi. Soʻngra oʻng

Tekshirishda quyidagi tartibga rioya qilinadi.

1. Qinning kengligi va devorlarining choʻziluvchanligi, chandiqlar, oʻsmalar, toʻsiqlar va boshqa patologik holatlar bor-yoʻqligi aniqlanadi.

2. Bachadon boʻynini topib, shakli, kattaligi, konsistensiyasi aniqlanadi; tugʻuvchi ayollarni tekshirganda bachadon boʻynining qanchalik tekislanganligi («saqlangan», «kaltalangan», «tekislangan» boʻladi), nechogʻli yetilganligi («yetilgan», «yetilmagan») aniqlanadi.

3. Bachadon boʻyni kanalining tashqi teshigi (yumaloq yoki yoriqsimon shaklda ekanligi, yopiq yoki ochiqligi) tekshiriladi. Tugʻuvchi ayollarda tashqi boʻgʻiz chetlarining holati (yumshoqligi yoki zichlashganligi, qalinligi yoki yupqaligi) va nechogʻli ochilganligi aniqlanadi. Bir yoki ikki barmoq uchi teshikka suqilib, uning 1, 2, 3, 4 barmoq enicha yoki butunlay ochilganligi aniqlanadi. Bir barmoq kengligi taxminan 1,5–2 sm hisoblanadi. Bachadon boʻyni 10–12 sm gacha ochilgan boʻlsa, u toʻliq ochilgan hisoblanadi.

4. Tugʻuvchi ayollarda homila pufagining holati (butunligi, shikastlanganligi, taranglik darajasi) aniqlanadi.

5. Homilaning oldinda yotgan qismi (boshi, dumbalari, oyoqlari) qayerda (kichik chanoq kirish qismi ustida, kichik chanoq ogʻzida kichik yoki katta

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

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

7. Tekshirish oxirida diagonal konyugata o'lchanadi.

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

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

QO'SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

Rentgenologik tekshirish. Homilaning vaziyatini va qismlari joylashuvini (strukturasini), egizakligini, chanoqning tuzilish xususiyatlarini va o'lchamlarini rentgenografiya usullari bilan aniqlash mumkin.

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

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

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

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

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

HOMILADORLIK MUDDATI VA TUG'RUQ VAQTINI ANIQLASH

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

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

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

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

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

Homiladorlik 230–240 kun davom etganda ham yetuk bola tug'ilish holatlari qayd etilgan. Homiladorlikning 280 kundan ortiq davom etighi ham kuzatiladi (homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi, kechikib tug'ish).

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

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniq bilish uchun ayollarni homiladorlikning dastlabki muddatlaridayoq hisobga olish va oyiga 1—2 marta tekshirib turish, anamnez va homilador ayolni obyektiv tekshirish ma'lumotlarining jami **yig'indisini** hisobga olish kerak. Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlash uchun anamnez ma'lumotlaridan so'nggi hayz ko'rish vaqti va homilaning birinchi qimirlagan vaqti haqidagi ma'lumotlar ahamiyatli.

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

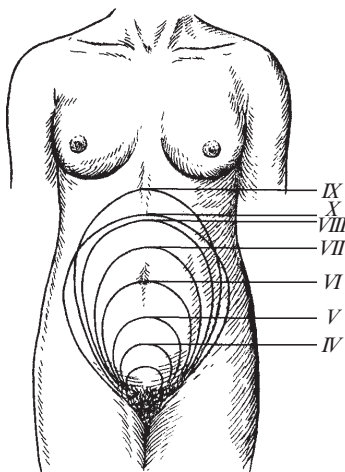
Tug'ruq vaqtini hisoblab chiqmoq uchun so'nggi hayz ko'rishning birinchi kuniga 280 kun, ya'ni akusherlar hisobida 10 oy yoki kalendar hisobida 9 oy-u 7 kun qo'shiladi. Odatda, tug'ruq vaqti osonroq hisob qilinadi: so'nggi hayz ko'rishning birinchi kunidan kalendar hisobida 3 oy orqaga chegirib tashlanadi va 7 kun qo'shiladi. Masalan, so'nggi hayz ko'rish 2 oktabrda boshlangan bo'lsa, 3 oyni (2/IX, 2/VIII, 2/VII) chegirib va 7 kun qo'shib, ayolning 9/VII da tug'ishi aniqlanadi. So'nggi hayz ko'rish 20/V da boshlangan bo'lsa, 27/II da tug'adi deb taxmin qilinadi va hokazo.

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashda homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti hisobga olinadi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollar qornidagi bolaning qimirlashini 20-haftadan, ya'ni homiladorlikning o'rtalaridan boshlab, takror homilador bo'lgan ayollar esa ikki haftacha ilgariroq, ya'ni 18-chi haftadan seza boshlaydi.

Homilaning birinchi marta qimirlagan vaqtiga birinchi marta homilador bo'lgan ayollar uchun akusherlar hisobida 5 oy va takror homilador bo'lgan

ayollar uchun akusherlar hisobida 5,5 oy qo'shib, ayolning tug'adigan kuni taxminan aniqlanadi.

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



77-rasm.

Homiladorlikning turli oylarida bachadon tubining qanday balandlikda turishi.

Homiladorlikning turli muddatlarida bachadonning kattaligi va bachadon tubining qanday balandlikda turishi.

Akusherlar hisobidagi I oy (4 hafta) oxirida bachadon kattalashib, taxminan tovuq tuxumiday bo'ladi. Bu muddatda homiladorlik muddatini aniqlash deyarli mumkin bo'lmaydi.

II oy (8 hafta) oxirida bachadon kattaligi taxminan g'oz tuxumiga baravar keladi. III oy oxirida bachadonning kattaligi deyarli yangi tug'ilgan chaqaloqning boshiday bo'ladi. IV oydan boshlab bachadon tubi qorin devorlari orqali paypaslab topiladi va bachadon tubining qanday balandlikda turganiga qarab homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi (77-rasm). Ayni vaqtda shuni esda tutish kerakki, homilaning kattaligi, qog'onoq suvining ortiqchaligi, egizaklar taraqqiy etayotganligi, homilaning noto'g'ri yotishi va

homiladorlik o'tishining boshqa xususiyatlari bachadon tubining qanday balandlikda turishiga ta'sir etadi. Modomiki shunday ekan, homiladorlik muddatini aniqlashda bachadon tubining qanday balandlikda ekanligi boshqa belgilar (so'nggi hayz ko'rish, homilaning birinchi marta qimirlashi va hokazo) yig'indisi bilan birga hisobga olinadi.

Akusherlar hisobidagi IV oy (16 hafta) oxirida bachadon tubi qov bilan kindik o'rtasida (simfizdan 4 barmoq enicha yuqorida) joylashgan bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi V oy (20 hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan ikki barmoq enicha pastda turadi; qorin devorining do'ppayganligi sezilib turadi.

Akusherlar hisobidagi VI oy (24 hafta) oxirida bachadon tubi kindik ro'parasida turadi.

Akusherlar hisobidagi VII oy (28 hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan 2–3 barmoq enicha yuqorida bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi VIII oy (32 hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindik o'rtasida turadi. Kindik tekislanga boshlaydi. Kindik ro'parasida qorin aylanasi 80–85 sm bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi IX oy (36 hafta) oxirida bachadon tubi xanjarsimon o'siq va qovurg'alar ravog'igacha ko'tariladi. Bu homilali bachadon tubining eng ko'p ko'tarilgan nuqtasidir. Qorin aylanasi o'rta hisob bilan 90 sm. Kindik tekislangan bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi X oy (40 hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindikning qoq o'rtasida turadi, ya'ni VIII oy oxirida qanday balandlikda turgan bo'lsa, o'sha balandlikka tushadi. Kindik do'ppayib turadi. Qorin aylanasi 95–98 sm, homila boshi pastga tushib, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq kirish qismiga taqaladi yoki chanoq kirish qismida kichik segmenti bilan turadi.

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

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

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

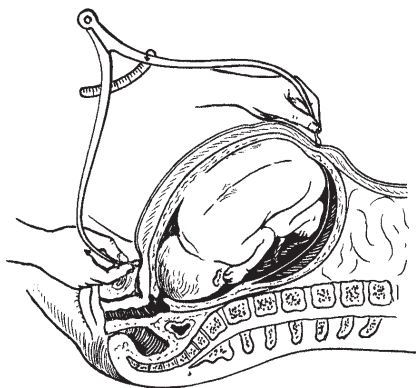
Bachadon tubining qovdan qancha balandda ekanligi santimetrli lenta yoki tazomer bilan o'lchanadi. Ayol chalqancha yotib, oyoqlarini to'g'ri uzatadi, tekshirishdan oldin qovug'i bo'shatilgan bo'ladi. Simfizning yuqori chekkasi bilan bachadon tubi o'rtasidagi masofa o'lchanadi. Santimetrli lenta bilan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

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

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

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

Ona qornidagi homila uzunligini o'lchash homiladorlik muddatini aniqlash uchun qo'shimcha ma'lumotlar beradi. Qorindagi homilani aniq o'lchash qiyin,



78-rasm.

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

bunda olinadigan ma'lumotlar faqat taxminiy bo'ladi. Qorindagi homilaning uzunligi odatdagi tazomer bilan o'lchani. Ayol chalqancha yotadi, o'lchashdan oldin qovug'i bo'shatilgan bo'lishi kerak. Homilaning qismlari qorin devori orqali paypaslab topilgach, tazomerning bir tugmachasi homila boshining pastki qutbga, ikkinchi tugmachasi bachadon tubining ko'pincha homila dumbasi turadigan joyiga o'rnatiladi (78-rasm). Homilaning pastki qutbidan chanoq tomondagi uchigacha bo'lgan masofa qorindagi homila uzunligining (bosh tepasidan tovongacha) naq yarmiga baravar.

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

Skulskiy formulasi:
$$X = \frac{(L \cdot 2) - 5}{5}.$$

Bu formulada X—izlanayotgan homiladorlik muddati; L—bachadondagi homilaning uzunligi; 2—ikkilanish koeffitsiyenti; suratdagi 5—bachadon va qorin devorining qalinligi, maxrajdagi 5—Gaazi formulasidagi indeks.

Masalan, homilaning uzunligi 25 sm, u ona qornida ikki buklanib yotganligi uchun uni 2 ga ko'paytirsak $25 \cdot 2 = 50$ bo'ladi, undan 5 sm chegirib, $50 - 5 = 45$ kelib chiqadi. Demak, homiladorlik muddati 9 oylik, yoki 36 haftalik hisoblanadi.

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

$$X = L + 4.$$

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

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

Jordaniya formulasi: $X = L + C$.

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

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

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

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

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

30 haftalik homiladorlik belgilari

Tipi	Qorin aylanasi (sm. da)	Homila boshining o'lchami (sm. da)	Homila boshining joylashuvi	Bachadon bo'yni-qin qismining holati	Bachadon tubining balandligi (sm da)
Birinchi (kichik-past bo'yli, infantil, astenik tipdagi ayollar) bo'yi 155 sm dan past	72–79 sm	8–8,5	Chanoq bo'shlig'ida	Kaltalashgan	21–23
Ikkinchi (o'rta bo'yli ayollar) bo'yi 155–165 sm	80–82 sm	9–9,5	Harakatchan	Kaltalashmagan	25–27
Uchinchi (baland bo'yli, gavdali, semizroq ayollar) bo'yi 165 sm dan baland	92–94 sm	10–10,5	Chanoq kirish tekisligidan balandda liqillab turadi	Kaltalashmagan	28–30

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

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

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

ILGARIGI TUG'RUQ BELGILARI

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

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

QORINDAGI HOMILANING TIRIK YOKI O'LIK EKANINI ANIQLASH

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

Homiladorlikning birinchi yarmida hali aniq belgilar bo'lmagani uchun homilaning tirikligi bachadonning o'sishiga qarab aniqlanadi. Bachadon kattaligi homiladorlik muddatiga yarasha kattalashaversa, bu homilaning tirik ekanligini va rivojlanayotganligini ko'rsatadi.

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

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

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

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

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

Nazorat uchun savollar

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

IX BOB.**HOMILADOR AYOLLAR GIGIYENASI
VA PARHEZI**

Normal homiladorlikda ayol organizmida ro'y beruvchi o'zgarishlar fiziologik hodisa hisoblanadi. Bu fiziologik o'zgarishlar qorinda homila taraqqiy etishiga aloqador bo'lgan yangi sharoitga ayol organizmining moslanishidan iborat.

Odatda homiladorlik ayol organizmiga yaxshi ta'sir etadi, uning to'la yetilishiga va yayrab-yashnashiga yordam beradi. Jinsiy a'zolarida ilgari bo'lgan ko'pgina yallig'lanish jarayonlari homiladorlik tufayli butunlay tuzalib ketishi mumkin. Homiladorlikda ayolning barcha a'zolari normal ishlaydi, ammo odatdagidan ortiqroq ish bajaradi. Homilador ayol organizmidagi fiziologik funksiyalarning ortishi qorinda rivojlanayotgan homilaning tobora o'sayotgan ehtiyojlari bilan bog'liq.

Homiladorlik fiziologik jarayon bo'lgani tufayli, ayol to'g'ri hayot tartibiga amal qilsa, unga malol kelmaydi. To'g'ri ovqatlanmaganda, badanini toza tutmaganda, o'ta charchaganda va tashqi muhitning boshqa noqulay sharoitlarida homilador ayol organizmining funksiyalari buziladi, buning natijasida homiladorlik birmuncha og'irlashadi. Modomiki shunday ekan, homiladorlikda gigiyena qoidalariga ayniqsa qat'iy rioya qilish zarur, buning natijasida ayolning sog'lig'i saqlanadi va mustahkamlanadi, qorindagi homila to'g'ri rivojlanadi, tug'ruq va chilla davri normal o'tadi, ayol organizmi bola emizishga tayyorlanadi.

Homilador ayolning umumiy tartibi. Ayol homiladorlikkacha to'g'ri hayot kechirgan bo'lsa, homiladorlik umumiy tartibga maxsus o'zgarishlar kiritishni taqozo qilmaydi. Homiladorlik normal o'tayotgan bo'lsa, ayol odatdagi ishini ado etaveradi. O'rtacha jismoniy va aqliy mehnat homilador ayol organizmiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Ayolning ishlab turishi tufayli asab, yurak-tomir, qon yaratish, nafas tizimlari va organizmidagi boshqa tizimlar bekam-u ko'st faoliyat ko'rsatadi, modda almashinuvi yaxshilanadi. Bekorchilik, uzoq yotish yoki hadeb o'tirish ayol organizmini yog' bosishiga, qabziyatga moyil qilib qo'yadi, muskul tizimi quvvatdan ketadi va tug'ruq kuchlari susayadi. Ammo homiladorlik vaqtida keskin harakatlar qilmaslik, og'ir yuk ko'tarmaslik va ko'p charchamaslik tavsiya etiladi. Ayolning bo'yida bo'lgani aniqlangan paytdan boshlab uni kechasi ishlatish, homiladorlikning IV oyidan boshlab uni ish soatlaridan tashqari ishga tortish qonun yo'li bilan taqiqlab qo'yilgan, anchagina yuk ko'tarish va tashish, yuqori temperatura va kimyoviy moddalar ta'siri ostida jismoniy mehnat qilish taqiqlanadi, chunki yuqori temperatura va kimyoviy moddalar homilador ayolga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Homilador ayollarning oyoq mashinada kiyim tikishi, velosiped minishi va gavdani silkintiradigan boshqa transport turlarini haydashi, sportning charchatuvchi hamma turlari, ayniqsa sakrash va keskin harakatlar bilan shug'ullanishi yaramaydi.

Homilador ayol ishdan bo'sh vaqtlarida sayr qilib yurishi zarur, lekin bu sayr charchatadigan bo'lmasin. Sayr qilib yurish homilador ayolning jismoniy va ruhiy holatiga foyda qiladi. Homilador ayol ochiq havoda uzoq yurganda qornidagi homilasi kislorodga to'ynadi.

Homiladorlik normal o'tishi uchun uyquning muhim ahamiyati bor. Homilador ayol bir sutkada kamida 8 soat uxlashi kerak, kechasi soat 10—11 dan kechikmay uyquga yotish zarur. Uyqudan oldin ochiq havoda aylanib kelish va yotiladigan xonani shamollatish tavsiya etiladi. Homilador ayolning karavoti qulay, o'rin-boshi yumshoq bo'lishi kerak, yostiq jildi, choyshablarni tez-tez almashtirib turish zarur, o'ng yon bilan yoki chalqancha yotib uxlagan ma'qul.

Homiladorlik vaqtida jinsiy aloqa cheklanishi lozim. Homiladorlikning dastlabki 2—3 oyida, ayniqsa bola tashlab yurgan ayollarning, shuningdek, birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarning jinsiy aloqa qilishi tavsiya etilmaydi. Jinsiy aloqada bachadon qo'zg'aluvchanligi va qon ta'minoti o'zgaradi, bu o'zgarish esa bola tushishiga yo'l ochishi mumkin. Homiladorlikning so'nggi ikki oyida jinsiy aloqa qilish yaramaydi, chunki unda ayolning tug'ruq yo'llariga patogen mikroorganizmlar tushadi.

Homilador ayollarning spirtli ichimliklar ichishi, shuningdek, tamaki chekishi yaramaydi. Alkogol va nikotin homilador ayolning organizmini zaharlab, qornidagi homilasiga salbiy ta'sir qiladi. Homilador ayolni yuqumli kasalliklardan saqlash zarur. Bu kasalliklar ona organizmi uchun va qornidagi bolasi uchun ayniqsa xavfli. Yiringli teri kasalliklari bilan og'rigan bemorlardan ayniqsa homiladorlik oxirida uzoqroq yurish kerak.

Badan parvarishi. Homiladorlik vaqtida badan tozaligiga ayniqsa jiddiy e'tibor berish zarur. Badan toza bo'lganda teri orqali nafas olish kuchayib, organizm uchun zararli bo'lgan chiqindilar ter bilan chiqib ketadi.

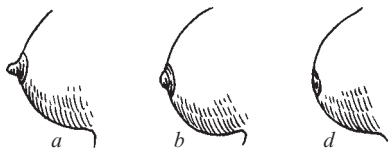
Terining chiqarish funksiyasi kuchayganligidan, homiladorlik davrida ko'proq zo'r berib ishlaydigan buyraklar funksiyasi osonlashadi. Badanni toza tutish bir qancha yuqumli kasalliklarning oldini oladi.

Homiladorlik vaqtida dushda yuvinish, badanni ortiqcha qizitib yubormaslik kerak. Homiladorlikning so'nggi oyida vannada cho'milish taqiqlanadi. Dushda yuvinishdan tashqari, har kuni uy temperaturasidagi suvga latta ho'llab, badanni artish, so'ngra quruq sochiqqa artinib, terini quritish tavsiya etiladi.

Homilador ayol tashqi jinsiy a'zolarini kuniga ikki marta iliq suvda sovunlab yuvib turishi kerak. Avvalo qo'lni tozalab yuvish zarur. Tashqi jinsiy a'zolari pastdan suv uradigan dushda yoki tog'ora ustida (cho'nqayib) chap qo'lda obdastadan suv quyib yuvish kerak. Bunda o'ng qo'lni orqa chiqaruv teshigidan oldinga qarab emas, balki oldindan orqa chiqaruv teshigiga qarab harakatlantirish kerak. Homiladorlik vaqtida qinni chayish yaramaydi. Homilador ayolning jinsiy yo'llaridan patologik chiqindi (oqchil) kelayotgan bo'lsa, bunday ayolni maxsus tekshirish va davolash uchun vrachga yuborish kerak.

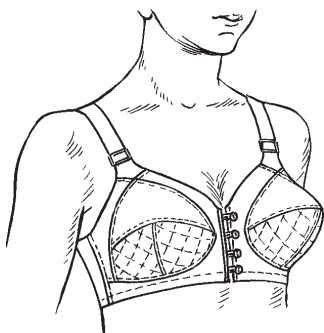
Homiladorlik davrida og'iz bo'shlig'ini nihoyatda toza tutish kerak. Tishni ertalab va kechqurun yumshoq cho'tkada tozalash, ovqatdan keyin og'izni chayish zarur. Homiladorlik vaqtida ayol tish vrachiga ko'rinib turishi lozim. Og'rigan tishlarning hammasini ayol tug'gunicha tuzattirib olishi kerak.

Homiladorlik vaqtida sut bezlarini bo'lajak funksiyasiga — bola emizishga tayyorlash zarur.



79-rasm. Ko'krak uchining shakllari. *a*—uchi normal; *b*—uchi yassi; *d*—uchi ichiga tortilgan.

Ilgari ko'krak uchi yorilmasligi uchun spirt, tanin eritmasi, yog' va boshqa moddalar bilan artilar edi. Hozir sut bezlarini va ko'krak uchlarini har kuni uy temperaturasidagi suvda sovunlab yuvib, keyin sochiqda artib turish maqsadga muvofiq deb hisoblanadi. Bu oddiy choralar sut bezlarini kelgusi funksiyasiga tayyorlaydi, ko'krak uchini yorilishdan va yallig'lanishdan (mastitdan) saqlaydi. Ko'krak uchi yassi yoki ichiga tortilgan bo'lsa (79-rasm) qo'lni tozalab yuvib, massaj qilish kerak. Buning uchun ko'krak uchi ishora barmog'i va bosh barmoq bilan avaylab ushlanib, kuniga 2—3 mahal 3—4 daqiqadan tortib turiladi.



80-rasm.
Homilador ayol siynabandi.

Homilador ayolning kiyimi. Homilador ayol kiyimi qulay va keng bo'lishi kerak. Ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida ko'krak qafasi va qorinni qisib qo'yish yaramaydi. Belni qisib turadigan belbog'lar, yumaloq tortmalar, belni va tizza yuqorisini qattiq qisadigan rezinali triko, tortanqis siynaband va shu kabilar taqiqlanadi. Ularga dag'al matodan qulay siynaband tiktirib, tutib yurish tavsiya etiladi. Siynabandlar ko'krak bezlarini qismasdan, pastdan ko'tarib turishi kerak (80-rasm). Modomiki shunday ekan, siynaband pallalari yetarlicha chuqur, sut bezlarining shakliga va kattaligiga mos bo'lishi lozim. Homilador ayolning kengroq ko'ylak yoki yubka kiyib yurgani ma'qul. Paypoq uzun tasma bilan belga mahkamlanadi, homiladorlikning ikkinchi yarmida esa bandajga birlashtirib qo'yiladi. Homiladorlik vaqtida kiyimni toza tutish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir.

Homilador ayol poshnasiz yoki past poshnali qulay poyabzal kiyishi kerak. Baland poshnali poyabzal orqa va oyoq muskullarining tarangligini oshirgani uchun tavsiya etilmaydi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida, ayniqsa takror homilador bo'lgan ayollarga bandaj tutish tavsiya etiladi. Bandaj qorinni qismasdan, pastdan ko'tarib turishi kerak (81-rasm). Bandaj ertalab yotgan holatda tutiladi, kechasi yotishdan oldin

olib qo'yiladi. Bandaj tutish qorin devorining haddan tashqari cho'zilishiga yo'l qo'ymaydi, homiladorlik vaqtida gavdaning og'irlik markazi ko'chgani uchun orqa muskullarining taranglanishiga xos bo'lgan beldagi og'irlik hissini kamaytiradi.

Homilador ayolning ovqati. Homiladorlik vaqtida to'g'ri ovqatlanish ayolning sog'lig'ini saqlash va qorindagi homilaning normal rivojlanishi uchun g'oyat muhim ahamiyatga egadir. Homiladorlik vaqtida to'g'ri ovqatlanmaslik onaning turli kasalliklar bilan og'rishiga va homilaning noto'g'ri rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Homilador ayollarning ovqatlanish tartibi bu davrda ayol organizmida ro'y beradigan fiziologik o'zgarishlarni; ona va homila organizmiga yetarli miqdorda oqsil, yog', tuz va vitaminlar yetkazib berish zarurligini hisobga olib tuziladi.

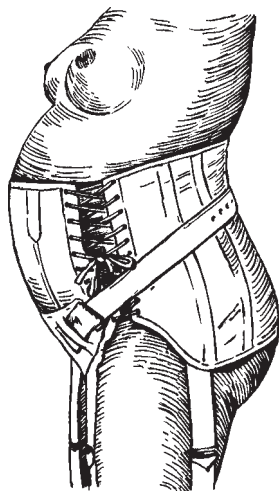
Homiladorlikning birinchi yarmida alohida parhez qilishning hojati yo'q. Homilador ayol tarkibida asosiy oziq moddalarning hammasi bo'ladigan odatdagi ovqatlarni yeyaveradi. Ovqat rang-barang va mazali qilib tayyorlanishi kerak.

Homiladorlikning dastlabki oylarida ayol ehtiyoj sezsa o'tkir va sho'r ovqatlar (selyodka, ikra, tuzlangan karam, sho'r bodring va hokazo) yeyishi mumkin. Odatda homiladorlikning III – IV oyida ayolning boshqorong'iligi o'tib ketadi. Homiladorlik boshlarida ko'p ayollarning ko'pincha ertalab ko'ngli ayniydi. Bunday hollarda ertalab yotgan joyda ovqat yeyish, shundan keyingina o'rindan turish tavsiya etiladi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida asosan sutli-o'simlik ovqatlari – sut, kefir, qatiq, suzma, smetana, qaymoq, sariyog', sabzavot, kartoshkadan tayyorlangan ovqatlar, bo'tqa, shirguruch kabilar tavsiya yetiladi. Go'sht va baliqli ovqatlar taqiqlanmaydi-yu, me'yori bilan yeyiladi. Meva-sabzavotni (ayniqsa karam, sabzi va hokazo) xomligicha yeyish juda foydali, chunki ularda homilador ayol sog'lig'i va qornidagi bolaning rivojlanishi uchun zarur vitaminlar ko'p. Homiladorlikning ikkinchi yarmida go'shtni haftada 3–4 marta yeyish kerak. Hayvon oqsillarining qo'shimcha miqdori tuxum, pishloq, suzma va boshqa sutli mahsulotlar ko'rinishida iste'mol qilinadi. Go'sht va baliq solingan suyuq oshlar o'rniga sutli va sabzavotli suyuq oshlar iste'mol qilinadi. Alkogolli ichimliklar, garmdori, murch, xantal (gorchitsa), xren, sirka va boshqa o'tkir dorivorlar taqiqlanadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida tuzni kamroq iste'mol qilish zarur. Ichiladigan suyuqlik miqdorini kamaytirib, kuniga 4–5 stakanga tushirish kerak.

Yuqorida aytilgan parhez jigar, buyrak va homiladorlik vaqtida zo'r berib ishlaydigan boshqa a'zolarining normal funksiyasi uchun zarur. Homiladorlik



81-rasm.

Homilador ayol bandaji.

vaqtida ona organizmi va qorinda o'sayotgan homilaning vitaminlarga ehtiyoji oshadi. Vitaminlar yetishmasligi organizmning yuqumli kasalliklarga chidamini va mehnat qobiliyatini pasaytiradi. Homiladorlik vaqtida vitaminlarni yetarli iste'mol qilmaslik natijasida homila noto'g'ri rivojlanishi, bola tushishi, barvaqt tug'ilishi mumkin. Modomiki shunday ekan, homilador ayol organizmining hayot faoliyati uchun eng muhim vitaminlar bo'lgan ovqatlarni iste'mol qilib turish tavsiya etiladi.

Vitamin A ni *o'sish vitamini* deyishadi. Ovqatda bu vitamin yetishmasa yosh organizm yaxshi o'smaydi, yuqumli kasalliklarga chidami kamayadi, ko'z kasallanadi (kseroftalmiya, shapko'rlik), jigar, ichak kasalligi ham ro'y beradi. Vitamin A hayvonlarning jigar va buyragida, sut, tuxum, sariyog', baliq moyi, sabzi, ismaloqda ko'p bo'ladi.

Homiladorlarga zarur bo'lsa vitamin A ning tayyor preparatlari: drajelari (kuniga 2—4 mahal) yoki suyug'i (kuniga 2 mahal 1—2 tomchidan) berilishi mumkin.

Vitamin B₁ (*antinevritik vitamin*) modda almashinuvini boshqarishda qatnashadi, asab tizimida modda almashinuv jarayonlarining to'g'ri o'tishiga yordam beradi. Bu vitamin yetishmaganda asab tizimining og'ir kasalligi, qo'l-oyoq muskullarining atrofiyasi va falaji ro'y beradi. Vitamin B₁ pivo achitqisida, jigar, buyrakda, don va dukkakli o'simliklarda ko'proq. Vitamin B₁ qora nonda ham bo'ladi. Odamga bir sutkada 10—20 mg vitamin B₁ kerak.

Vitamin B₂ (*riboflavin*) — o'sish faktori. Bu vitamin yetishmaganda organizm yaxshi o'smaydi, ko'z, teri va shilliq pardalar kasallanadi. Vitamin B₂ achitqi, jigar, buyrak, go'sht, tuxum, sutli mahsulotlarda ko'p bo'ladi. Organizmga bir sutkada 2 mg vitamin B₂ kerak.

Vitamin PP (*nikotin kislota*) ferment tizimlari tarkibiga kiradi, modda almashinuvida qatnashadi. Bu vitamin yetishmaganda pellagra kasalligi avj oladi, bunda markaziy va periferik asab tizimi, teri va shilliq pardalar zararlanadi, ichak funksiyasi buziladi. Vitamin PP go'sht, jigar, achitqi, bug'doy donida ko'p bo'ladi; organizmga bir sutkada 15 mg vitamin PP kerak.

Vitamin C (*askorbin kislota*) organizmdagi oksidlanish jarayonlarida qatnashadi, hujayra ichidagi fermentativ jarayonlarni kuchaytiradi; homiladorlikning normal o'tishi uchun vitamin C zarur. Bu vitamin yetishmaganda singa (lavsha) kasalligi avj oladi, homilador ayollar bola tashlaydi va barvaqt tug'adi. Vitamin C sabzavot, mevada, ayniqsa na'matak mevasida, smorodinada, xom yong'oqda ko'p bo'ladi. Organizmga bir sutkada 50—100 mg vitamin C kerak. Homiladorlik vaqtida bu vitamining ehtiyoj ancha oshadi. Shu sababli homilador ayol vitamin C ga boy ovqatlarni ko'proq iste'mol qilishi kerak. Qishda va ko'klamda homilador ayollarga vitamin C ning tayyor preparatlari (draje, tabletkalari) ni yoki askorbin kislotani (Acidi ascorbinici 0,2, Sacchari albi 0,3 kuniga 3 mahal bir poroshokdan) berib turish tavsiya etiladi.

Vitamin E. Organizmda vitamin E yetishmasa jinsiy bezlar funksiyasi, ovulatsiya va urug'lanish jarayoni buziladi; homiladorlik vaqtida gipovitaminoz E oqibatida homila nobud bo'ladi va bola tushadi. Vitamin E bug'doy va makkajo'xori donining murtagida, tuxum, jigar, soya moyida va hayvonlarning ba'zi to'qimalarida bor. Bola tashlash va tug'maslikni davolash maqsadida vitamin E boshqa moddalar bilan birga qo'llanilmoqda.

Vitamin D (*raxitga qarshi vitamin*) kalsiy va fosfor almashinuvini boshqarishda qatnashadi, qorindagi homilada raxitning oldini oladi. Vitamin D baliq moyida, yog'li baliqlarning go'shtida, jigar, ikra, sariyog'da ko'p bo'ladi. Vitamin D li ovqatlar yetarli bo'lmasa, homilador ayolga baliq moyi (kuniga 1—2 mahal 1 osh qoshiqdan) buyuriladi.

Homilador ayollarning ko'pincha 4 mahal ovqatlanishi tavsiya etiladi: birinchi nonushtada kundalik ovqatning 25—30 foizi, ikkinchi nonushtada 10—15 foizi, tushda 40—50 foizi, kechqurun 15—20 foizi yeyilishi kerak.

Homilador ayollar ko'pincha qabziyatga moyil bo'ladi. Ich qotmasligi uchun ho'l meva, sabzavot, qora non, qatiq iste'mol qilish kerak. To'g'ri ovqatlanishga qaramay ich qotaversa, huqna qilinadi.

Homiladorlik normal o'tayotganda maxsus gimnastika mashqlari bilan shug'ullanish foydali. Badantarbiya ayol sog'lig'ini saqlash va mustahkamlashga, homiladorlik, tug'ruq va chilla davrining to'g'ri o'tishiga yordam beradi. Homiladorlik vaqtida maxsus gimnastika bilan shug'ullanadigan yoki sportchi ayollarning osonroq tug'ishi aniqlangan.

Badantarbiya mashqlari vrach ko'rsatmasi va uning nazorati ostida o'tkaziladi, ayol mashq qilib, tegishli malaka orttirgach, uyda ham badantarbiya bilan shug'ullanishi mumkin. Homiladorlarga nafas olish, qon aylanishi, modda almashinuv va asab tizimining funksiyalarini yaxshilaydigan, qorin va chanoq tubining muskullarini mustahkamlaydigan mashqlar foydali.

Ayol bo'yida bo'lgan paytidan to tug'gunicha — butun homiladorlik mobaynida feldsher-akusherlik punkti, qishloq vrachlik punkti yoki ayollar maslahatxonasining nazorati ostida bo'ladi. Akusher va vrachlar ayolning sog'ligi va homiladorlikning rivojlanishini muntazam kuzatib turadilar, gigiyena va parhezga doir maslahat beradilar, mehnat va turmush sharoitini sog'lomlashtirish choralari ko'radilar. Homilador ayollar mamlakatimiz qonun-qoidalarida ko'zda tutilgan imtiyozlardan to'la foydalanishlarida akusher va vrachlar yordam berishadi. Homilador ayollarni sinchiklab kuzatish kasalliklarning dastlabki belgilarini va homiladorlikning og'irlashuvini o'z vaqtida aniqlashga hamda to'g'ri davolash choralari ko'rishga imkon beradi. Homiladorlikning og'irlashuviga yo'l qo'ymaslik uchun ayolni bo'yida bo'lgan dastlabki oylardan tortib muntazam kuzatib turish katta ahamiyatga egadir. Aholi yashaydigan joy (uchastka) dagi hamma homiladorlarni barvaqt hisobga olish zarur. Buning uchun sanitariya maorifi va patronaj ishi olib boriladi. Homilador har bir ayol homiladorlikning birinchi yarmida kamida oyida bir marta

va ikkinchi yarmida 2 haftada bir marta (zarur bo'lsa bundan ham tezroq) maslahatxonaga borib turishi shart.

Homilador ayollar har tomonlama mukammal tekshiriladi (anamnez ma'lumotlari to'planadi, homilador ko'zdan kechiriladi, ichki a'zolari tekshiriladi, akusherlik tekshirishi o'tkaziladi va hokazo).

Yurak-tomir tizimi, buyrak, jigar va boshqa a'zolar kasalligi, tor chanoq, homilaning noto'g'ri vaziyatlari, qon ketishi va homiladorlikning boshqa tarzda og'irlashuvlari bor-yo'qligi aniqlanadi. Homiladorlik gestozlari, ayniqsa eklampsiyaga yo'l ochadigan gestozlar (homiladorlar istisqosi, nefropatiya, preeklampsiya) ni aniqlashga katta e'tibor beriladi. Shu sababli maslahatxonada umumiy va akusherlik tekshirishidan tashqari arterial bosim muntazam o'lchab turiladi, siydik tekshiriladi, yashirin shish kelishidan bexabar qolmaslik uchun homiladorlarning gavda vazniga qarab turiladi.

Qanday bo'lmasin kasallik belgilari va homiladorlikning og'irlashayotganligi aniqlanganda homilador ayol darhol vrachga yuboriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Homilador ayollar gigiyenasi.
2. Homilador ayolning umumiy rejimi.
3. Homiladorlik davrida badan parvarishi, sut bezlarini bola emizishga qanday tayyorlash lozim?
4. Homilador ayollar parhezi.

X BOB.

TUG'RUQ

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

TUG'RUQNI KELITIRIB CHIQARUVCHI SABABLARI

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

Tug'ruqning boshlanish sabablari murakkab bo'lib, hali yetarli aniqlangan emas. Ammo so'nggi vaqtdagi tekshirishlar natijasida homiladorlik oxirida ayol organizmida ko'pgina o'zgarishlar ro'y berishi, buning natijasida tug'ruq

boshlanishi aniqlandi. Homiladorlik oxiriga kelib bosh miya po'stlog'ining qo'zg'atuvchanligi ancha pasayib, orqa miyaning qo'zg'aluvchanligi oshadi, bachadondagi asab elementlari va muskullarining qo'zg'aluvchanligi kuchayadi. Homilador ayol organizmidan ham, tashqi muhitdan ham bo'ladigan har xil mexanik, kimyoviy va boshqa ta'sirotlarga bachadon tobora kuchliroq reaksiya ko'rsata boshlaydi. Homiladorlikning so'nggi oylarida homilaning o'sishi qog'onoq suvining to'planish jarayonidan tezroq boradi; homila qismlari bachadon devorlariga homiladorlikning dastlabki oylaridagiga nisbatan yaqinroq joylashadi. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushgach, bachadon pastki segmentining devorida va bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkada, bachadon bo'g'izidagi asab chigallariga ta'sir etadi. Homiladorlik oxirida ayol organizmida kimyoviy moddalar ko'proq ishlanib chiqadi. Bu moddalar bachadonning asab elementlariga ta'sir etib, uning tonusini va qisqaruvchanligini oshiradi.

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

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

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

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

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

Prostoglandin, xinin va boshqa biologik faol moddalar bachadonning qisqaruvchanlik faoliyatiga ta'sir qiladi.

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

Tug'ruq refleks yo'li bilan boshlanadigan va asab tizimi tomonidan idora etiladigan murakkab jarayondir. Bachadon har gal qisqarganda asab elementlari

ta'sirlanadi, ayni vaqtda asab oxirlaridan biologik faol moddalar (asetilxolin, simpatin) ajralib chiqadi, bular esa bachadonning yangidan qisqarishiga yordam beradi. Tugʻruq oxirigacha shunday jarayonlar sodir boʻlib turadi.

TUGʻRUQNING XABARCHILARI VA BOSHLANISHI

Tugʻruq xabarchilari deganda tugʻruq yaqinlashganini bildiradigan bir qancha belgilar tushuniladi. Bu quyidagilardan iborat.

1. Homiladorlik oxirida (odatda tugʻruqqa 1—2 hafta qolganda) bachadon tubi pastga tushadi, shu munosabat bilan diafragmaning qisilishi barham topadi, ayol nafas olishi oson boʻlib qolganini qayd qiladi va ayolning gavda tuzilishi oʻzgaradi. Ayolning gerdayib yurishi kuzatiladi.

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

3. Tugʻruq oldidan bachadon boʻyni «yetukligi» ning belgilari yaxshi bilini b turadi: bachadon boʻyni chanoq oʻqi boʻylab joylashgan, juda yumshagan, sal kalta tortgan boʻladi, ilgari tugʻgan ayollarda servikal kanaldan barmoq oʻtadigan boʻlib qoladi. Tugʻruq vaqtida yana kalta tortib, tekislanadi.

4. Tugʻruqdan oldin koʻpincha qindan bachadon boʻyni bezlarining choʻziluvchan shilimshiq sekreti chiqadi.

5. Homiladorlik oxirida koʻp ayollar bachadon qisqarishlarini seza boshlaydilar, bu qisqarishlar tugʻruqdan oldin dumgʻaza sohasidagi va qorinning pastki qismidagi tortuvchi ogʻriqlar tusini oladi.

6. Ayol vazni tez-tez tortib koʻrilsa, tugʻruqdan oldin bir qadar kamayganini aniqlasa boʻladi, bu organizmdan koʻp suv chiqayotganiga bogʻliq. Bachadonning nomuntazam qisqarishlari va bachadon boʻyni shilimshigʻining (shilimshiq probkasining) qindan chiqishi tugʻruqning eng dastlabki xabarchilari hisoblanadi.

Bachadon muskullarining muntazam qisqarishlari (dard tutishi) tugʻruq boshlanganligini bildiradi. Tugʻruq boshlanganda har 10–15 daqiqada dard tutib turadi, keyinchalik esa tobora tez-tez va qattiq dard tutadi. Tugʻruq faoliyati boshlanganini bildiruvchi ikkinchi belgi — bachadon boʻynining sekin-asta tekislanishidir. Ayolni dard tuta boshlaganidan tortib to tugʻruq tamom boʻlguncha *tugʻuvchi ayol* deb aytiladi.

TUGʻRUQNING HAYDOVCHI KUCHLARI (DARD VA TOʻLGʻOQ TUTISHI)

Tugʻruqning haydovchi kuchlariga bachadon muskullarining muntazam takrorlanuvchi qisqarishlari — *dard tutishi*, dard tutishiga qoʻshiladigan qorin pressining ritm bilan **qisqarishi** — *toʻlgʻoq* kiradi.

Dard tutishi. Bachadonning qisqarishlari (dard tutishi) tugʻruqning asosiy haydovchi kuchi hisoblanadi. Dard tutishi tufayli bachadon boʻyni ochiladi (bachadon boʻynini ochuvchi dard tutishi), shu tariqa, homila va yoʻldoshning bachadon boʻshligʻidan itarilib chiqishiga yoʻl ochiladi. Dard tutishi natijasida homila bachadondan haydalib chiqadi (haydovchi dard).

Bachadon boʻyni ochilgach, dard tutishiga toʻlgʻoq tutishi ham qoʻshiladi. Homilaning haydalib chiqish jarayoni tugʻruqning ikkala kuchi (dard va toʻlgʻoq) bir vaqtda taʼsir etganligi natijasidir. Dard tutganda plasenta bachadon devorlaridan koʻchib haydalib tushadi (yoʻldoshni tushiruvchi dard tutishi). Nihoyat, tugʻruqdan keyin bir necha vaqtgacha bachadon ritm bilan qisqarib turadi (chillada dard tutishi).

Dard ixtiyordan tashqari tutadi, tugʻuvchi ayol dard tutishini oʻz istagi bilan boshqara olmaydi. Dard vaqt-vaqti bilan, maʼlum daqiqalardan keyin tutadi; dard tutishlar oʻrtasida oʻtadigan vaqt **pauza** deb ataladi. Bachadon qisqarishi odatda ogʻriqli boʻladi, lekin ayollar bu ogʻriqni turli darajada sezadilar.

Bachadon qisqarishi uning tubi va nay burchaklari sohasidan boshlanadi-da, tez orada bachadon tanasining pastki segmentigacha hamma muskullariga yoyiladi. Bachadonning pastki segmentida silliq muskul tolalari kamroq, shuning uchun tugʻruq vaqtida pastki segment choʻziladi va yupqa tortadi.

Har bir dard tutishi muayyan tartib bilan avj oladi; bachadon qisqarishi sekin-asta kuchayib, eng yuqori darajasiga yetadi; soʻngra muskullar boʻshashadi, pauza boshlanadi. Qoʻl bilan tekshirilganda bachadonning zichlashuvi, qotishi soʻngra sekin-asta boʻshashuvi osongina payqaladi.

Tugʻruq boshlanganda har bir dard tutishi 10–15 sekund davom etadi, tugʻruq oxiriga yaqinlashib esa oʻrta hisob bilan 1 daqiqaga choʻziladi. Tugʻruq boshlarida dard tutishlar oʻrtasidagi pauzalar 20–15–10 daqiqa davom etib, keyin qisqaradi, homilaning tugʻilish davriga yaqin har 2–3 daqiqada va hatto undan ham tezroq dard tutib turadi.

Toʻlgʻoq. Tugʻruqning haydovchi kuchlaridan ikkinchisi – toʻlgʻoq – qorin pressi va diafragma koʻndalang-targʻil muskullarining qisqarishidan iborat. Bachadon boʻyni, parametral kletchatka va chanoq tubining muskullaridagi asab elementlariga homilaning oldinda yotgan qismi taʼsir etishi natijasida refleks yoʻl bilan toʻlgʻoq tutadi.

Toʻlgʻoq ixtiyordan tashqari tutadi, ammo tugʻuvchi ayol toʻlgʻoqni maʼlum darajada boshqara oladi. Tugʻuvchi ayol toʻlgʻoqni akusherning koʻrsatmasi bilan kuchaytiradi yoki kamaytiradi.

Toʻlgʻoq vaqtida qorin ichidagi bosim koʻtariladi. Ayni vaqtda bachadon ichidagi bosimning koʻtarilishi (*dard tutishi*) va qorin ichidagi bosimning koʻtarilishi (*toʻlgʻoq*) shunga olib keladiki, bachadon ichidagi homila va yoʻldosh qarshilik kam tomonga, yaʼni kichik chanoq tomonga intiladi.

TUG'RUQ DAVRLARI

Tug'ruq uch davrga bo'linadi: bular – **bachadon bo'ynining ochilish davri, homilaning tug'ilish davri va yo'ldosh tushish davri.**

Bachadon bo'ynining ochilish davri *dastlabki* muntazam dard tutishidan boshlanib, pirovardida bachadon bo'ynining tashqi teshigi to'la ochilishi bilan yakunlanadi.

Homilaning tug'ilish davri bachadon bo'yni tashqi teshigining to'la ochilgan paytidan boshlanib (to'lg'oq tutganidan) homila tug'ilishi bilan tugaydi.

Yo'ldosh tushish davri esa bola tug'ilgan paytdan boshlanib, yo'ldosh tushishi bilan tugaydi.

BACHADON BO'YNINING OCHILISH DAVRI

Tug'ruqning birinchi davrida bachadon bo'yni sekin-asta tekislanadi va bo'yin kanalining tashqi teshigi bachadon bo'shlig'idan homila chiqib ketishi uchun yetarli darajagacha ochiladi. Dard tutishi tufayli bachadon bo'yni tekislanib, tashqi teshigi ochiladi. Dard tutgan vaqtda bachadon tanasining muskullarida quyidagi jarayonlar ro'y beradi:

a) muskul tolalari qisqaradi, bu jarayon – *kontraksiya* deyiladi.

b) qisqarayotgan muskul tolalari joyidan siljiydi, ularning o'zaro joylashuvi o'zgaradi, bir-biri bilan chalkashib, qisqarishni kuchaytiradi, bu jarayon – *retraksiya* deyiladi.

Dard tutguncha uzunlik bo'yicha ketma-ket yotgan muskul tolalari dard tutgach kaltalashadi, qo'shni tolalar qavatiga siljib kiradi, bir-biriga yonma-yon yotadi.

Bir dard tutishi bilan ikkinchi marta dard tutguncha o'tadigan davr(pauza)da muskul tolalarining siljiganligi saqlanib turadi. Navbatdagi dard tutishi (bachadon muskullarining qisqarishi) vaqtida muskul tolalarining retraksiyasi kuchayadi, shunga ko'ra bachadon devorlari tobora qalin tortadi.

Bundan tashqari, retraksiya tufayli bachadonning pastki segmenti cho'ziladi, bachadon bo'yni tekislanadi va bo'yin kanalining tashqi teshigi ochiladi. Buning sababi shuki, bachadon tanasining qisqarayotgan bo'ylama muskul tolalari bachadon bo'ynining doiraviy (sirkular) muskullarini chetga va yuqoriga tortadi, ayni vaqtda bachadon bo'ynining kanali dard tutishi sayin kengayaveradi – bu holat *distraksiya* deb ataladi.

Qog'onoq suvlarining bachadon bo'yni kanali tomonga siljishi ham bachadon bo'ynining ochilishiga yordam beradi. Har bir dard tutishida bachadon muskullari homila tuxumiga, asosan qog'onoq suvlariga tazyiq ko'rsatadi. Bachadon tubi va devorlarining bir tekis qisishi tufayli bachadon ichi bosimi oshadi va qog'onoq suvlari bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga, ya'ni qarshilik yo'q tomonga

intiladi (82-rasm). Qog'onoq suvlarining tazyiqi ostida qog'onoq pardasining pastki qutbi bachadon devorlaridan ko'chib, bachadon bo'yni kanalining ichki teshigiga ponasimon shaklda kiradi. Homila tuxumi pastki qutbi pardalarining shu qismi qog'onoq suyuqlig'i bilan birga bachadon bo'yni kanaliga kiradi va **homila pufagi** deb ataladi.

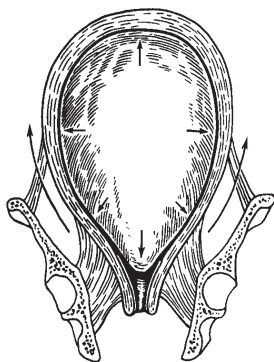
Dard tutgan vaqtda homila pufagi taranglanib va bachadon bo'yni kanaliga tobora chuqur kirib, bu kanalni ichkaridan kengayтира boradi. Shunday qilib, bachadon bo'ynining teshigi bachadon tanasidagi bo'ylama muskullar qisqarishi munosabati bilan bachadon bo'yni doiraviy muskullarining cho'zilishi (distraksiya) hisobiga, taranglashgan homila pufagining bo'yin kanaliga kirib, unga gidravlik pona kabi ta'sir etishi bilan shu kanalni kengaytirishi hisobiga ochiladi. Bachadon bo'ynining ochilishiga sabab bo'ladigan asosiy omil – bachadonning qisqarishi (dard tutishi)dir; dard tutishi tufayli bachadon bo'ynining distraksiyasi ham ro'y beradi, bachadon ichidagi bosim ham ko'tariladi, natijada homila pufagi taranglashib, bachadon bo'ynining teshigiga kiradi.

Bo'ylama muskullar retraksiyasi va kaltalanishi tufayli bachadon yuqoriga intilib, homila pufagidan go'yo surilib ketadi. Ammo bachadonning boylam apparati bu a'zoning surilib ketishini cheklaydi. Yumaloq boylamlar, dumg'aza-bachadon boylamlari va qisman serbar boylamlar qisqarayotgan bachadonni yuqoriga behad surilib ketishdan saqlaydi. Yumaloq boylamlar taranglanganligini tug'ayotgan ayolning qorin devori orqali paypaslab bilsa bo'ladi. Boylamlar yuqorida aytilgandek ta'sir etgani uchun bachadonning qisqarish kuchi homila tuxumining pastga siljib borishiga sarf bo'ladi.

Bachadon retraksiyasida bachadonning bo'ynigina emas, pastki segmenti ham cho'ziladi. Bachadonning bo'g'zidan va bachadon tanasining eng pastki bo'limidan iborat bo'lgan pastki segment birmuncha yupqa devori, undagi muskul elementlari bachadonning yuqori segmentidagiga nisbatan kamroq. Pastki segmentning cho'zilishi homiladorlik vaqtidayoq boshlanadi va tug'ruq vaqtida yuqori segment muskullari (kovak muskul) retraksiyasi tufayli kuchayadi.

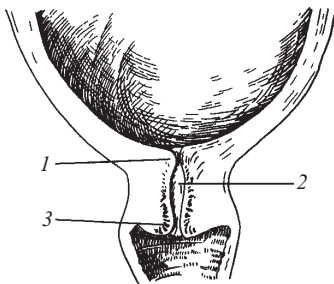
Dard tutishi avjiga chiqqach, qisqaruvchi kovak muskul (yuqori segment) bilan bachadonning cho'zilayotgan pastki segmenti o'rtasidagi chegara sezila boshlaydi. Bu chegara **kontraksion** (yoki **chegara**) **halqa** deb ataladi.

Odatda kontraksion halqa qog'onoq suvlari ketgandan keyin vujudga kelib, ko'ndalangiga yotgan egatga o'xshab turadi, uni qorin devori orqali paypaslab bilish mumkin. Birinchi marta tug'ayotgan va takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tekislanishi va bo'yin kanalining ochilishi bir xilda bo'lmaydi.

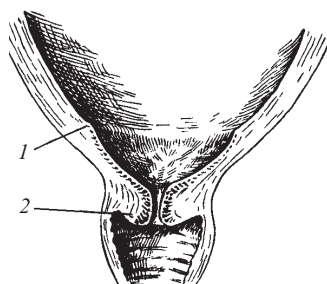


82-rasm.

Bachadonning qisqarishlari ta'sirida qog'onoq suvlarining ichki teshik tomonga intilishi, homila pufagining teshikka suqilib turishi.



83-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni tug'ruq boshlanishidan oldin.
1–ichki teshik yopiq; 2–bachadon bo'yni ning kanali; 3–tashqi teshik yopiq.



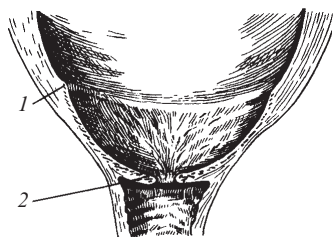
84-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davrida; bachadon bo'yni tekislanmoqda.
1–ichki teshikka mos keladigan joyi; 2–tashqi teshik yopiq.

Birinchi marta tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'yni ichki teshigi oldin ochiladi; so'ngra bachadon bo'ynining kanali sekin-asta kengayib, pastga tomon torayuvchi voronka shaklini oladi (83–84-rasmlar). Bachadon bo'ynining kanali kengaygan sayin bachadon bo'yni qisqaradi va nihoyat, butunlay tekislanadi (yoziladi), faqat tashqi teshik yopiq turaveradi. Keyinchalik tashqi teshik cho'zilib, chetlari yupqa tortadi, teshik ochila boshlaydi (85–86-rasmlar).

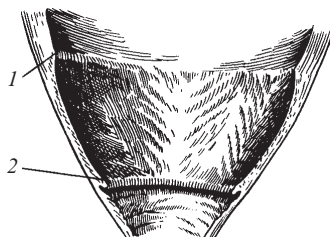
Takror tug'ayotgan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi homiladorlik oxiridayoq biroz ochiq turadi (87-rasm), undan barmoq uchi bemalol o'tadi. Bachadon bo'ynining ochilish davrida ichki teshikning ochilishi va bachadon bo'ynining tekislanishi bilan deyarli bir vaqtda tashqi teshik ham ochiladi (88–89-rasmlar).

Tashqi teshik sekin-asta ochiladi. Dastlab teshik bir barmoq uchini o'tkazadi, keyin ochiq teshikdan ikkita va undan ortiq barmoq o'tadi. Teshik ochilgan sayin chetlari tobora yupqa tortadi, ochilish davrining oxiriga yaqin teshik chetlari kambar yupqa jiyak shakliga kiradi. Teshik taxminan 10–12 sm kengaygach, to'la ochilgan deb hisoblanadi va yetuk homilaning boshini va tanasini o'tkazadi.

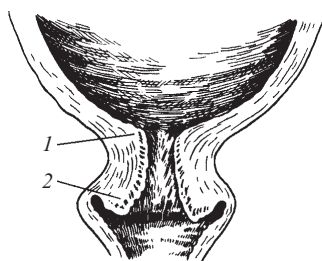
Har bir dard tutgan vaqtda qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga intiladi, homila pufagi taranglanib (to'lishib), teshikka suqilib kiradi. Dard tutib bo'lganda qog'onoq suvi qisman yuqoriga siljiydi, homila pufagining tarangligi biroz kamayadi. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zida qimirlab turadigan bo'lguncha qog'onoq suvi homila tuxumining pastki qutbiga va teskariga bemalol siljib turadi. Homila boshi pastga tushgach, hamma tomondan bachadonning pastki segmentiga tegib turadi va bachadon devorining shu qismini chanoq og'ziga qisib ushlaydi. Homila boshining pastki segmenti devorlari bilan o'ralgan joyi **tegish** (taqalish) **belbog'i** deb ataladi. Bu belbog' qog'onoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi (90-rasm). Homila pufagidagi qog'onoq suvining tegish belbog'idan pastda yotgan qismi **oldingi suv** deb ataladi. Qog'onoq suvining tegish belbog'idan yuqorida yotgan ko'proq qismini **orqa suv** deyiladi.



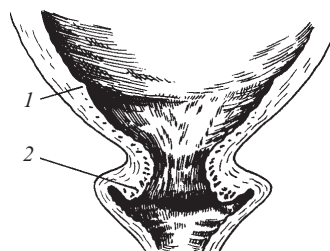
85-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davrida; bachadon bo'yni tekislangan. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik (akusherlik teshigi) bir barmoq sig'arli ochilgan.



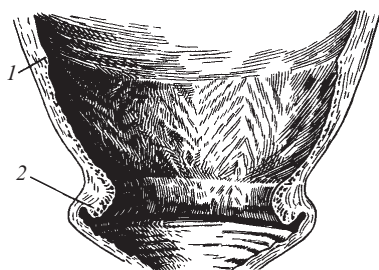
86-rasm. Birinchi marta tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni tekislangan, tashqi teshigi to'la ochilgan. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik cheti (kambar jiyak shaklida).



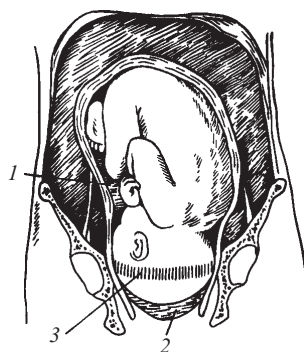
87-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni ochilish davri boshlangan. 1-ichki teshik; 2-tashqi teshik; bo'yin kanali bir barmoq sig'arli ochilgan.



88-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadonining bo'yni. Bachadon bo'yni yuqori yarmining tekislanishi va ayni vaqtda tashqi teshikning ochilishi. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik (ichki teshik bilan bir vaqtda ochilmoqda).



89-rasm. Takror tug'ayotgan ayol bachadoni; bo'yni tekislangan, tashqi teshik to'la ochilgan. Teshik cheti kambar milk shaklida. 1-ichki teshikka mos keladigan joyi; 2-tashqi teshik.



90-rasm. Tashqi teshikning to'la ochilishi. Homila boshi chanoq og'zida. 1-tegish belbog'i; 2-oldingi suv; 3-orqa suv.

Dard tutishi kuchaygan sayin oldingi suv bilan homila pufagi tobora ko'p to'lishadi va ochilish davrining oxiriga yaqinlashganda dard tutmay turgan davrda ham homila pufagining tarangligi susaymaydi, homila pufagi yorilay deb turadi.

Normal sharoitda homila pufagi bachadon bo'yining tashqi teshigi to'la yoki deyarli to'la ochilgach, dard tutayotgan vaqtda yoriladi (qog'onoq suvining o'z vaqtida ketishi). Homila pufagi yorilgach, oldingi suv ketadi. Orqa suv, odatda, bola tug'ilgandan keyin oqib chiqadi.

Homila pufagi ba'zan tashqi teshik to'la ochilmasdan turib yorilsa **qog'onoq suvi barvaqt (erta) ketdi** deyiladi, tug'ruq boshlanmasdan turib suv ketishi **muddatidan oldin suv ketishi** deb ataladi. Qog'onoq suvlarining barvaqt va muddatidan oldin ketishi tug'ruqning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Pardalar haddan tashqari zich bo'lsa homila pufagi tashqi teshigi to'la ochilgandan keyin kech yoriladi (homila pufagining kech yorilishi), ba'zan homilaning tug'ilish davrigacha saqlanib turadi va oldinda yotgan qismning oldida jinsiy yoriqdan do'ppayib ko'rinib turadi, bunday hollarda barmoq bilan yoki asbob (Koxer qisqichi) bilan homila pufagi yirtiladi.

HOMILANING TUG'ILISH DAVRI

Tashqi teshik to'la ochilgach, homila bachadon bo'shlig'idan ilgarilama harakatlana boshlaydi. Qog'onoq suvi ketgach, dard tutishi bosiladi, 15–20 daqiqa o'tgach, bachadon muskullari kichraygan hajmga moslashib, yana dard tuta boshlaydi. Suv ketgach, bachadon devorlari qalin tortadi. Bachadon muskullarining qisqarish kuchi oshadi. Homilaning pastga tushayotgan boshi asab chigallarini homila pufagidan ko'ra ko'proq bosadi. Shu sababli bachadonning qisqarishlar kuchi va muddati oshib, dard tutishlar orasidagi davr (pauza) tobora qisqaradi. Dard tutayotgan vaqtda bachadon juda ham taranglashib, zichlashib, qorin devorini do'ppaytiradi ("bachadon tikka turadi").

Bachadonning qisqarishlariga tez orada to'lg'oq ham qo'shiladi. To'lg'oq refleksi yo'li bilan kelib chiqadi. Tug'uvchi ayol nafasini to'xtatib turadi, qo'l-oyoqlarini tug'ruq karavotiga tiraydi va qorin muskullarini taranglashtirib, qattiq kuchanadi.

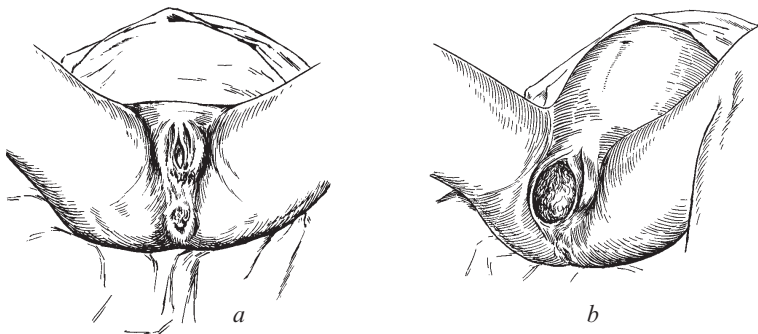
Homilaning tug'ilish davrida ayolning hamma a'zolariga zo'r keladi, yurak-tomir tizimi zo'r berib ishlaydi, modda almashinuvi kuchayadi.

To'lg'oq tutgan vaqtda tug'uvchi ayolning yuzi o'zgarib, yuzi va lablari ko'karadi, ter bosadi, bo'yin venalari taranglashadi, oyoqlari tortishadi. Charchagan ayol yangidan to'lg'oq tutguncha dam olib turadi.

Dard tutish va to'lg'oq ta'sirida homila boshi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq bo'shlig'idan o'tib, chiqish teshigiga yaqinlashadi. Homila boshi chanoq tubiga yetib, tobora ko'proq tazyiq ko'rsata boshlagach, to'lg'oqni qaytarib bo'lmaydi, to'lg'oq juda ham qattiq va tez-tez tutadi; to'lg'oqlar o'rtasidagi davr (pauza) 2–3 daqiqaga qisqaradi.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigiga yaqinlashgach, oraliq bo'rtta boshlaydi, oraliq avvaliga faqat to'lg'oq vaqtida do'ppaygan bo'lsa, keyin pauzalarda ham do'ppayaveradi. Oraliq do'ppaygan vaqtda orqa chiqaruv teshigi kengayib va ochilib turadi. Tug'ruqdan oldin to'g'ri ichak tozalanmagan bo'lsa, to'lg'oq vaqtida beixtiyor axlat chiqadi. Shuning uchun tug'ruqqa kelgan har bir ayolning ichaklari tozalovchi huqna yordamida tozalanadi.

Homila boshining keyingi ilgarilanma harakatlarida jinsiy yoriq ochila boshlaydi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining kichkina bir qismi ochilayotgan jinsiy yoriqdan ko'rinish turadi. To'lg'oq tutib bo'lgach, homila boshining ilgarilanma harakati to'xtaydi, homila boshi ko'zdan yo'qolib, jinsiy yoriq yumilib qoladi. Navbatdagi to'lg'oq tutganda homila boshining kattaroq bir qismi do'ppayib turadi, lekin pauzada (to'lg'oqlar orasidagi davrda) homila boshi yana ko'zdan yo'qoladi. To'lg'oq tutgan vaqtda homila boshining jinsiy yoriqdan ko'rinishi homila **boshining suqilib kirishi** deb ataladi (91-a rasm). Yana to'lg'oq tutavergach homilaning suqilib kirayotgan boshi tobora ko'proq oldinga turtib chiqadi, endi u to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmaydi, jinsiy yoriq, barala ochiq turadi. Homila boshi ancha oldinga surilib, to'lg'oq to'xtagandan keyin ham ko'zdan yo'qolmasa, **homila boshi yorib chiqdi** deb aytiladi (91-b rasm).

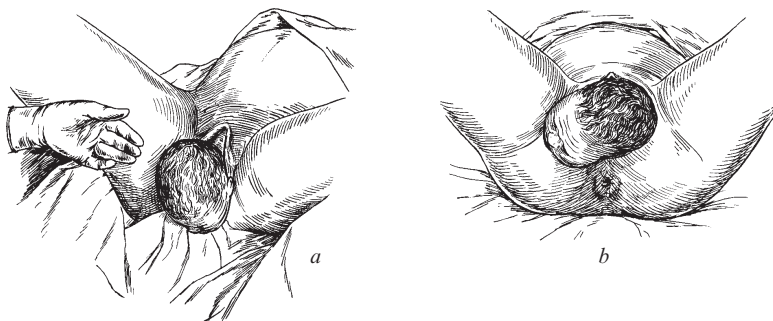


91-rasm. Homila boshining suqilib kirishi va yorib chiqishi.

a—boshning suqilib kirishi; *b*—boshning yorib chiqishi.

Homilaning dastlab ensa qismi yorib chiqadi, keyinchalik tepa do'mboqlari jinsiy yoriqdan ko'rinishadi; shu payt oraliqning taranglanishi nihoyasiga yetadi. Ensa va tepa do'mboqlar yorib chiqqach, qattiq to'lg'oq vaqtida homilaning peshonasi va yuzi ham tug'ruq yo'llaridan chiqadi. Homila boshi tashqariga chiqqach, to'lg'oq qisqa vaqt to'xtaydi.

Homilaning tug'ilgan boshi yuzi bilan orqaga qaragan bo'ladi (92-a rasm). Yuzi ko'karadi, og'iz-burnidan shilimshiq keladi. Homila boshi tug'ilgach, yangidan boshlangan to'lg'oqda homila tanasi buriladi, natijada homilaning bir yelkasi simfizga, ikkinchi yelkasi dumg'azaga qarab turadi.

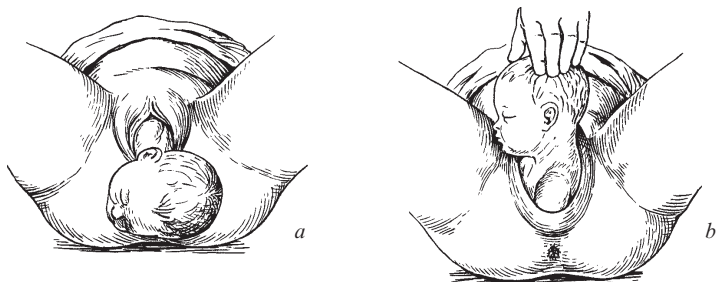


92-rasm. Homila boshining tug'ilishi.

a–chiqqan bosh yuzi orqaga qaragan; *b*–bosh yuzi bilan ona soniga qaraydigan bo'lib burilgan.

Homila tanasining burilishi tufayli tug'ilgan boshi yuzini onasining o'ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buradi (92-*b* rasm). Homila yuzi birinchi pozitsiyada onaning o'ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga buriladi.

Homilaning yelkaları tug'ruq yo'llaridan quyidagicha chiqadi: oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi (93-*a* rasm), orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi (93-*b* rasm), so'ngra butun yelka kamari tashqariga chiqadi. Homilaning boshi va yelka kamari chiqqach, tanasi va oyoqlari bemalol chiqadi. Biroz loyqa suvlar oqib ketadi, ularda homilaning pishloqsimon moy zarralari bor. Ba'zan tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ozgina chaqalanishi sababli bu suvlarga qon aralashgan bo'ladi.



93-rasm. Homila yelkalarining chiqishi.

a–oldingi yelkasi simfiz ostida ushlanib qoladi; *b*–orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

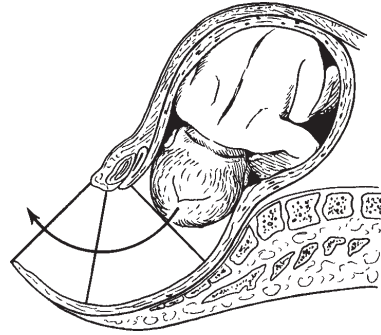
Yorug' dunyoga chiqqan bola nafas ola boshlaydi, chinqirib yig'laydi, oyoqlarini faol qimirlatadi, terisi qizaradi.

Ona qattiq charchaganligini his qiladi, orom oladi, pulsi normallasadi. Ayol ko'zi yorigandan keyin ko'pincha qaltiraydi. Buning sababi shuki, qattiq to'lg'oq tutgan vaqtda ayol ko'p haroratini yo'qotadi.

Tug'ruq bi mexanizmi. Homila tug'iladigan davrda tug'ruq yo'llarining yumshoq qismlari va kichik chanoqdan o'tadi.

Homila chanoq o'qi (ya'ni chanoqning hamma to'g'ri o'lchamlari markazlarini birlashtiruvchi egilgan chiziq) bo'ylab ilgariylanma harakat qiladi. Chanoq o'qi dumg'aza oldingi yuzasining botiqligiga yarasha egiladi, chanoqdan chiqish teshigida oldinga, simfiz tomonga yo'l oladi (94-rasm).

Chanoq devorlari bab-baravar emas: simfiz dumg'azadan ancha kalta. Kichik chanoqning turli tekisliklardagi shakli har xil: chanoq og'zi ko'ndalangiga cho'zilgan, chanoq bo'shlig'i yumaloq, chanoqdan chiqish teshigi oldindan orqaga qarab cho'zilgan oval shaklida. Homila boshining turli tekisliklardagi o'lchamlari ham bir xil emas. Shunga ko'ra homila boshi tug'ruq yo'llarida burilmasdan to'ppa-to'g'ri chiziq bo'ylab o'tolmaydi. Homila, ayniqsa uning boshi chanoq o'qi bo'ylab ilgariylanma harakat qilish bilan bir vaqtda bir qancha harakatlarni bajaradi. Homila boshi ilgariylanma harakatlarga qo'shimcha ravishda bo'ylama o'q tevaragida buriladi va ko'ndalang o'q tevaragida aylanadi, bukiladi va yoziladi.



94-rasm.

Homila tug'iladigan davrda tug'ruq kanalining shakli (sxematik tasviri).

Homila kichik chanoqdan va tug'ruq yo'llarining yumshoq qismlaridan o'tayotganda bajaradigan harakatlari yig'indisi **tug'ruq biomexanizmi** deb ataladi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turidagi tug'ruq biomexanizmi eng tipik, normal mexanizm hisoblanadi. Hamma tug'ruqlarning 95 foizida ensa oldin keladi.

ENSA OLDINDA YOTISHINING OLDINGI TURIDA TUG'RUQ BIOMEXANIZMI

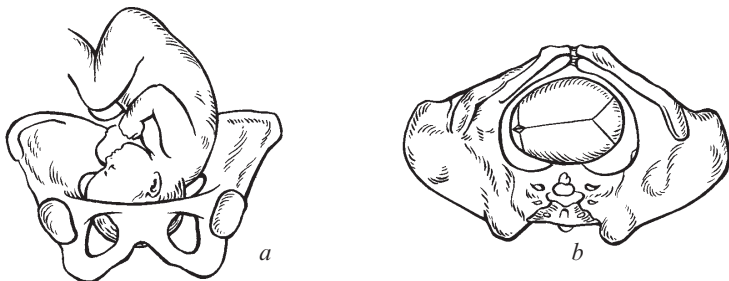
Tug'ruq biomexanizmi to'rt momentdan iborat.

Birinchi moment – homila boshining bukilishi (flexio capitis). Homila boshi ko'ndalang o'qi tevaragida bukiladi va o'zining o'q-yoysimon choki bilan chanoq kirish tekisligining ko'ndalang o'lchamiga mos keladi.

Bachadon bo'ynining ochilish davrida homila boshi kichik chanoq og'ziga suqilib kiradi (yoki taqaladi), o'q-yoysimon chok chanoqning ko'ndalang yoki biroz qiyshiq o'lchamida turadi.

Homilaning tug'ilish davrida bachadon va qorin pressining tazyiqi yuqoridan homilaning umurtqa pog'onasiga va u orqali boshiga o'tadi. Umurtqa pog'onasi boshiga o'rtasidan emas, balki ensasi yaqinidan tutashgan, shu tufayli go'yo ikki yelkali richag hosil bo'ladi, richagning kalta uchida ensa, uzun uchida peshona joylashadi. Bachadon va qorin ichidagi bosimning kuchi umurtqa

pog'onasi orqali avvalo ensa sohasiga o'tadi (richagning kalta yelkasi). Ensa pastga tushadi, engak ko'krak qafasiga yaqinlashadi, kichik liqildoq katta liqildoqdan pastroqda joylashadi (95-rasm).



95-rasm. Tug'ruq biomexanizmining birinchi momenti:

a–tug'ruq mexanizmining birinchi momenti–homila boshining bukilishi; *b*–chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko'rinishi.

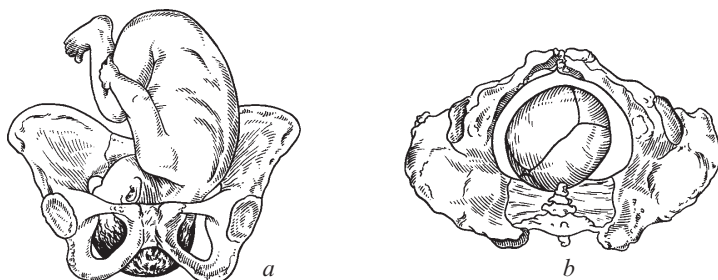
Keyinchalik kichik liqildoq sohasi hamisha chanoqning o'tkazuvchi o'qi bo'ylab borib, jinsiy yoriqdan birinchi bo'lib ko'rinadi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida kichik liqildoq **o'tkazuvchi** (yetakchi) **nuqta** hisoblanadi.

Oldinda yotuvchi qismda joylashib, chanoq og'ziga birinchi bo'lib tushadigan, ichki burilish vaqtida oldinda boradigan va jinsiy yoriqdan birinchi bo'lib ko'rinadigan nuqta **o'tkazuvchi nuqta** deb ataladi.

Homila boshi bukilishi tufayli chanoqqa endi to'g'ri o'lcham (12 sm) o'rniga eng kichik o'lcham, ya'ni kichik qiyshiq o'lcham (9,5 sm) bilan kiradi. Homila boshi chanoqning hamma tekisliklaridan va jinsiy yoriqdan shu kichraygan aylanasi bilan o'tadi. Diametr suboccipito-bregmatica – 9,5 sm.

Ikkinchi moment – homila boshining ichki burilishi (rotatio capitis interna). Homila boshi oldinga qarab ilgarilanma harakat qiladi (pastga tushadi) va ayni vaqtda bo'ylama o'q tevaragida buriladi. Shu payt ensasi (va kichik liqildog'i) oldinga – simfiziga, peshonasi (va katta liqildog'i) esa orqaga – dumg'aza tomon buriladi (96-*a* rasm). Chanoq og'zida ko'ndalang (yoki biroz qiyshiq) o'lchamda turgan o'q-yoysimon chok endi o'z vaziyatini sekin-asta o'zgartiradi. Homila boshi chanoq bo'shlig'iga tushayotganda o'q-yoysimon chok qiyshiq o'lchamga o'tadi (96-*b* rasm); birinchi pozitsiyada o'ng qiyshiq o'lchamga, ikkinchi pozitsiyada chap qiyshiq o'lchamga o'tadi. Chanoqdan chiqish teshigida o'q-yoysimon chok shu teshikning to'g'ri o'lchamiga mos keladi. Homila boshining ichki burilishi chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamida o'q-yoysimon chokning qaror topishi bilan tugaydi, pastga tushgan kichik liqildoq ayni vaqtda to'ppa-to'g'ri simfizga qaragan bo'ladi (97-*a* va *b* rasmlar). Homila boshi chanoq bo'shlig'idan (chanoq og'zidan to chiqish teshigigacha) o'tayotganda aksari 90° li yoy bo'ylab aylanadi. Ensa ichki burilishgacha biroz oldinga qaragan bo'lsa – bosh 45°ga buriladi, ensa biroz orqaga qaragan bo'lsa – bosh 135°ga buriladi.

Shunday qilib, homila boshining ichki burilishida o'q-yoysimon chok chanoq og'zining ko'ndalang o'lchamidan chanoq bo'shlig'ining qiyshiq o'lchamiga, qiyshiq o'lchamdan esa chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamiga o'tadi.

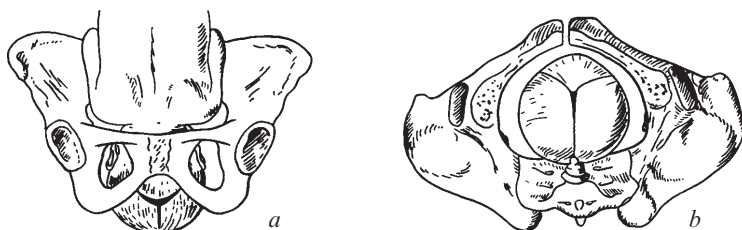


96-rasm. Tug'ruq biomexanizmining ikkinchi momenti:

a – homila boshining ichki burilishi; *b*–chanoqdagi chiqish teshigi tomondan ko'rinishi. O'q-yoysimon chok chanoqning o'ng tomondagi qiyshiq o'lchamida turibdi.

Homila boshining ichki burilishini turli sabablarga bog'lashadi. Harakatlanib borayotgan boshning chanoq o'lchamlariga moslanish nazariyasi ko'proq tarqalgan. Bu nazariyaga muvofiq, homila boshi eng kichik aylanasi (kichik qiyshiq o'lcham bo'yicha aylanasi) bilan chanoqning eng katta o'lchamlaridan o'tadi. Chanoq og'zida ko'ndalang o'lcham, chanoq bo'shlig'ida qiyshiq o'lcham, chanoqdan chiqish teshigida to'g'ri o'lcham eng katta o'lcham hisoblanadi; homila boshi shunga yarasha ko'ndalang o'lchamdan qiyshiq o'lchamga va so'ngra to'g'ri o'lchamga o'ta turib buraladi.

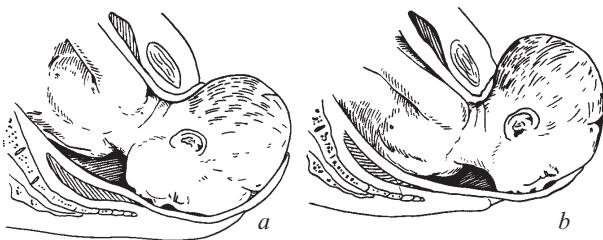
Uchinchi moment – homila boshining yozilishi (*extensio capitis*). Homilaning qattiq bukilgan boshi chanoqdan chiqish teshigiga yetgach, unga chanoq tubining muskullari qarshilik ko'rsatadi. Bachadon va qorin pressining muskullari qisqarib, homilani dumg'aza va dum suyagining uchiga tomon haydaydi. Chanoq tubining muskullari homila boshining shu yo'nalishdagi harakatiga qarshilik ko'rsatadi va uning oldinga, jinsiy yoriqqa tomon og'ishiga yordam beradi.



97-rasm. Homila boshining ichki burilishi:

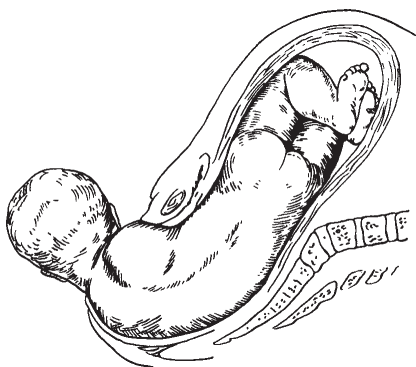
a–homila boshining ichki burilishi tugagan; *b*–chanoqdan chiqish teshigi tomondan ko'rinishi. O'q-yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchamida turibdi.

Homilaning tugʻilayotgan boshi shu ikki kuch taʼsir etishi tufayli yoziladi. Ensa ostidagi chuqurcha qov ravogʻining ostiga taqalib, bosh yoziladi (98-*a* rasm). Bosh shu tayanch nuqtasi tevaragida yoziladi (98-*b* rasm); bosh yozilayotgan vaqtda peshona, yuz va engak yorib chiqadi, yaʼni bosh batamom tugʻiladi. Bosh suqilib kirib yorib chiqayotgan vaqtda yoziladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida bosh kichik qiyshiq oʻlchamdan oʻtuvchi tekislik (aylanasi 32 sm) bilan vulvadan chiqadi.



98-rasm. Tugʻruq biomexanizmining uchinchi momenti.

a—homila boshining yozila boshlashi (suqilib kirishiga mos keladi); *b*—homila boshining yozilishi (yorib chiqishiga mos keladi).



99-rasm. Tugʻruq mexanizmining toʻrtinchi momenti. Homila boshining tashqi burilishi. Homila yelkalarining ichki burilishi tugagan, ular yorib chiqmoqda.

Bosh yorib chiqayotganda qaysi tayanch nuqtasi atrofida buralsa, oʻsha nuqtani **fiksatsiya nuqtasi** yoki **gipomoxlion** deyiladi.

Ensa oldinda yotishining oldingi turida ensa osti chuqurchasi fiksatsiya nuqtasi hisoblanadi.

Toʻrtinchi moment — homila boshining tashqi tanasining ichki burilishi (rotatio capitis externa et trunci interna).

Homila boshi tugʻilgandan keyin yuzi pozitsiyaga qarab onaning oʻng yoki chap soniga qarab buriladi. Birinchi pozitsiyada yuz onaning oʻng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga

buriladi. Homila boshining tashqi burilishi yelkalarining ichki burilishiga bogʻliq. Homila yelkalari chanoqqa koʻndalang yoki biroz qiyshiq oʻlchamda kiradi; yelkalar chanoq boʻshligʻida burila boshlaydi va qiyshiq oʻlchamga oʻtadi. Chanoq tubida yelkalarining ichki burilishi koʻndalang oʻlcham bilan tugaydi, chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida yelkalar qaror topadi (bir yelka simfizga, ikkinchi yelka dumgʻazaga qarab turadi) (99-rasm). Yelkalarining burilishi boshga oʻtadi: yelkalar chanoqdan chiqish teshigining toʻgʻri oʻlchamida qaror topgach, yuz onaning soniga qarab buriladi.

ENSA OLDIDA YOTISHINING ORQA TURIDA TUG'RUQ BIOMEXANIZMI

Ensa oldinda yotganda boshning ichki burilishi aksari shunday bo'ladiki, ensa oldinga (simfizga), peshona va yuz esa orqaga (dumg'azaga) buriladi. Orqa turlarda, ya'ni homilaning tug'ilish davrigacha yelka va ensa orqaga qaragan taqdirda ham ensa oldinga buriladi. Homilaning tug'ilish jarayonida orqa tur ko'pincha oldingi turga o'tadi. Kamdan-kam hollarda (ensa oldinda yotishining 1 foizida) gina bosh ichki burilishda ensasi dumg'azaga qaraydigan bo'lib buraladi va tug'ruq orqa turda ro'y beradi.

Ensa oldinda yotishining orqa turida tug'ruq biomexanizmi quyidagicha bo'ladi.

Birinci moment – boshning bukilishi. Kichik liqildoq sohasi boshning oldinda boruvchi nuqtasi, ya'ni o'tkazuvchi nuqta bo'lib hisoblanadi¹.

Ikkinchi moment – boshning ichki burilishi. Bukilgan bosh chanoqqa tushib, ensasi orqaga qaraydigan bo'lib buriladi (100-*a* rasm); o'q-yoysimon chok chanoq bo'shlig'ida chanoqning qiyshiq o'lchamiga, chanoqdan chiqish teshigida chanoqning to'g'ri o'lchamiga o'tadi (burilish tugallangan bo'ladi). Burilish tamom bo'lgach, kichik liqildoq (ensa) dumg'azaga, katta liqildoq simfizga qarab buriladi.

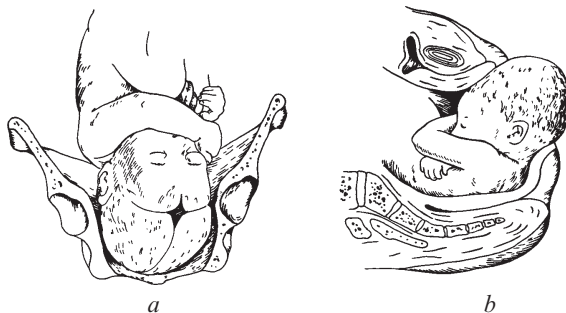
Uchinchi moment. Bosh yorib chiqish vaqtida qo'shimcha bukiladi. Peshonaning sochli qismi chegarasi qov ravog'iga va uning atrofiga tayanadi (fiksatsiyaning birinchi nuqtasi), bosh qattiq bukiladi (100-*b* rasm). Boshning shu qo'shimcha bukilish vaqtida tepa do'mboqlar va ensa do'mbog'i yorib chiqadi.

To'rtinchi moment – homila boshining yozilishi. Shundan keyin homila boshi ensa osti chuqurchasi bilan dumg'aza-dum bo'g'imiga tayanadi (fiksatsiyaning ikkinchi nuqtasi) va yoziladi. Bosh yozilayotgan vaqtda peshonasi, yuzi va engagi qov ravog'ining ostidan bo'shab chiqadi. Bosh o'rta qiyshiq o'lchamga mos aylanasi (33 sm) bilan yorib chiqadi. Diametri 10 sm. (Diametr suboccipito-frontalis 10 sm).

Beshinchi moment. Boshning tashqi burilishi va yelkalarining ichki burilishi ensa oldinda yotishining oldingi turidagi kabi ro'y beradi.

100-rasm. Ensa oldinda yotishining orqa turida homilaning tug'ilishi.

a–homila boshining ichki burilishi, ensa orqaga qaragan (tug'ruq mexanizmining ikkinchi momenti); *b*–homila boshining qo'shimcha bukilishi (tug'ruq mexanizmining uchinchi momenti).



¹ Ensa oldinda yotishining orqa turida avval kichik liqildoq, rotatsiya oxirida katta liqildoq bilan kichik liqildoq o'rtasi o'tkazuvchan nuqta hisoblanadi.

Ensa oldinda yotishining orqa turida bosh tug'ruq yo'llaridan qiyinchilik bilan o'tib boradi, homilaning tug'ilish davri ensa oldinda yotishining oldingi turidagiga nisbatan uzoqroq davom etadi.

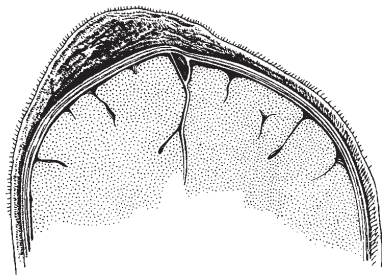
Tug'ruq biomexanizmining bosh shakliga ta'sir etishi. Homila boshi tug'ruq kanalining shakliga va o'lchamlariga moslasha oladi. Homila boshining moslanuvchanligi kalla suyaklarining choklar va liqildoqlar sohasida siljiy olishiga, kalla suyaklarining kichik chanoqdan o'tishda o'z shaklini o'zgartira olishiga bog'liq.

Tug'ruq kanali devorlarining tazyiqi ostida kalla suyaklari chok va liqildoqlar sohasida bir-biriga mingashadi. Tepa suyaklardan biri ikkinchisining ustiga o'tadi, ensa va peshona suyaklari tepa suyaklar ostiga kirishi mumkin. Kalla suyaklari yassilanadi yoki qabariqroq bo'lib qoladi. Kalla suyaklarining shu tariqa siljishi natijasida bosh shakli o'zgarib, tug'ruq yo'llarining shakli va o'lchamlariga moslanadi. Tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda bosh shaklining o'zgarishi **konfiguratsiya** deb ataladi, u bosh va tug'ruq yo'llarining xususiyatlariga bog'liq.

Choklar qancha keng va suyaklar qancha yumshoq bo'lsa, bosh o'z shaklini shuncha ko'p o'zgartira oladi. Bundan tashqari, boshning harakatlanib borishi qiyinlashganda (chanoq tor bo'lganda) bosh shakli ayniqsa ko'p o'zgaradi. Bosh shakli tug'ruq biomexanizmiga qarab o'zgaradi. Ensa oldinda yotganda (uning ayniqsa orqa turida) bosh ensa tomonga cho'zilib, dolixosefalik shaklga kiradi (101-rasm). Bosh tepasi oldinda yotganda tepaga tomon, peshona oldinda yotganda peshonaga tomon cho'ziladi va hokazo.



101-rasm. Ensa oldinda yotganda tug'ilgan homila boshining konfiguratsiyasi.



102-rasm. Tepa suyak sohasidagi bosh o'smasi.

Normal tug'ruqda bosh konfiguratsiyasi keskin bo'lmay, yangi tug'ilgan bolaning sog'lig'iga va rivojlanishiga ta'sir ko'rsatmaydi, bosh shaklining o'zgarishi tez orada benom-u nishon yo'qolib ketadi. Homilaning tug'ilish davrida bosh shakli o'zgarishidan tashqari, **bosh o'smasi** (yoki **tug'ruq o'smasi**) ro'y beradi. Tug'ruq o'smasi oldinda yotuvchi qismning eng pastdagi (oldinda kelayotgan) bo'lagining to'qimalari bo'rtishidan iborat. Oldinda yotuvchi qismning qaysi bo'lagi tegish belbog'idan pastda turgan bo'lsa, o'sha bo'lagidan venoz qonning oqib ketishi qiyinlashgani sababli to'qimalar bo'rtadi (shishadi).

Bosh va chanoq oldinda yotganda tug'ruq o'smasi paydo bo'ladi, oldinda yotgan qismida hosil bo'luvchi o'sma **tug'ruq o'smasi** deb ataladi.

Tug'ruq o'smasi qog'onoq suvi ketgandan keyin faqat tirik homilada hosil bo'ladi. Ensa oldinda yotganda tug'ruq o'smasi kichik liqildoq sohasida joylashib, pozitsiyaga qarab o'ng yoki chap tepa suyakka tarqaladi (102-rasm). Tug'ruq o'smasi birinchi pozitsiyada o'ng tepa suyakda, ikkinchi pozitsiyada chap tepa suyakda ko'proq bo'ladi. Yuz oldinda yotganda tug'ruq o'smasi yuzda, dumba oldinda yotganda dumbada joylashadi. Normal tug'ruqda tug'ruq o'smasi katta bo'lmaydi va tug'ruqdan bir necha kundan keyin o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Homilaning tug'ilish davri cho'zilib ketganda (masalan, chanoq tor bo'lganda) tug'ruq o'smasi katta bo'ladi, o'sma ustidagi teri qizarib ketadi. Tug'ruq juda tez o'tganda va homila boshi kichkina bo'lganda tug'ruq o'smasi kichkina bo'ladi yoki mutlaqo bo'lmaydi.

Homila boshining tug'ruq yo'llaridan o'tishi qiyinlashganda va operatsiya qilinganda boshda qonli o'sma (kefalogramatoma) paydo bo'lishi mumkin. U tepa suyaklardan birining (ba'zan ikkalasining) suyak ust pardasi ostiga qon quyilishi natijasida kelib chiqadi, kefalogramatoma faqat tepa suyak sohasida yotgan noto'g'ri shakldagi yumshoq shishdan iborat. Bosh o'smasining chegaralari yoyiq bo'lsa, aksincha kefalogramatoma chegara choklar va liqildoqlar chizig'idan hech qachon o'tmaydi.

YO'LDOSH TUSHISH DAVRI

Homila tug'ilgandan keyin tug'ruqning uchinchi davri – yo'ldosh tushish davri boshlanadi. Bu davrda plasenta va pardalar bachadon devorlaridan ko'chadi, ko'chgan yo'ldosh tug'ruq yo'llari orqali chiqib ketadi.

Yo'ldosh tushish davridagi dard tutishi plasentaning ko'chishiga yordam beradigan asosiy shartdir. Ko'chgan yo'ldoshning haydalib chiqishida qorin pressi ishtirok etadi. Bola tug'ilgach, bachadon qisqarib, yumaloq shaklga kiradi. Bachadon tubi kindik ro'parasida joylashadi; bir necha daqiqadan keyin bachadon muskullari ritm bilan qisqara boshlaydi – yo'ldosh tushish davridagi dard tutishi boshlanadi.

Yo'ldosh tushish davrida dard tutganda bachadonning hamma muskullari, shu jumladan plasenta yopishgan soha (plasentar maydoncha) muskullari ham qisqaradi. Plasenta esa qisqara olmaydi, shuning uchun u yopishgan joyning torayayotgan qismidan siljiydi. Har gal dard tutganda plasentar maydoncha kichrayadi, plasenta burmalanadi, bu burmalar bachadon bo'shlig'iga do'ppayib chiqadi, nihoyat, bachadon devoridan ko'chib ketadi.

Plasenta bachadon devoridan ko'chayotganda plasentaning ko'chgan qismi sohasidagi bachadon-plasenta tomirlari uziladi. Tomirlardan chiqqan qon bachadon devori bilan plasenta oraliq'ida to'planib, plasentaning yopishgan joyidan yanada ko'proq ko'chishiga yordam beradi.

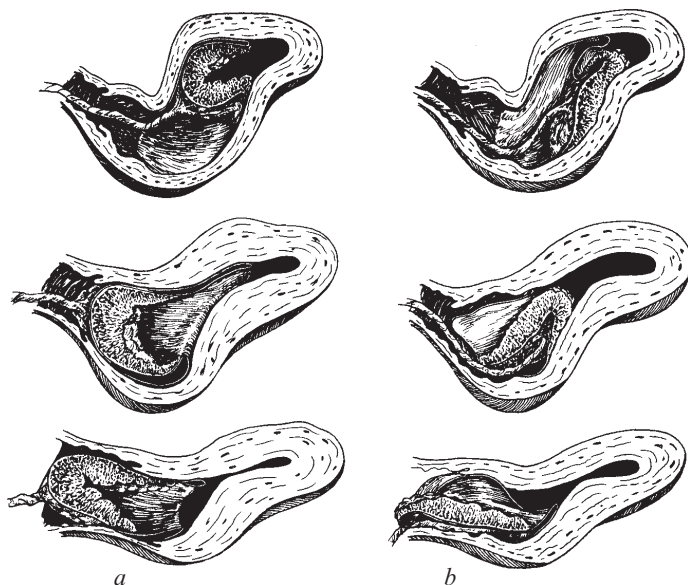
Plasenta bachadon devoridan ikki usulda: markazidan yoki chetidan ko'chadi.

Birinchi usulda (Shuls usuli) plasentaning avval markaziy qismi ko'chadi (103-*a* rasm). Plasentaning ko'chgan qismi bilan bachadon devori o'rtasida qon to'planib **retroplasentar gematoma** hosil bo'ladi. Bu gematoma kattalashaverib, plasentaning yanada ko'proq ko'chishiga va bachadon bo'shlig'iga do'ppayib chiqishiga yordam beradi. Uzil-kesil ko'chgan plasenta bachadon bo'shlig'idan chiqi turib, pardalarni ergashtirib tushadi. Pardalar ag'darilgan holda (qog'onoq pardasi tashqarida, desidual parda ichkarida) bo'ladi.

Ikkinchi usulda (Duncan usuli) plasenta periferik qismidan, odatda, pastki chekkasidan ko'cha boshlaydi (103-*b* rasm). Yorilgan tomirlardan chiqqan qon retroplasentar gematoma hosil qilmay bachadon devori bilan pardalar orasidan pastga oqib tushadi. Har bir dard tutganida plasentaning tobora yangi (yuqoriroqda yotgan) qismlari ko'chadi. Plasenta batamom ko'chgach, pastga sirpanib bachadondan ko'chgan pardalarni ergashtirib tushadi. Plasenta pastki chekkasi bilan oldinga qaragan holda tug'ruq yo'llaridan chiqadi; pardalar bachadonda qanday yotgan bo'lsa, o'shanday (qog'onoq pardasi ichkarida, desidual parda tashqarida) yotadi.

Plasenta ko'chishining ikkinchi usuli birinchi usuldan ko'ra kamroq uchraydi.

Yo'ldosh tushish davrida plasentaning ko'chishi natijasida uzilgan qon tomirlari (bachadon plasenta tomirlari)dan qon chiqadi. Yo'ldosh tushish davri normal o'tganda 250–300 ml (o'rta hisob bilan 250 ml) qon ketadi. Bu qon yo'qotish fiziologik hodisa bo'lib, ayol organizmiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.



103-rasm. Yo'ldosh ko'chishi va tushishining turli usul va bosqichlari.

a – plasenta markazidan ko'chib tushishi; *b* – plasenta chetidan ko'chib tushishi.

Yo'ldosh tushgandan keyin bachadon uzoq qisqarish holatiga keladi. Qisqargan muskul tolalari ochilgan tomirlar teshigini qisib qo'yadi, shunga ko'ra qon ketishi to'xtaydi. Yo'ldosh tushishi bilan tug'ruq tugab, chilla davri (tug'ruqdan keyingi davr) boshlanadi.

Ayolni tug'ruq tugagan paytdan boshlab tug'uvchi ayol deb emas, balki **tug'gan** (ko'zi yorigan) **ayol** deb atashadi.

TUG'RUQNING DAVOMIYLIGI

Tug'ruqning qancha davom etishi turli sabablarga, asosan tug'ruq kuchlari (dard va to'lg'oq) xarakteriga bog'liq. Dard va to'lg'oq qancha kuchli tutsa, tug'ruq o'shancha qisqa davom etadi. Homilaning kattaligi, oldinda yotgan qismining chanoq og'ziga suqilishi, chanoq o'lchamlari, qog'onoq suvining ketish vaqti va shu kabilar tug'ruqning qancha davom yetishiga ta'sir qiladi.

Birinchi tug'ruq takror tug'ruqdan aksari uzoqroq davom etadi; yoshi 30 dan oshgan davrida birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda ham tug'ruq ko'pincha cho'zilib ketadi. Ayol organizmi to'la yetilmaganda (infantilizm), semiz va juda ozib ketgan ayollarda tug'ruqning uzoqqa cho'zilishi qayd qilinadi.

O'rta hisob bilan olganda, tug'ruq birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda 10–11 soat, takror tug'ayotgan ayollarda 6–7 soat davom etadi.

Bachadon bo'ynining ochilish davri eng uzoq davr bo'lib, birinchi marta tug'ayotgan ayollarda 9–10 soat, takror tug'ayotgan ayollarda 5–6 soat davom etadi.

Homilaning tug'ilish davri birinchi marta tug'ayotgan ayollarda 1–2 soat, takror tug'ayotgan ayollarda 15–40 daqiqa davom etadi.

Yo'ldosh tushish davri birinchi marta va takror tug'ayotgan ayollarda 10–20 daqiqa (o'rta hisob bilan 15 daqiqa) davom etadi.

Hozirgi paytda tug'ish vaqti ancha tezlashib qolganligi kuzatilmoqda, bu hol ayniqsa yosh sog'lom (20–25 yoshli) ayollarda ko'proq ko'zga tashlanadi. Buni ayollar sog'lig'ining mustahkamlanishiga imkon beruvchi moddiy farovonlikning, madaniyatning, tibbiy yordam sifatining oshganligi va boshqa omillar bilan tushuntiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Tug'ruq, tug'ruq darakchilari va tug'ruq davrlari.
2. Normal tug'ruq biomexanizmi. Homila boshi ensa bilan joylashuvining oldingi va orqa turida tug'ruq biomexanizmi.
3. Tug'ruq biomexanizmining bosh shakliga ta'siri.
4. Tug'ruqning davomiyligi.
5. Konfiguratsiya, kefalogematoma tushunchalari haqida gapirib bering.

**TUG'UVCHI AYOLLARNI QABUL QILISH VA SANITARIYA
QAYTA ISHLOVIDAN O'TKAZISH**

Tug'uvchi ayollar tug'ruq majmuiga kelgach ustki kiyimini qabul bo'limida qoldirib, filtrga o'tadi. Filtrda sog'lom tug'uvchilar bemor yoki yuqumli kasalliklarga shubhasi bo'lgan ayollardan ajratiladi. Akusher tug'uvchi ayolning umumiy ahvoli bilan tanishadi, yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlar bilan yaqin aloqada bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlaydi, ayolni birinchi marta ko'zdan kechiradi, terisiga (madda, furunkulyoz, chipqon bor-yo'qligi), tomog'iga (qizarganligi, karash boylaganligi) va jinsiy a'zolariga (yiring chiqayotganligi, kondilomalar va shu kabilar bor-yo'qligi) e'tibor beradi. Ayolning tana harorati o'lchanadi va tomir urishi (pulsi) sanaladi.

Sog'lom tug'uvchilar filtrdan birinchi akusherlik bo'limining ko'rik va dushxonasiga yuboriladi (ko'rik-dushxona bitta bo'lishi mumkin).

Tana harorati ko'tarilgan, terisida yiringli kasalliklar bo'lgan, gripp, angina va boshqa yuqumli kasalliklar bilan og'rigan tug'uvchilar filtrdan maxsus izolatorga o'tkaziladi.

Ko'rik-dushxonada tug'uvchilar tekshirilib, sanitariya qayta ishlovidan o'tkaziladi.

Buning uchun: kushetka, stol, shtativ, tug'uvchi ayolni tortish uchun tarozi, bo'y o'lchagich, termometrlar, akusherlik stetoskopi va oddiy stetoskop, tazomer, santimetrlı tasma, huqnalar uchun uchliklar jamlamasi, tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolarini yuvish uchun Esmarx krujkasi (uchliklari bilan), ustara, qo'l yuvish uchun steril cho'tkalar, tug'uvchi ayolning yuvinishi uchun qaynatilgan mochalka, steril materialni ushlash uchun steril pinset va kornsanglar, arterial bosimni o'lchash uchun tonometr, shpatel, teri ostiga dori-eritma yuborish uchun steril shpris va ignalar to'plami, qaychi, qon guruhini aniqlash uchun standart zardoblar va boshqa zarur narsalar, steril material (paxta sharcha, salfetkalar), spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar (lizoform, xloramin), sovun, kleyonka, choyshab, sochiqlar, sudna (tuvak) kabi asbob-anjomlar bo'lishi kerak.

Tug'uvchi ayol tekshiriladi va sanitariya qayta ishlovidan o'tkaziladi.

1. Anamnez to'planib, pasportdagi ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yoziladi.

2. Badan, ko'zga ko'rinib turgan shilliq pardalar, qorin, chanoq sohalari sinchiklab ko'zdan kechiriladi, yurak, o'pka (perkussiya, auskultatsiya qilinadi) va boshqa a'zolar tekshiriladi. Tug'uvchi ayolning bo'yi o'lchanadi va vazni tarozida tortib aniqlanadi. Tug'ruqqa kelgan tug'uvchi har bir ayolning arterial bosimi albatta o'lchanadi.

3. Tug'uvchi ayol toza choyshab yozilgan kushetkaga yotqizilib, tashqi tekshirish o'tkaziladi (palpatsiya, auskultatsiya qilinadi, bachadon tubining

balandligi, qorin hajmi va chanoq o'lchanadi), tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechiriladi. Tug'uvchi ayolni qin orqali odatda sanitariya ko'rigi xonasida emas, balki tug'ruq bo'limida tekshiriladi.

Tug'uvchi ayolni obyektiv tekshirishda olingan hamma ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yoziladi.

4. Tashqi jinsiy a'zolar juni qiriladi (ustaralar hamisha spirtli idishda saqlanadi). Akusher oldin qo'llarini yuvib, spirt bilan artadi. So'ngra tug'uvchi ayolning tashqi jinsiy a'zolarini steril paxta yoki cho'tkada sovunlaydi, qov, katta jinsiy lablar va oraliq junini qirib tozalanadi.

5. Juni qirilib bo'lgach, tashqi jinsiy a'zolar kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (0,5% li xloramin eritmasi, 1:6000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi) bilan yuviladi, kornsangga qisilgan steril doka bilan quritiladi. Vrachning maxsus ko'rsatmasi bo'lmasa, tug'uvchi ayollarning qini chayilmaydi.

Qindan patologik chiqindi kelmayotgan bo'lsa, tug'uvchi ayolga toza, quruq tувak tutiladi. Tuvakdan 8–10 ml siydik olib tekshiriladi.

Qindan yiringsimon yoki qon aralash chiqindi kelayotgan bo'lsa, siydikni steril kateter bilan olib tekshiriladi. Kateterlashdan oldin qo'l yana yuvilib, spirt bilan tozalanadi, vulva dezinfeksiyalovchi eritma bilan artiladi.

Tug'uvchi ayolning siydigi albatta tekshiriladi. Tug'ruqxonaga kelganda siydigi tekshirilib, aseton, oqsil bor-yo'qligi aniqlanadi, buning uchun siydikka sirka kislota qo'shib qaynatiladi yoki sulfasalitsilat kislota bilan tekshiriladi. Keyinchalik siydik laboratoriyada tekshirib turiladi.

Oqsil bor-yo'qligini aniqlash uchun sirka kislota bilan tekshirish. Probirkaga 8–10 ml siydik solib, spirt lampasida qaynatiladi. Siydikda oqsil yoki bir talay tuz bo'lsa, qaynatilganda loyqalanadi. Loyqalangan siydikka sirka kislotaning kuchsiz (3–5%) eritmasidan bir necha tomchi qo'shib, yana qaynatiladi. Ayni vaqtda loyqa yo'qolmasa, siydikda oqsil bor, siydik tiniq bo'lib qolsa, uning loyqalanishi tuzlarga bog'liq bo'ladi (tuzlar sirka kislota ishtirokida erib ketadi).

Sulfasalitsilat kislota bilan tekshirish. Probirkaga filtrlangan siydikdan 4–5 ml quyib, sulfasalitsilat kislotaning 20% li eritmasidan 8–10 tomchi qo'shiladi. Siydikda oqsil bo'lsa, durda-durda cho'kma yoki loyqa hosil bo'ladi.

6. Tug'uvchi ayollar ichaklarini tozalash maqsadida albatta huqna qo'yiladi, ayol tug'ruqqa homilaning tug'ilish davrida kelgandagina huqna qilinmaydi. Huqna uchun qaynatib, uy haroratigacha sovitilgan suvdan 3–4 stakan olinadi, tug'uvchi ayol chap yoni bilan yotadi. Uchlik steril bo'lishi kerak. Foydalanilgan uchliklar yuviladi, qaynatiladi va yangidan ishlatilguncha xloramin eritmasida saqlanadi.

Tug'uvchi ayol hojatxonaga kirganda unga akusher yoki sanitar qarab turishi kerak, chunki ayol kuchanganda homilasi tug'ila boshlashi mumkin.

7. Ayolning ichaklari bo'shatilgandan keyin qo'l-oyoq tirnoqlari kalta qilib olinadi, sochi sinchiklab tekshiriladi. Boshi sovunlab yuviladi.

8. Tug'uvchi ayol dushda yuvinadi, vannaga tushish taqiqlanadi, chunki ifloslanib mikroblar aralashgan suv qinga ketib qolishi mumkin. Dush bo'lmasa, ayol obdastada boshidan suv quyib yuvintiriladi. Tug'uvchi ayol dushdan chiqqach toza choyshabga artinib, toza ko'yлак, xalat kiyadi, durracha bog'lab oladi va tug'ruqdan oldingi bo'limga olib boriladi. To'lg'oq boshlangan bo'lsa, tug'uvchi ayolni akusher g'ildirakli stolda (katakkada) tug'ruq zaliga olib boradi.

TUG'RUQDAN OLDINGI BO'LIM VA TUG'RUQ BO'LIMINING ASBOB-ANJOMLARI

Tug'uvchi ayol bachadon bo'yni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha tug'ruqdan oldingi bo'limda yotadi, homilaning tug'ilish davri boshlangach, tug'ruq bo'limiga ko'chiriladi.

Tug'ruqdan oldingi bo'lim va tug'ruq bo'limi juda ham ozoda tutiladi, ularda tug'ruqni boshqarish uchun zarur asbob-anjomlar bo'ladi, xolos; ortiqcha buyumlar qat'iy sanitariya-gigiyena rejimini amalga oshirishga xalal beradi.

Tug'ruqdan oldingi bo'limda oddiy karavotlar, dori shkaflari (ularda og'riq qoldiruvchi, yurakni quvvatlovchi, qon to'xtatuvchi, dezinfeksiyalovchi va boshqa dorilar turadi), asboblار shkafi, karavot yonidagi stolchalar, tug'ruq tarixini yozish uchun stol, steril material uchun taglik, qo'l yuvish vositalari (sovun, cho'tka, suv) bo'ladi.

Tug'ruq bo'limida tug'ruq karavotlari, steril asboblarni qo'yish uchun ko'chma stolchalar, yangi tug'ilgan bolani yo'rgaklash stolchasi, bolalar tarozisi va bo'yo'lchagich, tug'ruq tarixini to'ldirish stoli, steril material turadigan bikslar uchun tagliklar, dezinfeksiyalovchi moddalar turadigan idishlar bor. Tug'ruqdan oldingi bo'lim yo'q bo'lsa, dorilar va asboblار saqlanadigan shkaflar tug'ruq bo'limida turadi.

Tug'ruq bo'limida yurakni quvvatlaydigan dorilar (kofein, kamfora, kardiazol va hokazo), qon to'xtatuvchi dorilar (ergotin, pituitrin, oksitosin va hokazo), og'riq qoldiradigan dorilar, yangi tug'ilgan bolalarni oftalmoblennoreyadan saqlash uchun 1% li eritromitsin mazi, spirt, yod, dezinfeksiyalovchi moddalar doim bo'lishi lozim. Kindikni qirqadigan steril qaychilar, kindik qoldig'ini bog'laydigan ligaturalar, shprislar, steril material, fiziologik eritma va Bobrov apparati, asfiksiya holatida tug'ilgan bolaga yordam berish vositalari (vannachalar, sovuq va issiq suv, shilimshiqni tortib olish uchun nok shaklidagi rezina ballon va hokazo) hamisha tayyor turishi kerak.

Tug'ruqqa yordam beruvchi muassasalarimizda aksari A. N. Raxmanov konstruksiyasida yasalgan tug'ruq karavotidan foydalaniladi. Tug'ruq karavoti balandroq bo'lishi (tug'ruqning ikkinchi va uchinchi davrida akusherning yordam berishiga qulay), siljiydigan ikki bo'lakdan iborat ekanligi bilan oddiy karavotdan farq qiladi.

Raxmanov karavotining oyoq tomonini bosh tomoniga surib kirgizish mumkin, ayni vaqtda tugʻuvchi ayolning chanogʻi karavotning bosh tomoni chetida joylashadi («koʻndalang karavot» deb ataladi), tugʻuvchi ayol oyoqlarini chanoq-son va tizza boʻgʻimlaridan bukib yotadi.

Raxmanov karavotining bosh tomonini akusher istagancha koʻtarishi va tushirishi mumkin. Tugʻruq karavotining matrasi ham ikki boʻlak (yostiq-polsterlar)dan iborat boʻlib, ustiga oq kleyonka qoplangan.

Normal tugʻruqni boshqarishda karavotning oyoq tomonidagi polster olib qoʻyiladi, bu esa tugʻruqni boshqarayotgan akusherning ishlashini osonlashtiradi. «Koʻndalang karavot» yasash zarur boʻlib qolganda ham bu polster olib qoʻyiladi (karavotning oyoq tomoni bosh tomoniga surib qoʻyiladi).

BACHADON BOʻYNING OCHILISH DAVRINI BOSHQARISH

Tugʻruqdan oldingi boʻlimda (yoki tugʻruq boʻlimida) akusher anamnez maʼlumotlarini oydinlashtiradi, tugʻuvchi ayolni qoʻshimcha koʻzdan kechiradi (gavda tuzilishi, qorin shakli, bel-dumgʻaza rombining shakli va hokazo) va batafsil akusherlik tekshirishini oʻtkazadi. Anamnezning barcha qoʻshimcha maʼlumotlari, umumiy tekshirish va akusherlik tekshirishining maʼlumotlari tugʻruq tarixiga yozib qoʻyiladi.

Tugʻuvchi ayol yotqizib qoʻyiladi. Qogʻonoq suvi kelmaganda, dard unchalik qattiq va tez-tez tutmayotganda va homila boshi chanoq ogʻziga tiralib turgandagina oʻrindan turish ruxsat etiladi. Shu shartlar boʻlmasa, tugʻuvchi ayol oʻrnida chalqancha yoki yoni bilan oʻzi uchun qulay vaziyatda yotadi.

Bachadon boʻyni ochiladigan davrda akusher tugʻuvchi ayolning ahvolini (charchaganligi, boshi aylanishi, bosh ogʻrigʻi, koʻrish funksiyasining buzilishi va hokazo) tugʻruq dinamikasini va homila yuragining qanday urayotganini sinchiklab kuzatadi, pulsini vaqt-vaqti bilan sanab turadi. Tugʻruq normal borayotganda puls birmuncha tezlashadi-yu, toʻliq va ritmik boʻlib qolaveradi. Tugʻuvchi ayolning tana harorati kuniga 2–3 mahal oʻlchanadi.

Bachadon boʻyni ochiladigan davrning boshidan oxirigacha dard tutish xarakteri kuzatib turiladi. Akusher dard tutish kuchi, muddati va takrorligini kuzatadi. Dard necha marta tutayotganligini bilish tavsiya etiladi.

Bachadon boʻyni ochiladigan davrda **tashqi tekshirish** koʻp marta oʻtkaziladi. Bu akusherlik tekshirishida oldinda yotgan qismning chanoq ogʻziga munosabatiga (chanoq ogʻzining ustida turganligi, chanoq ogʻziga tiralganligi, chanoq ogʻzida kichik segmenti bilan turganligi va boshqalar), dard tutayotgan vaqtda va pauzalarda **bachadon** konsistensiyasiga, bachadon tubining qanday balandlikda ekanligiga, kontraksion halqaning holatiga alohida eʼtibor berish kerak. Bachadon muskullarining qanday va qanchalik qisqarayotganligi bachadon tubiga qoʻl qoʻyib bilinadi, bachadonning boʻshashuv darajasi palpatsiya yoʻli

bilan aniqlanadi. Fiziologik tugʻruqda bachadon qisqargandan keyin bemalol boʻshashadi. Normal tugʻruqda kontraksion halqa uncha yaxshi bilinmaydigan koʻndalang yotgan egat shaklida seziladi. Bachadon boʻynining tashqi teshigi ochilgan sayin kontraksion halqa yuqoriga koʻtariladi, ochilish davrining oxirida halqa simfizdan bir kaft enicha yuqorida joylashadi. Bachadon tubining balandligi ham oshadi. Tugʻruq boshida bachadon tubi aksari kindik bilan xanjarsimon oʻsiq oʻrtasida turadi, ochilish davrining oxiriga kelib bachadon tubi xanjarsimon oʻsiq va qovurgʻalar ravogʻigacha koʻtariladi.

Bachadon boʻynining ochilish davrida homila pufagi yorilmagan boʻlsa **homilaning yurak urishi** har 15–20 daqiqada, suv ketgandan keyin esa 5–10 daqiqada **eshitib turiladi**. Homila yuragining har daqiqada 160 marta va undan ortiq urishi, shuningdek, yurak urishlari 110 ga tushishi va undan ham pasayishi homilaning boʻgʻilib qolish (asfiksiya) xavfi borligidan darak beradi.

Homila pufagining yorilishi va qogʻonoq suvining ketishi tugʻruqning masʼuliyatli bosqichi boʻlib, shuning uchun unga akusher alohida eʼtibor berishi kerak. Odatda qogʻonoq suvi bachadon boʻyni toʻla yoki toʻlaga yaqin ochilgach ketadi. Qogʻonoq suvi tiniq suyuqliqdan iborat boʻladi. Qogʻonoq suviga mekoniy aralashganligi odatda homila asfiksiyasi boshlanayotganligidan darak beradi, qon aralashganligi tashqi teshik chetlarining yirtilganligini, plasentaning koʻchganligini va boshqa patologik jarayonlar borligini koʻrsatadi. Suv ketayotgan paytda homila boshi kichik chanoq ogʻziga tiralmagan boʻlsa (tegish belbogʻi boʻlmasa) kindik qovuzlogʻi yoki homila qoʻli qogʻonoq suvi bilan qinga chiqib qolishi mumkin. Kindikning qinga chiqib qolishi homilaning asfiksiyasiga sabab boʻladi, qoʻlning qinga chiqib qolishi esa homilaning tugʻilishini qiyinlashtiradi yoki unga toʻsqinlik qiladi.

Tugʻuvchi ayol tugʻruq boʻlimiga kirgach va qogʻonoq suvi ketgach, darhol **qin orqali tekshiriladi**. Tugʻruq davomida qin orqali tekshirish homilaning tugʻilish davri choʻzilganda, homilaning vaziyati va oldinda yotuvchi qismi noaniq boʻlganda, tugʻruq yoʻllaridan qon ketganda, homila asfiksiyasi va shunga oʻxshash hollarda oʻtkaziladi.

Qin orqali tekshirishda qinning holati (kengligi, stenozi torayganligi, toʻsiqlari) va bachadon boʻyni (qisqarganligi, tekislanganligi), bachadon boʻynining ochilish darajasi, tashqi teshik chetlarining xarakteri (qalinligi, yupqaligi, choʻziluvchanligi, qotganligi), homila pufagining holati (yorilgan-yorilmaganligi, tarang yoki salqiligi), homilaning oldinda yotgan qismi va uning chanoq tekisliklariga munosabati (chanoq ogʻzining ustida, chanoq ogʻzida kichik yoki katta segmenti bilan yotganligi, chanoq boʻshligʻida, chanoqdan chiqish teshigida turganligi) aniqlanadi, oldinda yotgan qismning kerakli nuqtalari paypaslab topiladi, chanoq suyaklarining ichki yuzasi tekshiriladi va, nihoyat, promontoriyga (dumgʻaza burni) qoʻl yetadigan boʻlsa diagonal konyugata oʻlchanadi.

Tugʻuvchi ayolning tugʻruq yoʻllaridan kelayotgan chiqindi tugʻruq vaqtida sinchiklab kuzatib turiladi. Tugʻruqning birinchi davrida suv ketguncha boʻyin kanalidagi yopishqoq tiniq shilimshiq ajralib chiqadi.

Qovuq va ichak funksiyasini kuzatib turish kerak. Qovuq va toʻgʻri ichak toʻlib ketganda ochilish davri bilan homila tugʻilish davri normal oʻtolmaydi, yoʻldosh tushishida qiyinchilik boʻladi.

Qovuq atoniyasida ayol siygisi kelayotganini sezmaydi, buning natijasida qovuq toʻlib ketishi mumkin. Homila boshi siydik chiqarish kanalini simfizga taqab qoʻyganda ham qovuq toʻlib ketadi. Qovuq toʻlib ketishiga yoʻl qoʻymaslik uchun tugʻuvchi ayolga har 2–3 soatda oʻzicha siyish buyuriladi. Tugʻuvchi ayol qovuqni oʻzicha boʻshata olmasa, kateterlanadi.

Qovuqni kateterlashda tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolari kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi. Akusher qoʻllarini choʻtkada sovunlab yuvadi va spirt bilan artadi. Chap qoʻlining ishora va bosh barmoqlari bilan jinsiy lablar keriladi, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi ochiladi va kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma (kaliy permanganat) bilan artiladi. Kateter (104-rasm), yaxshisi elastik kateter, oʻng qoʻlga olinib, uchi uretra orqali qovuqqa avaylab kiritiladi (105-rasm). Siydik xarakteri (tiniqligi, loyqaligi, qon aralashganligi) aniqlanadi va zarur boʻlsa tekshirishga yuboriladi.

Ichakning pastki boʻlimini oʻz vaqtida boʻshatish muhim. Ochilish davri 12–15 soatdan uzoqqa choʻzilsa, ichakni tozalash maqsadida huqna qilinadi.

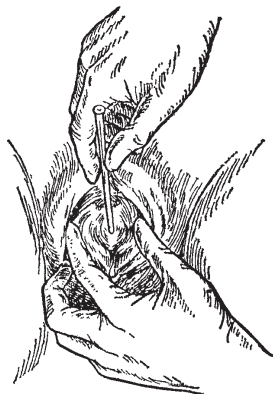
Tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolari bachadon boʻynining ochilish davrida koʻpi bilan 5–6 soatda 1 marta, shuningdek, har gal qovuqni boʻshatish va defekatsiyadan keyin kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi.

Tugʻruqda juda koʻp kuch-quvvat sarf boʻladi, shu sababli tugʻuvchi ayolning ovqat yegisi keladi. Oson hazm boʻladigan ovqatlar (kisel, tuxum shoʻrva, manniy boʻtqasi, bulka, sutli mahsulotlar, shirin choy va hokazo) oz-ozdan beriladi.

Bachadon boʻynining ochilish davrida tugʻruqni ogʻriqsizlantirish choralari koʻriladi. Homilaning tugʻilish davri bachadon boʻynining teshigi toʻla ochilgach boshlanadi; aksari shu vaqtda (yoki biroz ertaroq) homila pufagi yorilib, oldingi suv ketadi. Homila pufagi oʻzicha yorilmasa va birinchi toʻlgʻoqlarda jinsiy yoriqdan koʻrinib tursa, barmoq yoki asbob bilan yirtiladi.



104-rasm.
Ayol kateteri.



105-rasm.
Qovuqni kateterlash.

HOMILANING TUG'ILISH DAVRINI BOSHQARISH

Bu davrda tug'uvchi ayol organizmiga juda zo'r keladi; asab, yurak-tomir va muskul sistemalari, nafas a'zolari va boshqa a'zo hamda tizimlar zo'r berib ishlaydi. Shu munosabat bilan homilaning tug'ilish davrida yurak, tomirlar, o'pka va boshqa a'zolari kasallangan ayollarda yurak faoliyati va gazlar almashinuvi buzilishi mumkin.

Homilaning tug'ilish davri uzoq davom etganda, to'lg'oq qattiq va tez tutganda bachadon bilan plasenta o'rtasida qon aylanishi to'xtab, homila bo'g'ilib qolishi mumkin. Shu sababli **tug'ruqning ikkinchi davrida** tug'uvchi ayol gornidagi homilaning ahvoliga ayniqsa katta e'tibor berish zarur.

Akusher tug'uvchi ayolning umumiy ahvolini, teri va ko'rinib turgan shilliq pardalarning rangini muntazam kuzatib turadi, pulsini sanaydi, arterial bosimini o'lchaydi, ayolning kayfiyatidan boxabar bo'lib turadi (boshi aylanayotganligini, og'riyotganligini, ko'zi xiralashayotganligini va shu kabilarni aniqlaydi). Tug'ruq xarakterini (to'lg'oqlarning kuchini, qancha davom etayotganligini, takrorligini) va bachadon holatini kuzatib turish kerak. Bachadonning qisqarish darajasi va pauzada bo'shashuvi, yumaloq boylamlar tarangligi, kontraksion halqaning qanday balandlikda ekanligini palpatsiya yo'li bilan aniqlanadi. Bachadon pastki segmentining holati (yupqalanganligi yoki bezillab turganligi) ga e'tibor beriladi.

Homilaning tug'ilish davrida oldinda yotgan qismining tug'ruq yo'llaridan o'tib borishini aniqlash maqsadida tashqi akusherlik tekshirishi takror o'tkazib turiladi. Kichik chanoqning turli tekisliklariga homila boshining munosabati uchinchi va to'rtinchi amal bilan aniqlanadi. Buni qin orqali tekshirishda aniqroq bilish mumkin. Ana shu munosabatni quyidagicha baholanadi.

1. Homila boshining chanoq og'zining ustida turishi (106-a rasm).

Homilaning butun boshi kichik chanoq og'zi ustida joylashgan, qimirlaydi, turtilganda bemalol siljiydi yoki kichik chanoq og'ziga taqalib turadi. Chanoqning bo'sh turganligi, homila boshi yuqorida bo'lib, chanoqning nomsiz chiziqlarini va dumg'aza burnini paypaslashga xalal bermasligi (promontoriyga umuman qo'l yetsa), o'q-yoysimon chok odatda ko'ndalang o'lchamda turganligi, katta-kichik liqildoqlar bir sathda ekanligi (ensa oldinda yotganda) qin orqali tekshirib aniqlanadi.

2. Homila boshining chanoq og'zida kichik segmenti bilan turishi (106-b rasm).

Homila boshi qimirlamaydi, ko'proq qismi chanoq og'zi ustida, kichik segmenti chanoq og'zining tekisligidan pastroqda turadi. Dumg'aza chuqurchasi bo'sh turganligi, bukilgan barmoqni dumg'aza burniga olib borish mumkinligi (promontoriyga qo'l yetsa) qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Simfizning ichki yuzasini tekshirsa bo'ladi, o'q-yoysimon chok ko'ndalang yoki biroz qiyshiq o'lchamda turadi.

3. Homila boshining chanoq og'zida katta segmenti bilan turishi (106-d rasm).

Homila boshining katta aylanasi chanoq og'zining kirish tekisligidan pastda

ekanligi (homila boshining kichik chanoq bo'shlig'iga tushganligi) tashqi tekshirishda aniqlanadi. Homila boshi simfiz bilan dumg'azaning yuqoridagi uchdan bir qismini berkitib turganligi, dumg'aza burni (promontoriy) ga qo'l yetmasligi, quymich o'siqlari osongina paypaslanishi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Homila boshi bukilgan, kichik liqildog'i katta liqildog'idan pastroqda, o'q-yoysimon chok ko'ndalang yoki biroz qiyshiq o'lchamda ekanligi bilinadi.

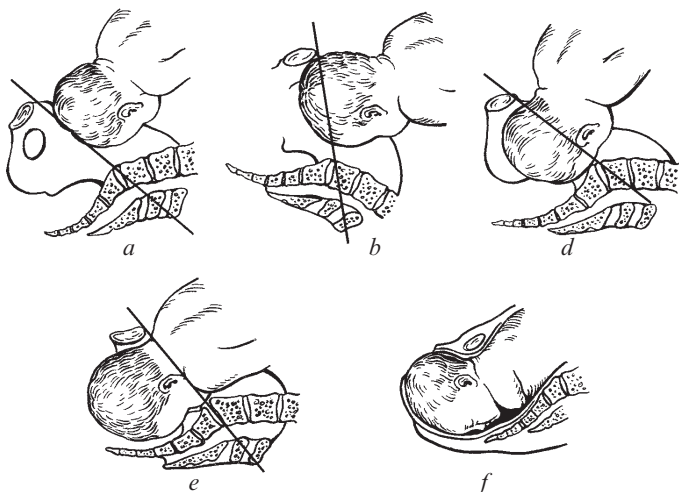
4. Homila boshining chanoq bo'shlig'ining keng qismida turishi. Tashqi tekshirishda homila boshining bir qismi (peshonasi) paypaslab topiladi; homila boshining kattaroq aylanasi chanoq bo'shlig'i keng qismining tekisligidan o'tganligi, simfiz ichki yuzasining uchdan ikki qismi va dumg'aza chuqurchasining yuqori yarmi homila boshi bilan band ekanligi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. IV va V dumg'aza umurtqalari hamda quymich o'siqlari bemalol paypaslab topiladi. O'q-yoysimon chok qiyshiq o'lchamlardan birida turadi.

5. Homila boshining chanoq bo'shlig'ining tor qismida turishi (106-e rasm). Homila boshi tashqi tekshirilganda bilinmaydi. Dumg'aza chuqurchasining yuqoridagi uchdan ikki qismi va simfizning butun ichki yuzasi homila boshi bilan band ekanligi qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Quymich o'siqlari arang paypaslanadi. Homila boshi chanoq tubiga yaqin turadi, ichki burilishi hali tugallanmagan, o'q-yoysimon chok qiyshiq o'lchamlardan birida, to'g'ri o'lchamga yaqinroq turadi.

6. Homilaning boshi chanoqdan chiqish teshigida turishi (106-f rasm). Tashqi tekshirishda homila boshi mutlaqo paypaslanmaydi. Dumg'aza chuqurchasi, homila boshi bilan batamom band, quymich o'siqlari sezilmaydi, o'q-yoysimon chok chanoqning to'g'ri o'lchamida turadi.

106-rasm. Homila boshining chanoq tekisliklariga munosabati.

a—homila boshi chanoq og'zining ustida; *b*—homila boshi chanoq og'zida kichik segmenti bilan turibdi; *d*—homila boshi chanoq og'zida katta segmenti bilan turibdi; *e*—homila boshi chanoq bo'shlig'ida; *f*—homila boshi chanoqdan chiqish teshigida.



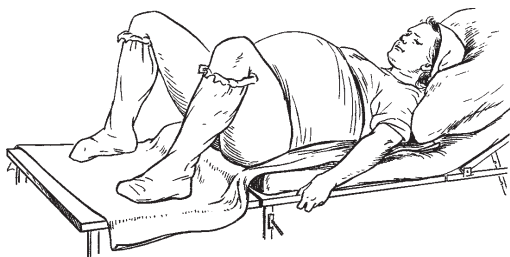
Tugʻruq normal oʻtayotganda homila boshi chanoqdan ketma-ket harakatlanib boradi, chanoqning bir tekisligida uzoq turmaydi. Chanoqning biron tekisligida homila boshining uzoq turib qolishi homilaning tugʻilishiga biron toʻsqinlik borligi yoki dard, toʻlgʻoq tutishi susayganligini koʻrsatadi.

Tugʻruqning ikkinchi davrida homila yuragining tonlarini har bir toʻlgʻoqdan keyin eshitish shart; homilaning tugʻilish davrida boʻgʻilib qolish xavfi qogʻonoq suvi ketmagan birinchi davrdagiga nisbatan koʻproq boʻladi. Auskultatsiyada homila yuragining urib turish takrorligi, tonlarining ritmi va jaranglilikiga eʼtibor beriladi; homilaning yurak faoliyatiga aniqroq baho berish uchun yuragining qanday urayotganini eshitish bilangina kifoyalanmay, tonlarini sanash ham kerak. Yurak tonlari har 10–15 minutda sanalib, olingan maʼlumotlar tugʻruq tarixiga yozib turiladi. Koʻrsatma boʻlganda ultratovush apparati yordamida elektrofonokardiografiya usuli bilan yoki monitor kuzatish oʻtkazib, homilaning yurak faoliyatini aniqlanadi.

Tashqi jinsiy aʼzolar holatiga va qindan kelayotgan chiqindi sifatiga qarab turish katta ahamiyatga ega. Tashqi jinsiy aʼzolarining shishganligi tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari chanoq suyaklari bilan homila boshi oʻrtasida qisilib qolganligini koʻrsatadi; qonli chiqindi kelishi plasentaning koʻcha boshlaganligidan yoki tugʻruq yoʻllarning yumshoq toʻqimalari shikastlanganligi (yirtilganligi, chaqalanganligi)dan darak berishi mumkin.

Homila boshi oldinda yotganda qogʻonoq suviga mekoniy aralashganligi homilaning boʻgʻilib qolish belgisi hisoblanadi; qindan yiringli chiqindi kelishi infeksiyadan darak beradi.

Homilaning tugʻilish davr-ida ayol Raxmanov karavotida oʻzi uchun qulay



107-rasm.

Homila tugʻiladigan davrda ayolning vaziyati.

vaziyatda chalqancha yotadi. Shu davr-ning oxiriga kelib, tugʻuvchi ayol oyoqlarini chanoq-son va tizza boʻgʻimlaridan bukib, chalqancha yotaveradi (107-rasm). Karavotning bosh tomoni koʻtarib qoʻyiladi; tana yuqori qismining balandroq turishi toʻlgʻoqni osonlashtiradi va homilaning tugʻruq kanalidan bemalol oʻtishiga yor-

dam beradi. Karavotning oyoq tomonidagi polster olib qoʻyiladi, natijada tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini kuzatish va tugʻruqni qabul qilish osonlashadi.

Ayol tugʻruq karavotidan boshqa oʻrinda tugʻayotgan boʻlsa, boshi va yelkaları tagiga qoʻshimcha yostiq qoʻyiladi. Toʻlgʻoq tutganda tugʻuvchi ayol oyoqlarini karavotga tiraydi (oyoqlarini tizza va chanoq-son boʻgʻimlaridan bukib turadi), karavotni chetidan yoki maxsus tizgindan ushlaydi (karavotning oyoq tomoniga ikkita sochiq boylanib, boʻsh uchini ayol ushlab turadi va toʻlgʻoq vaqtida oʻziga tortadi).

Homila boshi suqilib kirgan paytdan boshlab, akusher tugʻruqni qabul qilishga shay boʻlib turishi kerak. U operatsiyadan oldin qoʻllarini qanday yuvsa, tugʻruqni qabul qilishdan oldin ham oʻshanday yuvadi. Soʻngra tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolarini, ikkala sonining ichki yuzasini, quymich va anal teshik sohasini kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan yuvadi, steril doka bilan quritadi va 5% li yod nastoykasidan surtadi; anus sohasiga steril doka yoki taglik yopib qoʻyadi¹. Tugʻuvchi ayolning dumgʻazasi tagiga steril choyshab yoziladi. U oddiy karavotda tugʻayotgan boʻlsa, jinsiy aʼzolariga bemalol yaqinlashish uchun dumgʻazasi tagiga valik qoʻyiladi.

Akusher tugʻuvchi ayolni tayyorlagandan keyin qoʻllarini spirt bilan takror artadi, steril xalat va qoʻlqop kiyib oladi.

Homila boshi suqilib kirayotgan paytda akusher tugʻuvchi ayolning ahvoliga, dard va toʻlgʻoq tutishiga, homila boshining harakatlanib borishiga qarab turish bilan kifoyalanadi. Homila boshi yorib chiqishi bilan akusherlik yordamiga kirishiladi, yaʼni tugʻruq qabul qilina boshlaydi.

Homila boshi koʻrinayotganda chanoq tubiga qattiq urilib, uni haddan tashqari choʻzib yuboradi. Ayni vaqtda homila boshini tugʻruq kanalining devorlari qisib qoʻyadi. Natijada tugʻuvchi ayolning oraligʻi yirtilishi, homila miyasida qon aylanishi buzilishi mumkin.

Shu sababli tugʻruqni qabul qiluvchi akusher oraliqni shikastlanishdan saqlash, homilani noqulay taʼsirlardan ehtiyot qilib, tugʻruq yoʻllaridan avaylab olish maqsadida quyidagi shartlarga rioya qilishi zarur.

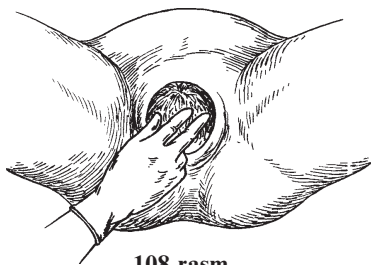
1. Yorib chiqqan homila boshi sekin-asta, ohistalik bilan harakatlanishi kerak. Homila boshining sekin-asta yorib chiqishi oraliq shikastlanmagani holda toʻqimalarining choʻzilishiga yordam beradi.

2. Homila boshi eng kichik oʻlchami bilan (bosh oldinda yotganda) yorib chiqishi kerak. Homila boshi vulvar halqadan qancha kichik aylanasi bilan yorib chiqsa, oraliqni shuncha kam choʻzadi. Bosh eng kichik oʻlchami bilan yorib chiqqanda uni tugʻruq kanalining devorlari kamroq qisishini nazarda tutish zarur.

Akusher tugʻuvchi ayolning oʻng tomonida turib, homila boshi yorib chiqqa boshlashi bilanoq yordam bera boshlaydi (boshning suqilib kirish vaqtida har qanday muolaja ortiqcha). U homila boshining haddan tashqari tez harakatlanishini toʻxtatib, uning sekin-asta yorib chiqishiga yordam beradi, homila boshining barvaqt yozilishiga yoʻl qoʻymay, uning bukilgan holatda yorib chiqishiga koʻmaklashadi. Homila boshi bukilgan holatda eng kichik aylanasi bilan yorib chiqadi, bu aylana kichik qiyshiq oʻlchamdan (32 sm) oʻtadi, bukilmagan bosh esa katta aylanasi bilan yorib chiqadi, bu aylana toʻgʻri oʻlchamdan (34 sm) oʻtadi, ayni vaqtda toʻqimalar koʻproq choʻziladi.

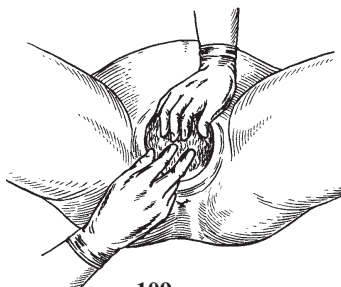
Yuqorida aytilgan talablar quyidagicha bajariladi.

¹ S.D.Astrinskiy anus sohasiga steril paxta yopishni taklif etgan, paxtaning ustidan steril doka salfetka qoʻyiladi, salfetka chetlariga kollodiy surtib, oraliqqa va dumbaning ichki yuzasiga yopishtiriladi.



108-rasm.

Akusher homila boshining tez harakatlanib borishini to'xtatib turadi va homila boshining barvaqt yozilishiga yo'l qo'ymaydi ("oraliqni himoya qilish").



109-rasm.

Qattiq to'lg'oq tutganda chap qo'l homila boshini oraliq tomonga bukib, o'ng qo'lga ko'maklashadi ("oraliqni himoya qilish").

1. Yorib chiqayotgan homila boshining harakatini boshqarish. O'ng qo'lning uch barmog'i yorib chiqayotgan homila boshiga qo'yiladi. Akusher barmoqlarining yumshoq qismini homila boshiga tegizib ushlab, to'lg'oq vaqtida boshning tez harakatlanishiga to'sqinlik qiladi va uning barvaqt yozilishiga yo'l bermaydi (108-rasm). To'lg'oq qattiq tutganda tez harakatlanib kelayotgan boshni o'ng qo'l to'xtatib turolmasa, chap qo'l bilan yordam beriladi. Bunda chap qo'l panjasi qovga qo'yiladi, barmoqlar oxirgi falangalarining kaftga qaragan yuzasi bilan bosh avaylab bosib turiladi, bosh oraliq tomonga bukiladi va uning tez harakatlanib borishi to'xtatib turiladi (109-rasm).

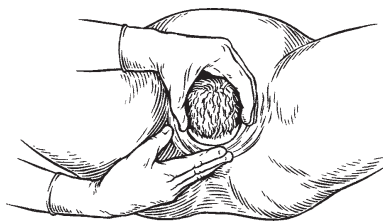
Ba'zi akusherlar o'ng qo'lning kaft yuzasini oraliqqa qo'yib, uni ushlab turishadi, ammo akusherning qo'llari oraliqqa tegmay turgani ma'qul. Oraliqni bosib turish natijasida qon aylanishi buzilib, oraliq yirtilishi mumkin.

To'lg'oqlar orasida o'tadigan davrlar (pauzalar)da chap qo'l barmoqlari homila boshida qoladi, o'ng qo'l esa vulvar halqaning orqa-yon bo'limlaridagi to'qimalarning cho'zilishini bartaraf qiladi. Akusher to'qimalarni surib beradi. Shu maqsadda to'lg'oqlar o'rtaidagi pauzalarda klitor va kichik jinsiy lablar to'qimasi tug'ilayotgan ensadan pastga tushiriladi; vulvar halqa oldingi bo'limining kam cho'ziladigan to'qimalari mumkin qadar orqaga, oraliq tomonga suriladi, shu tariqa yangi to'lg'oq bartaraf qilinadi. To'qimalarni surib berish to'xtatiladi, yana boshning tez yorib chiqishiga va barvaqt yozilishiga yo'l berilmaydi.

2. Homila boshini chiqarish. Ensa tug'ilib, ensa osti chuqurchasi (fiksatsiya nuqtasi) simfizning pastki chekkasiga tayangan vaqtda tug'uvchi ayolning kuchanishiga ruxsat etilmaydi. Shu paytdan boshlab homilaning butun boshi chiqarilguncha tug'uvchi ayol og'zi bilan nafas oladi, qo'llarini ko'kragiga qo'yib turadi. Bir maromda og'izdan chuqur nafas olish to'lg'oqni to'xtatib turishga yordam beradi.

Ensa do'mbog'i chiqqach tepa do'mboqlar tug'ruq yo'llaridan chiqariladi, vulvar halqaning yon chekkalari tepa do'mboqlardan avaylab tushiriladi. Shundan

keyin homila boshi chap qo'l bilan ushlanadi va sekin-asta avaylab yoziladi; bosh yozilayotgan vaqtda oraliq to'qimalari homila boshidan o'ng qo'l bilan tushiriladi (110-rasm). Bosh sekin-asta yozilganda avval peshonasi, so'ngra yuzi va engagi oraliq ustidan ko'rinadi.



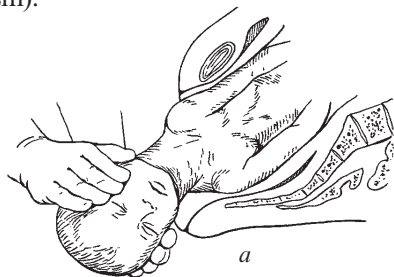
110-rasm.

Homila boshini chiqarish: homila boshi chap qo'l bilan ushlanib, sekin-asta yoziladi; oraliq to'qimalari o'ng qo'l bilan homila boshidan sekin-asta tushiriladi ("oraligni himoya qilish").

Homilaning boshi chiqqach, bo'yniga kindigi o'ralgan-o'ralmaganligi tekshiriladi. Kindik o'ralgan bo'lsa, qovuzlog'idan avaylab tortib, boshi orqali bo'yindan olinadi. Kindikni bo'yindan olish mumkin bo'lmasa, ikki qisqich orasiga olib kesiladi.

3. Yelka kamarini chiqarish. Homilaning tug'ilgan boshi yuzini pozitsiyaga yarasha onaning o'ng yoki chap soniga qaraydigan qilib buriladi. Homila boshining tashqi burilishi to'xtab qolsa, tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi; to'lg'oq tutgan vaqtda yelkalarining ichki burilishi va boshning tashqi burilishi ro'y beradi; yelkalar chanoqning to'g'ri o'lehamiga mos turadi va vulvar halqa orqali paypaslanadi. Yelkalarining chiqishiga akusher alohida e'tibor berishi kerak, chunki bunda yumshoq to'qimalar anchagina cho'zilib, oraliq yirtilishi mumkin.

Yelka kamari chiqayotganda quyidagicha yordam ko'rsatiladi. O'zicha chiqayotgan oldingi yelkani qov ravog'iga taqab ushlanadi va shundan keyin orqadagi yelka oraliqdan chiqariladi. Yelka kamarining o'z-o'zicha chiqishi to'xtalib qolsa, homila boshi ikkala qo'l bilan shunday ushlanadiki, kaftlar quloq sohasiga yotsin (barmoqlarning uchlari homilaning bo'yniga tegmasin, chunki bunda tomirlar va nervlarning qisilish xavfi kelib chiqadi). So'ngra homilaning oldingi yelkasi qov ravog'ining ostiga yaqinlashmaguncha boshi avaylab pastga tortiladi (111-a rasm). So'ngra homila boshi oldinga qarab yuqoriga ko'tariladi, shu payt homilaning orqadagi yelkasi oraliq ustidan sirg'anib chiqadi (111-b rasm).



a



b

111-rasm. Homila yelkalarini chiqarish:

a—oldingi yelkasini chiqarishda qo'l amali; chiqqan bosh orqaga tortilganda oldingi yelka chov ravog'ining ostiga keladi; *b*—orqadagi yelkasini chiqarishda qo'l amali; homila boshi oldinga tomon ko'tarilganda orqadagi yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

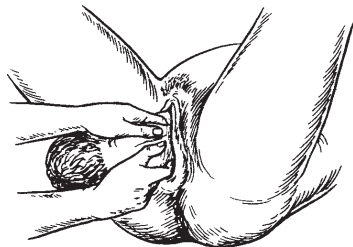
Homilaning orqadagi yelkasini quyidagi amal bilan chiqarish ham mumkin: homila boshi chap qo'lda ushlanib, yuqoriga suriladi, oraliq to'qimalari esa o'ng qo'l bilan homila yelkasidan tushiriladi (112-rasm).

Homila yelkalarini shu amallar bilan chiqarib bo'lmasa, ishora barmog'i homilaning orqa tomonidan oldingi yelkaning qo'ltig'iga suqiladi; tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi va shu payt homila yelkasi qov ravog'ining ostiga kelmaguncha undan ushlab tortiladi. Shundan keyin homilaning orqadagi yelkasi chiqariladi.

4. Homilaning ko'krak qafasi ikkala qo'l bilan avaylab ushlanadi (113-rasm) va tanasi yuqoriga yo'naltiriladi; ayni vaqtda homila tanasining pastki qismi bemalol chiqadi.



112-rasm. Homilaning orqadagi yelkasini chiqarishda ikkinchi amal.



113-rasm. Homila tanasini chiqarish.

Bola tug'ilgach, yo'ldosh tushish davri boshlanadi, bu davrda akusher tug'uvchi ayolni sinchiklab kuzatib turadi va shu bilan birga yangi tug'ilgan bolani birinchi marta tozalaydi.

Yangi tug'ilgan bola birinchi marta quyidagicha artib-tozalanadi.

1. Tug'ilgan bola steril dokaga artiladi, so'ngra og'iz-burni bir parcha steril paxta bilan shilimshiqdan tozalanadi va onasining bukilgan va kerilgan oyoqlari orasidagi iliq steril yo'rgakka qo'yiladi. Kindik tarang bo'lmasligi kerak. Akusher bolani sinchiklab ko'zdan kechiradi. Yetuk tug'ilgan sog'lom bola darrov nafas ola boshlaydi, qattiq chinqiradi, qo'l-oyog'ini harakatlantiradi, aksari hademay siyadi. Akusher bolani yotqizib, yana qo'llarini yuvadi, spirtga artadi va uni tozalashga kirishadi.

2. Albatta oftalmoblennoyeyaning oldini olish chorasi amalga oshiriladi, chunki yangi tug'ilgan bola tug'ruq yo'llaridan o'tayotganda ko'ziga infeksiya yuqish ehtimoli bor. Ko'zga **gonokokklar** yuqishi og'ir oqibatlar keltiradi, hatto bolani ko'r qilib qo'yishi ham mumkin.

Hozirgi paytda gonoblennoyeyaning oldini olish (profilaktika) maqsadida 1% li eritromitsin yoki tetrasiklin mazi ishlatilayapti. Homila tug'ilgan zahoti uning qovoq teri qoplamlaridan steril paxta sharchalar bilan tug'ruq shilimshiqqlari

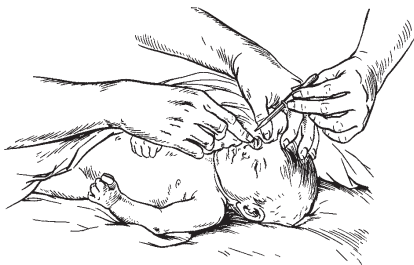
(smazka) va shilliqlar (sliz) olinadi (buni olishda sharchalarni tashqi burchakdan ichkari burchak tomon harakatlantirish kerak bo'ladi, har qaysi ko'z uchun alohida sharcha olinadi). Shundan keyin bolaning quyi qovog'ini astagina pastga tortib turib, konyunktiva qopchasiga 1% li eritromitsin yoki tetrasiklin mazi surtiladi, ikkinchi marta u tug'ilgandan 2 soat o'tgach surtiladi (114-rasm).

3. Homila tug'ilgach, odatda 2–3 daqiqadan keyin kindik tomirlarining urib turishi (pulsatsiyasi) to'xtaydi, shundan keyin kindik bog'lanadi. Kindik tomirlari urib turganda homilaning tomirlar tizimchasiga kindik venasi orqali plasentadan 2–3 daqiqada 50–100 ml qon kiradi. Pulsatsiya to'xtagach, kindik qat'iy aseptika-antiseptika qoidalariga amal qilib qirqiladi va bog'lanadi.

Kindik spirtga ho'llangan steril paxta sharcha bilan artiladi va ikkita Koxer qisqichi orasiga olinadi. Bir qisqich kindik halqasidan 8–10 sm masofaga, ikkinchisi biroz yuqoriga qo'yiladi. Kindikning qisqichlar orasidagi qismi to'mtoq qaychida qirqiladi (115-rasm). Kindikning ona tomondagi uchi jinsiy yoriq oldidan tasma yoki ipak bilan bog'lanadi va doka salfetkaga o'raladi.

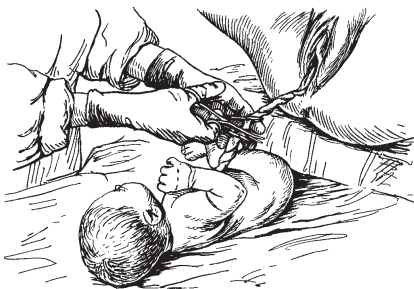
Bolani sovuq qotirib qo'ymaslik uchun kindikning bola tomondagi uchi steril yo'rgak yozilgan va grelka, elektr reflektor bilan isitilgan yo'rgaklash stolchasida tozalanadi.

Kindikning bola tomondagi uchi spirt bilan yana artiladi va kindik halqasidan 1,5–2 sm narida steril tasmacha yoki yo'g'on ipak bilan bog'lanadi. Ligatura (bog') uchlari kindik tizimchasining bir tomonida bir marta, qarama-qarshi tomonda ikkinchi marta tugiladi. Ikkinchi tugun qovuzloqli qilib solinadi, kindik qurib qolsa yoki birinchi tugun bo'shashib qolsa kindikni tarang tortish uchun qovuzloqni bo'shatsa bo'ladi. Shundan keyin kindik qoldig'ining uchi bog'langan joyining 2–3 sm yuqorisidan qirqilib, 5% li yod nastoykasi surtiladi, kindik qoldig'i steril doka salfetkaga o'raladi, salfetka uchlari kindik halqasi oldidan bog'lanadi; salfetkalarga o'ralgan kindik qoldig'ini qoringa steril bint bilan bog'lab qo'yish mumkin.



114-rasm. Oftalmoblennoyeyaning oldini olish.

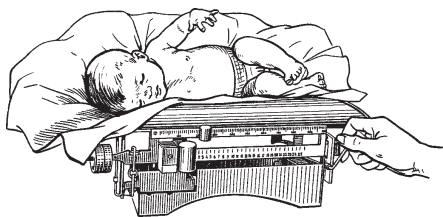
Yangi tug'ilgan bolaning ko'ziga 2% li kumush nitrat eritmasidan 1–2 tomchi tomiziladi.



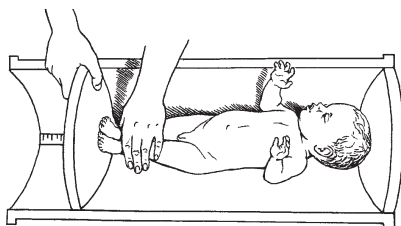
115-rasm. Kindikni ikki qisqich orasidan qirqish.

Hozirgi paytda kindik qoldig'iga metall yoki rezina halqacha kiydirib qo'yishni afzal ko'rishmoqda. Metall halqacha quyidagicha kiydiriladi: kindikda tomir urishi to'xtagach 2 ta qisqich: birini kindik halqasidan 10 sm naridan, ikkinchisini undan 2 sm keyin qo'yiladi. Har ikkala qisqich o'rtasini yodning 5% li spirtidagi eritmasi bilan artiladi va shu yerdan kesiladi. Shundan keyin chaqaloqni yo'rgaklash stoliga olib, akusher ikkinchi marta yuvadi va obrabotka qiladi, steril bint bilan kindik qoldig'ini artadi, ko'rsatkich barmog'i bilan katta barmog'i orasiga olib, asta-asta siqadi. So'ng maxsus qisqich bilan metall halqachani (Rogovinniki) olib, unga kindik qoldig'ini kiritiladi, bunda halqachaning pastki cheti kindik tubidan 0,5–0,7 sm yuqorida turishi kerak, qisqichni halqaga «shiq» etib tutashguncha ajratib olinadi. Halqacha kiydirib qo'yilgan kindik qoldig'i ochiq qoldiriladi va uni qunt bilan parvarish qilib turiladi; spirtidagi 2% li borat kislota eritmasiga ho'llangan steril bint bilan har kuni artiladi.

Yangi tug'ilgan bola tozalanib bo'lgandan keyin tarozida tortiladi (116-rasm), bo'yi (bosh tepasidan tovonigacha) o'lchanadi (117-rasm), boshi va yelkalarining o'lchamlari aniqlanadi, qo'lga steril kleyonkadan bilaguzuk taqiladi. Bilaguzukka onaning familiyasi, ismi va otasining ismi, tug'ruq tarixining raqami, bolaning jinsi, vazni, bo'yi, tug'ilgan vaqti oldindan siyohda yozib qo'yiladi, so'ngra bolaga steril iliq ishtoncha kiygizilib, steril yo'rgak bilan adyolga o'raladi va isitiladigan yo'rgaklash stolchasiga 2 soat qo'yiladi. 2 soatdan keyin bola chaqaloqlar palatasiga olib boriladi.



116-rasm. Yangi tug'ilgan bolani tarozida tortish.



117-rasm. Yangi tug'ilgan bolaning bo'yini o'lchash.

YO'LDOSH TUSHISH DAVRINI BOSHQARISH

Tug'ruqning uchinchi davrida plasenta ko'chib, tug'ruq yo'llaridan tushadi.

Yuqorida aytilganidek, plasenta ko'chayotganda biroz qon ketishi, fiziologik holat hisoblanadi. Ammo yo'ldosh tushish davrida anchagina qon ketib, hatto hayot uchun xavfli darajaga yetishi plasentaning ko'chish va chiqish jarayonining buzilishiga bog'liq. Tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilishiga bog'liq bo'lishi mumkin. Shuning uchun

ham tugʻuvchi ayolni akusher tugʻruqning uchinchi davrida doim kuzatib turishi kerak. Akusher ayolning umumiy ahvolini, teri va koʻrinib turgan shilliq pardalar rangini hamisha kuzatib turadi, pulsini sanab, arterial bosimini oʻlchaydi.

Yoʻldosh tushish davri normal oʻtganda tugʻuvchi ayol ahvoli yaxshi, pulsi toʻliq, ritmli, arterial bosimi meʼyorida boʻladi. Ayol kayfiyatining oʻzgarishi (boʻshashib ketishi, boshi aylanishi), teri va shilliq pardalarining rangsizlanishi, pulsining tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi odatda qon ketayotganligidan guvohlik beradi va shoshilinch choralar koʻrishni talab qiladi.

Tugʻuvchi ayol yoʻqotayotgan qon miqdorini hisobga olib turish kerak; buning uchun chanogʻi tagiga qaynatilgan tuvak yoki sirlangan maxsus yassi idish qoʻyiladi. Tashqariga chiqqan qon miqdori haqiqatda ketgan qon miqdoriga hamisha mos kelavermasligini esda tutmoq kerak. Yoʻldosh tushish davrida qon bachadon devori bilan plasenta orasiga toʻplanib, tashqariga chiqmagani holda ayol talaygina qon yoʻqotishi mumkin.

Bachadon shaklini va tubining qanday balandlikda turganini kuzatib, plasentaning koʻchayotganligini, shuningdek, retroplasentar gematoma hosil boʻlayotganini bilish mumkin.

Qovuq toʻlib ketganda yoʻldosh tushish davrining dard va toʻlgʻoqlari toʻxtalib qolib, plasentaning koʻchishi va yoʻldosh tushish jarayoni buziladi. Shuning uchun yoʻldosh tushish davrida qovuq holatiga qarab turish va uning toʻlib ketishiga yoʻl qoʻymaslik kerak.

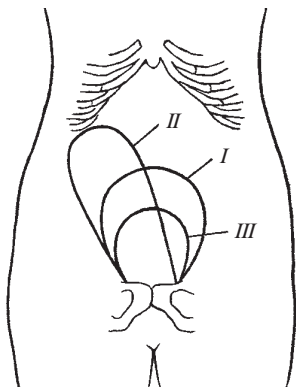
Yoʻldosh tushish davrida tugʻuvchi ayolni doimo diqqat bilan kuzatib turgan holda qatʼiyan kutish pozitsiyasiga amal qilinadi. Plasentaning koʻchish va chiqish jarayonini tezlatish uchun har qanday urinish (bachadonni massaj qilish, kindikdan tortish va hokazo) plasentaning koʻchish jarayonini buzadi, bachadonning qisqarish ritmini oʻzgartiradi va qon ketishiga sabab boʻladi.

Tugʻuvchi ayol ahvoli yaxshi boʻlib, qon ketmayotgan boʻlsa plasentaning oʻzicha koʻchib tushishini 1 soatgacha kutish kerak. 250–300 ml dan ortiq qon ketganda, ayolning ahvoli yomonlashganda, shuningdek, plasenta bachadonda 1 soatdan ortiq ushlanib qolganda yoʻldoshni tushirish uchun tezkor choralar koʻriladi. Bunday hollarda yoʻldosh tashqi amallar bilan tushiriladi yoki bachadon boʻshligʻiga qoʻl suqib olinadi.

Yoʻldosh tushish davrini boshqarishda plasenta bachadon devorlaridan koʻchib, uning pastki segmentida yoki qinda turganligini koʻrsatuvchi belgilarni bilish muhim.

Plasentaning koʻchganligini koʻrsatuvchi eng muhim belgilar.

1. Bachadon shaklining va bachadon tubi balandligining oʻzgarishi (Shreder belgisi). Homila tugʻilgan zahoti bachadon yumaloq shaklda boʻlib, tubi kindik roʻparasida turadi. Plasenta koʻchgach, bachadon yassilanib, torroq boʻlib qoladi, bachadon tubi koʻchgan plasenta ustida kindikdan yuqoriga (baʼzan qovurgʻalar ravogʻigacha) koʻtariladi; bachadon koʻpincha oʻngga buriladi (118-rasm).



118-rasm. Yo'ldosh tushish davrida bachadon tubining qanday balandlikda turishi va bachadon shakli.

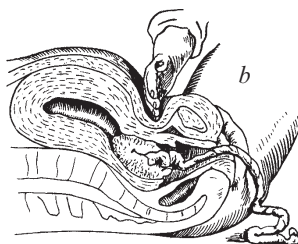
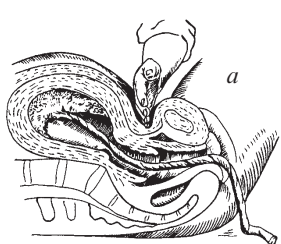
I-homila tug'ilgach; II-plasenta ko'chgan; III-plasenta tushgach.

2. Kindik tashqi bo'lagining uzayishi (Alfeld belgisi). Ko'chgan plasenta bachadonning pastki segmentiga yoki qinga tushadi. Shu sababli kindikni qirqqan vaqtda jinsiy yoriq oldidan solingan qisqich 10–12 sm pastga tushadi.

3. Simfiz ustida do'mboqcha paydo bo'lishi. Ko'chgan plasenta bachadonning yupqa devori pastki segmentiga tushgan paytda shu segmentning oldingi devori qorin devori bilan birga biroz ko'tarilib, simfiz ustida do'mboqcha hosil bo'ladi.

4. Kyustner - Chukalov belgisi. Qov ustidagi soha qo'l panjalari qirrasi bilan bosilsa, plasenta ko'chmagan taqdirda kindik qinga tortiladi; plasenta ko'chgan taqdirda kindik qinga tortilmaydi (119-rasm). Odatda plasentaning ko'chganligi bir belgiga qarab emas, balki yuqorida ko'rsatilgan belgilar yig'indisiga qarab aniqlanadi.

Yo'ldosh tushish davri normal (fiziologik holat bo'lib) o'tsa, ko'chgan yo'ldosh tug'ruq yo'llaridan o'zicha chiqadi, ko'pincha bola tug'ilgandan yarim soat keyin yo'ldosh tushadi. Ba'zan ko'chgan plasenta va pardalar homila tug'ilgach yarim soatdan bir soatgacha muddat ichida va ba'zan esa bir soatdan keyin tushadi.



119-rasm. Kyustner - Chukalov belgisi.

a–plasenta ko'chmagan, kindik qinga tortiladi; *b*–plasenta ko'chgan, kindik qinga tortilmaydi.

Yo'ldosh tushishi yarim soatdan ko'pga cho'zilsa, akusher plasentaning ko'chish belgilari bor-yo'qligini tekshiradi. Plasenta ko'chmagan, qon ketmayotgan va tug'uvchi ayolning ahvoli yaxshi bo'lsa, 1 soatgacha kutib turiladi, shundan keyin yo'ldosh tushiriladi. Tekshirishda plasentaning ko'chish belgilari aniqlansa, uni darhol chiqarish choralari ko'riladi.

Avvalo qovuq bo'shatiladi va tug'uvchi ayolga kuchanish buyuriladi. Ko'chgan plasenta ko'pincha kuchanish ta'sirida osongina tushadi. Bu oddiygina usul natija bermasa, yo'ldosh tashqi amallar bilan tushiriladi.

Ko'chgan yo'ldoshni chiqarishning quyidagi usullari bor.

1. Abuladze usuli. Qovuq bo'shatilgandan keyin bachadonni qisqartirish maqsadida avaylab massaj qilinadi. So'ngra qorin devori ikkala qo'l bilan

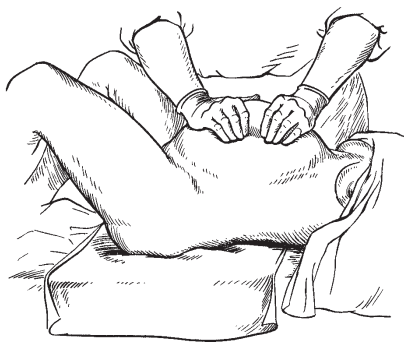
ushlanib, uzunasiga burma hosil qilinadi va tug‘uvchi ayolga kuchanish buyuriladi (120-rasm). Ko‘chgan yo‘ldosh odatda osonlik bilan tushadi.

2. Genter usuli. Qovuq bo‘shatiladi, bachadon tubi o‘rta chiziqqa keltiriladi. Akusher tug‘uvchi ayolning yonida, uning oyoqlariga yuzlanib turadi. Qo‘llarining panjalarini musht qilib, asosiy falangalarning orqa (dorzal) yuzasini bachadon tubiga (nay burchaklari sohasidan) qo‘yadi va pastga hamda ichkariga qarab sekin-asta bosadi (121-rasm); tug‘uvchi ayol ayni vaqtda kuchanmasligi kerak.

3. Krede-Lazarevich usuli. Abuladze va Genter usullariga nisbatan qo‘polroq, shuning uchun Abuladze va Genter usullaridan biri qo‘llanilganda natija chiqmasa, Krede-Lazarevich usuli tatbiq etiladi. Bu usulda quyidagicha ish ko‘riladi: qovuq bo‘shatiladi; bachadon tubi o‘rta chiziqqa keltiriladi; bachadonni yengilgina massaj qilib, qisqarishga majbur etiladi; tug‘uvchi ayolning chap tomonida uning oyoqlariga yuzlanib turib, bachadon tubi o‘ng qo‘l bilan shunday ushlanadiki, bosh barmoq bachadonning oldingi devoriga, kaft bachadon tubiga, to‘rtta barmoq esa bachadonning orqa yuzasiga to‘g‘ri kelsin (122-rasm); yo‘ldosh qisib chiqariladi: bachadon oldindan orqaga qarab qisilib, bachadon tubi pastga va oldingi chanoq o‘qi bo‘ylab bosiladi. Ko‘chgan yo‘ldosh bu usulda osongina chiqadi.

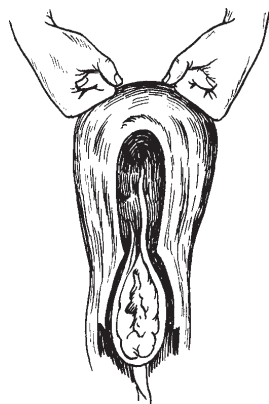
Odatda yo‘ldosh (plasenta va pardalar) bir yo‘la tushadi; ba‘zan plasenta chiqqach, u bilan bog‘langan pardalar bachadonda qolganligi aniqlanadi. Bunday hollarda chiqqan plasentani ikkala qo‘l kaftiga olib, bir yo‘nalishda sekin-asta aylantiriladi. Ayni vaqtda pardalar buralib bachadon devorlaridan sekin-asta ko‘chadi va uzilmasdan tashqariga chiqadi (123-a rasm).

Pardalarni ajratib chiqarishning ikkinchi Genter usuli ham bor. Plasenta chiqqach, ayolga oyoq panjalariga tayanib chanog‘ini ko‘tarish buyuriladi,



120-rasm.

Yo‘ldoshni Abuladze usulida chiqarish.



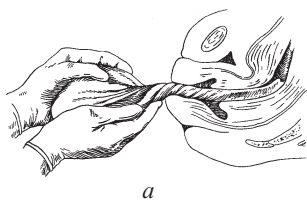
121-rasm.

Yo‘ldoshni Genter usulida chiqarish.

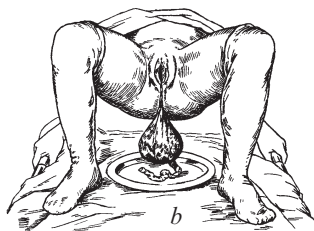


122-rasm. Yo‘ldoshni Krede-Lazarevich usulida chiqarish.

shu payt plasenta osilib tushib, o'z og'irligi bilan pardalarning ko'chishiga yordam beradi (123-b rasm).



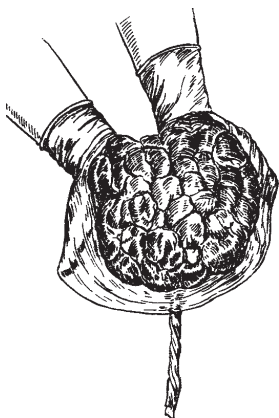
a



b

123-rasm.

Pardalarni chiqarish. *a*—pardalarni burash; *b*—ikkinchi usul (Genter usuli). Tug'uvchi ayol chanog'ini ko'taradi, plasenta osilib tushadi, shu tufayli pardalar ajralib chiqadi.



124-rasm.

Plasentaning onaga qaragan yuzasini ko'zdan kechirish.

Yo'ldosh tushgach, plasenta va pardalarning butunligini bilish uchun sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Plasenta silliq idishda yoki kaftda onaga qaragan yuzasini yuqoriga qilib yoziladi (124-rasm) va plasenta bo'laklari e'tibor bilan birma-bir tekshiriladi. Plasentaning chetlarini juda sinchiklab ko'zdan kechirish kerak; butun plasenta chetlari silliq bo'lib, undan boshlanuvchi tomirlar uzilmagan bo'ladi.

Plasenta ko'zdan kechirilgach, pardalar tekshiriladi. Buning uchun plasenta onaga qaragan tomoni pastga, homilaga qaragan tomoni esa yuqoriga qilib ag'dariladi (125-a rasm). Pardalarning yirtilgan joylarining chetlari barmoqlar bilan ushlanadi va homila bilan qog'onoq suvini saqlab turgan tuxum kamerasini tiklashga harakat qilib, pardalar yoziladi (125-b rasm).



a



b

125-rasm.

Pardalarni ko'zdan kechirish.

Ayni vaqtda qog'onoq pardasi bilan vorsinkali pardaning butunligiga e'tibor beriladi, pardalar orasida plasenta chetidan boshlangan tomirlarning uzilgan-uzilmaganligi aniqlanadi. Tomirlarning uzilganligi (126-rasm) plasentaning qo'shimcha bo'lagi borligini va bachadon bo'shlig'ida qolganligini ko'rsatadi. Pardalar ko'zdan kechirilganda ularning uzilgan joyi topiladi, bu esa plasentaning devoriga yopishgan joyini bir qadar bilishga imkon beradi. Pardalarning tug'ruqda

uzilgan joyi plasenta chetiga qancha yaqin bo'lsa, plasenta bachadon devoriga o'shancha pastroqdan yopishgan bo'ladi.

Plasenta butunligini aniqlash juda muhim ahamiyatga ega. Plasenta bo'laklarining bachadonda ushlanib qolishi tug'ruqning xavfli asorati hisoblanadi. Buning oqibatida yo'ldosh tushgach tez orada yoki chilladagi bir qadar muddatda qon ketadi. Qon juda ko'p ketib, tug'gan ayolning hayotiga xavf tug'dirishi mumkin. Plasentaning bo'laklari bachadonda ushlanib qolganda chilla davrining septik kasalliklari ham avj oladi.

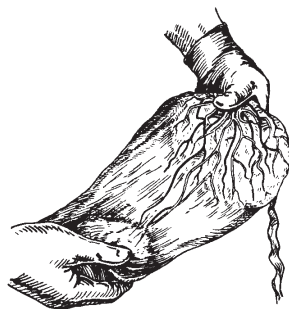
Modomiki shunday ekan, plasentada nuqson topilgan zahoti uning bachadonda ushlanib qolgan bo'laklari qo'l bilan olinadi. Pardalarning bachadonda ushlanib qolgan bo'laklari chiqindi bilan birga chiqib ketadi, bunday hollarda bachadon ichiga qo'l suqish shart emas.

Plasenta ko'zdan kechirilgach, o'lchanadi va tortib ko'riladi. Plasenta va pardalar haqidagi hamma ma'lumotlar tug'ruq tarixiga yoziladi (plasenta ko'zdan kechirilgach, kuydiriladi yoki sanitariya nazorati ko'rsatgan joyga ko'miladi). So'ngra yo'ldosh tushish davrida va tug'ruqdan bevosita keyin yo'qotilgan qonning umumiy miqdori o'lchanadi.

Yo'ldosh tushgach, tashqi jinsiy a'zolar, oraliq sohasi va sonlarning ichki yuzalari dezinfeksiyalovchi kuchsiz iliq eritma bilan yuviladi, steril salfetkada quritiladi va ko'zdan kechiriladi.

Avvalo tashqi jinsiy a'zolar va oraliq ko'zdan kechiriladi, keyin jinsiy lablar steril tamponlar yordamida kerilib, qin ko'zdan kechiriladi (127-rasm). Ayniqsa birinchi marta tug'gan va operatsiya qilingan ayollarning bachadon bo'ynini ko'zgu bilan ko'rish kerak.

Tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari yirtilgan taqdirda choklanadi aks holda, ulardan infeksiya kiradi. Bundan tashqari, ichki jinsiy a'zolar pastga tushib, tashqariga chiqib qoladi. Bachadon bo'yni yirtilganda surunkali endoservisit, eroziyalar ro'y berishi mumkin. Bu patologik jarayonlarning hammasi bachadon bo'ynida rak kelib chiqishi xavfini tug'diradi. Shuning uchun oraliq, qin devorlari va bachadon bo'yni yirtilgan taqdirda tug'ruqdan keyin albatta choklanishi shart.



126-rasm.

Parda orasidan o'tgan tomirlar plasentaning qo'shimcha bo'lagi borligini ko'rsatadi.



127-rasm.

Yo'ldosh tushgandan keyin oraliqni va qin og'zini ko'zdan kechirish.

Tashqi jinsiy aʼzolar koʻzdan kechirilgach, tugʻgan ayolga toza koʻylak kiygiziladi, tagidagi choyshabi almashtiriladi, ustiga adyol yopiladi va tugʻgan ayollar boʻlimiga oʻtkaziladi. Tugʻgan ayolning umumiy ahvolini kuzatib, pulsini sanab, kayfiyatidan xabardor boʻlib turiladi. Bachadon vaqt-vaqti bilan palpatsiya qilinadi va qindan qon kelayotgan-kelmayotganligi aniqlanadi. Qoʻshimcha bachadon tonusining pasayganligi tufayli tugʻruqdan keyingi dastlabki soatlarda baʼzan qon ketishini nazarda tutish kerak.

Tugʻgan ayol ahvoli yaxshi, shikoyati yoʻq, pulsi yaxshi toʻlishgan va tezlashmagan, bachadoni zich boʻlib, qon ketmayotgan boʻlsa, 2–3 soatdan keyin chilla boʻlimiga oʻtkaziladi. Hamma maʼlumotlar oʻz vaqtida yozib qoʻyilgan tugʻruq tarixi ham koʻzi yorigan ayolga qoʻshib yuboriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Koʻrik va yuvinish xonasida tugʻuvchi ayolni sanitariya tozalovidan oʻtkazish.
2. Bachadon boʻynining ochilish davrini boshqarish.
3. Homilaning tugʻilish davrini boshqarish, chaqaloqni birlamchi va ikkilamchi artib tozalash.
4. Yoʻldosh tushish davrini boshqarish, plansentaning koʻchganligini koʻrsatuvchi belgilar (Alfeld, Kyustner-Chukalov, Shreder), koʻchgan yoʻldoshni tashqi tushirush usullari (Abuladze, Genter, Krede-Lazarevich).

XII BOB. TUGʻRUQNI OGʻRIQSIZLANTIRISH

Aksari ayollar tugʻganda ogʻriq sezadi, ogʻriq esa kuchli-kuchsiz boʻlishi mumkin. Koʻpgina ayollar ayniqsa bachadon boʻyni ochilayotganda va homila tugʻilayotganda qattiq ogʻriq his qiladilar.

Tugʻruq ogʻriqlarini yoʻqotish yoki kamaytirish istagi juda qadimda tugʻilgan. Ammo tugʻruqni ogʻriqsizlantirishning ilmga asoslangan usullari XIX asrning birinchi yarmidagina taklif etildi, efir va boshqa moddalarning ogʻriqsizlantiruvchi taʼsiri shu paytga kelib kashf etildi.

XVIII asrning 60-yillarida N.A.Sochava tugʻruqni ogʻriqsizlantirish uchun xloroformning alkogol bilan aralashmasini taklif etdi. Keyinchalik tugʻruqni ogʻriqsizlantirish uchun xloralgidrat (Svyatlovskaya, 1873), azot (I)-oksid (Klikovich, 1881), morfin va boshqa narkotiklar, barbituratlar, pantopon bilan magniy sulfat, novokain eritmasi va boshqa koʻp dorilar qoʻllanildi. Rossiyalik yirik akusherlar A.Ya.Krassovskiy, I.P.Lazarevich, V.M.Florinskiy, V.A.Dobronravov, Ye.M.Kurdinovskiy va boshqalar tugʻruqni ogʻriqsizlantirishning turli xil usullarini taklif etdilar.

Tugʻruqda yordam beradigan yirik muassasalardan tortib, kichikroq muassasalarda, jumladan kolhoz tugʻruqxonalari ham tugʻruq yoppasiga ogʻriqsizlantirilib kelindi.

Tugʻruq ogʻriqlari rolining aniqlanishi ogʻriqsizlantirish usullarining yoyilishiga yordam berdi. Tugʻruqda hamisha ogʻriq kelib chiqavermasligi va tugʻruqning toʻgʻri oʻtishi uchun ogʻriq zarur shart emasligi aniqlandi. Koʻpincha tugʻruq normal oʻtganda ogʻriq kam boʻladi va hatto butunlay ogʻriq sezilmaydi. Buning ustiga, uzoq davom etuvchi kuchli ogʻriqlar asab tizimini holdan toydirib, organizmga zarar yetkazishi aniqlandi. Haddan tashqari kuchli ogʻriqlar dard va toʻlgʻoq tutishini zaiflashtirishi va uning muntazam tutishiga toʻsqinlik qiladi. Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish uning kechishiga yaxshi taʼsir qilishi ham aniqlanadi. Tugʻruq ogʻriqlarini bartaraf qilish natijasida koʻpincha dard va toʻlgʻoq yana muntazam tuta boshlab, tugʻruqning eson-omon tugashiga yordam beradi.

TUGʻRUQNI DORILAR BILAN OGʻRIQSIZLANTIRISH USULLARI

Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish uchun ishlatiladigan dorilar ogʻriq qoldirish jihatidan samarali, onaga va homilaga bezarar boʻlishi, dard va toʻlgʻoq tutishini susaytirmasligi lozim.

Tugʻruqni dorilar bilan ogʻriqsizlantirish tugʻruqning birinchi davrida, muntazam kuchli dard tutib, bachadon boʻynining teshigi 4–6 sm ochilgan vaqtda boshlanadi. Tugʻruqni dorilar bilan ogʻriqsizlantirish usullarini tatbiq etishdan ilgari ayolning sogʻligʻini sinchiklab tekshirish, homilasining yurak urishi, dard va toʻlgʻoq tutishi xarakterini sinchiklab kuzatish zarur.

Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish boʻyicha qilingan ishlar ayolni ruhan tayyorlash bilan dori moddalarni qoʻllashni birga olib borishning maqsadga muvofiq kelishini koʻrsatdi, bular ogʻriqsizlantiruvchi va sedativ effekt beradi, shuningdek, tugʻruqning borishiga ijobiy taʼsir etadi.

Tajribali akusher vrachlar ogʻriqsizlantiruvchi vositalarni tugʻuvchi bemorlar kasalining xarakterini hisobga olib turib qoʻllaydilar. Bunda ular preparatlarni ona hamda homila ahvolini ziyraklik bilan kuzatib borib tanlaydilar. Bordi-yu, ona va homila ahvolidagi yoki tugʻruqning borishida biror-bir oʻzgarish yuz bersa, ogʻriqsizlantiruvchi vositalarni kiritish toʻxtatiladi.

Hozirgi paytda tugʻruqni ogʻriqsizlantirishning koʻp vosita va usullari maʼlum. Koʻpgina usullar oʻzining amaliy ahamiyatini yoʻqotgan (yetarli samarasi boʻlmagan, tugʻruqning kechishiga va homilaga nojoʻya taʼsir etadigan va boshqalar). Masalan, avvallari qoʻllanib kelingan xloroform, skopolamin, xloralgidrat, paraldegid va boshqa vositalardan voz kechishgan.

Tugʻruqni ogʻriqsizlantirishni vrach olib boradi, akusher esa vrach tayinlagan koʻrsatmalarni bajaradi.

Bachadon boʻyni ochilish bosqichida tarkibi quyidagicha boʻlgan shamchalarni qoʻllash mumkin: Extr. Belladonnae – 0,015, Pantaponi 0,02,

Antipyrini 0,5, But. Cacao 1,5. Antipirinni xuddi shu dozada asetilsalitsilat kislota, amidopirin bilan almashtirish mumkin.

Shamchani qo'lgop kiyib olib, barmoq bilan to'g'ri ichakka, sfinkter orqasiga kiritiladi. Zarurat tug'ilganda shu shamchani birinchi shamchadan kamida 2 soatdan keyin qayta kiritish mumkin (ko'pi bilan ikki marta!),

Dard tutish paytida quyidagi tarkibda dorilar beriladi (bir marta ichish uchun): Papaverini hydrochloridi 0,02, Extr. Belladonnae 0,02, Spiriti aethylici 15,0, Sirupus Simplicis 20,0.

Tarkibi boshqacha: Antipyrini 0,5, Spiriti aethylici 15,0, Sirupus simplicis 15,0 bo'lgan dori ham berish mumkin.

Dard tutayotganda mentolli qalamchadan foydalanish mumkin (mentol 20%, parafin 80%). Qalamchani 3 daqiqa mobaynida qorinning pastki nozik qismiga va dumg'aza-bel sohasiga surtiladi.

Vrach kecha-kunduz navbatchilik qiladigan muassasalarda tug'ruqni og'riqsizlantirishning vosita va usullarini tanlashda ancha keng imkoniyatlar mavjud. Shamcha va dorilardan tashqari teri ostiga, muskul orasiga, ingalatsiya yo'li bilan og'riqsizlantiruvchi moddalar qo'llaniladi.

Tikodin (Thecodinum) 1% li eritma shaklida 1,5 ml dan teri ostiga yuboriladi. Og'riqsizlantirish samarasi 2–3 soat davom etadi. Tikodin (hatto yarim dozasi ham) oldindan 1,5–2 g dozada streptotsid berilgan bo'lganda yaxshi og'riqsizlantiruvchi effekt beradi (A.P.Nikolayev).

Promedol (Promedolum) og'riqsizlantiruvchi va spazmolitik ta'sir ko'rsatadi (bachadon bo'yni ochilishining tezlashishiga imkon beradi). Promedol 1% li eritma ko'rinishida teri ostiga 1—2 ml yuboriladi. Promedolning ta'siri yuborilgandan keyin oradan 10–20 daqiqa o'tgach boshlanadi va 2–4 soat davom etadi. Promedolni tekodin bilan birga kombinatsiya qilib qo'llash mumkin (2 ml 1% li promedol eritmasini 0,5 ml 1% li tekodin eritmasiga qo'shib teri ostiga yuboriladi).

Aprofen og'riqsizlantiruvchi va kuchli spazmolitik ta'sirga ega teri ostiga yoki muskul orasiga 1 ml 1% li dozada yuboriladi. Aprofenni shuningdek, izopromedolga qo'shib birga ishlatiladi (og'riqsizlantirish ta'siri kuchayadi va bachadon bo'yni ochilishi tezlashadi).

Tug'ruqni og'riqsizlantirish maqsadida neyrostioanalgetiklar va narkotik moddalar, azot (I)-oksid, efir, trilen va boshqa moddalar qo'llaniladi. Bachadon bo'yni 3–4 sm ochilganda tug'ruq kuchlari muntazam davom etib turganda kuchli og'riq sezilsa muskul orasiga 2 ml droperidol va 2 ml fentanil qo'shib yuborilsa kuchli og'riq qoldiruvchi samara beradi. Bundan tashqari diazepam, seduksenni promedolga qo'shib yuborish ham mumkin. Oksiburat natriy va vladril ishlatish ham yaxshi natija beradi.

Azot (I)-oksid ingalatsion narkoz ko'rinishida kislorodga aralashtirib (80% azot (I)-oksid, 20% kislorod) tug'ruqning birinchi va ikkinchi davrlarida

qo'llaniladi. Azot (I)-oksidni niqob yordamida maxsus apparat orqali beriladi. Tug'uvchi ayolni azot (I)-oksiddan foydalanish texnikasi bilan tanishtirib qo'yiladi, keyinchalik uning o'zi dard tutayotgan paytda niqobni burniga qo'yib, kislorod bilan birga azot (I)-oksiddan nafas olaveradi.

Dard tutishlar oralig'idagi tanaffusda niqobni olib qo'yadi. Azot (I)-oksidi bilan nafas olganda og'riq tez qoladi, nafas olmaganida esa uning ta'siri to'xtaydi.

Azot (I)-oksidining kislorod bilan aralashmasi onaga ham bolaga ham salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Trilen kislorod bilan aralashma holida xuddi azot (I)-oksid kabi qo'llaniladi (dard tutish paytida nafasga olinadi). Og'riqsizlantiruvchi ta'siri yaxshi.

Efir tug'ruqni og'riqsizlantirish maqsadida anchadan beri qo'llanib kelinadi. Ilgari efirni tomchi usulida (niqob orqali) ko'proq dard tutish paytida qo'llashgan. Efirni dard tutish paytida ingalatsiya qildirilgan, oralig'idagi tanaffusda esa to'xtatilgan. Keyingi yillarda efirni kislorodga aralashtirib, apparatlar yordamida gaz narkoz uchun qo'llashayapti. Efirning unga xos birinchi narkotik ta'sir etish davri (analgeziya, es-hushning kirarli-chiqarli bo'lib turishi) ta'siri bilan cheklanishayapti. Analgeziya holatini efirni kislorod bilan aralashtirib dam-badam (uzib-uzib) nafas oldirish yo'li bilan quvvatlab turish mumkin.

To'lg'oq tutishining dastlabki paytida o'tkazuvchi anesteziyani qo'llash mumkin (anesteziya n. pudendi). Bu usulning mohiyati uyatli nervning hamma shoxlarini novokain eritmasi bilan blokada qilib qo'yishdan iborat.

Tug'ruqni og'riqsizlantirishning yangi usullarini o'rganish davom etmoqda: elektroanalgeziya, og'riqsizlantiruvchi vositalarni spazmolitik preparatlar bilan, sedativ vositalarni (seduksen va boshqalarni) analgetiklar (promedol va boshqalar) bilan birga qo'shib ishlatish. Ayrim muassasalarda (anesteziologlar bo'lgan muassasalarda), ko'proq asoratlar bilan o'tayotgan tug'ruqlarda maxsus ko'rsatmalar bo'lganda, viadril, buskopen, neyroplegik va boshqa preparatlar qo'llaniladi.

Zamonaviy akusherlikda imkon qadar tug'ruqni og'riqsizlantirish dori-darmonlarsiz olib borilishini (demedikalizatsiya) maqsadga muvofiq hisoblanadi. Shu nuqtai nazardan homiladorlikning dastlabki oylaridanoq xotin-qizlar maslahatxonalari tomonidan patronaj va sanitariya-maorif ishlarini kuchaytirish, ularni psixoprofilaktik usul bilan tug'ruqqa tayyorlash ishlarini jonlantirish zarur.

Nazorat uchun savollar

1. Ayollarni tug'ruqqa fiziopsixoprofilaktik tayyorlash usuli.
2. Demedikalizatsiya (normal tug'ruqni dori-darmonsiz olib borish).
3. Tug'ruqni zamonaviy og'riqsizlantirish usullari.

XIII BOB. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI

Chilla davri (tugʻruqdan keyingi davr—**puerperium**) homilaning tugʻilgan paytidan boshlanib, 6–8 hafta davom etadi. Homiladorlik va tugʻruq munosabati bilan roʻy bergan oʻzgarishlarning deyarli hammasi chilla davrida barham topadi. Ayolning jinsiy apparati homiladorlikdan oldingi ahvoriga deyarli batamom qaytadi. Bola emizmaydigan baʼzi ayollar chilla davri tugashi bilan yana hayz koʻra boshlaydi, emizikli onalar kechroq (koʻpincha emizish davri tugagandan keyin) hayz koʻradi. Emizikli ayollardan faqat baʼzilari tugʻruqdan 6–8 haftadan keyin hayz koʻra boshlaydi.

TUGʻGAN AYOL ORGANIZMIDAGI OʻZGARISHLAR

Jinsiy aʼzolarning oʻz asliga qaytish jarayoni – jinsiy involutsiyasi. Yoʻldosh tushgach, bachadon yaxshi qisqaradi, shar shakliga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi, boylam apparati choʻzilgani uchun bachadon ancha harakatchan boʻlib qoladi. Bachadon tubi tugʻruqdan bevosita keyin kindikdan 1–2 barmoq enicha pastroqda turadi, bu chanoq tubi muskullari va qin tonusining oshganligiga bogʻliq. Bachadon yuqoriga va ikki yon tomonga bemalol siljiydi. Qovuq toʻlib ketganda bachadon tubi qovurgʻalar ravogʻi ostigacha yetishi mumkin. Bachadon boʻyni tugʻruqdan keyinroq yupqa devorli xalta shakliga kiradi, boʻyin kanali qoʻl panjasini bemalol oʻtkazadi, ochiq turgan tashqi teshigining chetlari qinga burma-burma boʻlib osilib tushadi. Bachadonning ichki yuzasi plasenta va pardalar koʻchgandan keyin keng jarohat yuzasi hisoblanadi. Tugʻruqdan keyinroq bachadonning boʻyi oʻrta hisob bilan 15 sm (13–16 sm), bachadon naylari boshlangan joy roʻparasidagi eni 12–13 sm, vazni 1000 g keladi.

Tugʻruqdan keyin qin ilvillagan, keng, tashqi jinsiy aʼzolar shishgan, boʻrtgan, jinsiy yoriq ochiq boʻladi. Tashqi jinsiy aʼzolar va qin devorlari koʻpincha yoriladi va chaqalanadi.

Chilla davrida bachadon kichrayadi, boʻyni avvalgi shakliga keladi, bachadonning sidirʼa jarohat boʻlgan ichki yuzasi bitadi. Chilla davrida bachadon muskullarining qisqarishi (chilladagi dard tutishi) sababli hajmi kichrayadi. Bachadon muskullarining qisqarishi natijasida muskul tolalaridan bir qismi qonsirab (anemizatsiya), yogʻ distrofiyasiga uchraydi.

Bachadonning qanchalik qisqarganligini tubi qay balandlikda turganligidan bilsa boʻladi. Tugʻruqdan keyingi dastlabki 10–12 kun mobaynida bachadon tubi kuniga taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi. Tugʻruqdan keyin 1–2-kuni bachadon tubi kindik roʻparasida (qovuq toʻlmagan boʻlsa), 3-kuni kindikdan 1–2 barmoq enicha pastroqda, 4-kuni kindikdan 2–3 barmoq enicha pastroqda, 5-kuni qovning yuqori chekkasi bilan kindik orasidagi

masofaning o'rtasida bo'ladi, 6-kuni bachadon tubi hozirgina ko'rsatilgan sathdan taxminan bir barmoq enicha pastga tushadi, 7-kuni qovdan 3 barmoq enicha yuqorida, 8-kuni qovdan 2 barmoq enicha yuqorida joylashadi, 10–12-kuni bachadon tubi odatda qov orqasiga o'tib, qo'lga ilinmaydi.

Bachadon tubining balandligini o'lchab olinadigan ma'lumotlarga asoslanib, bachadon involutsiyasi haqida fikr yuritish mumkin. Bachadon tubining balandligi qovuq bo'shatilgach santimetrli lentada o'lchanadi. Bachadonning bo'yi kichrayish bilan bir vaqtda eni va vazni ham kamayadi.

Bachadon bo'yni ichkaridan tashqariga qarab shakllanadi, ichki teshigi ertaroq, tashqi teshigi kechroq yopiladi. Ichki teshik 3-kuni hali bir barmoq sig'arli ochiq turadi, 7–10-kunga borib bekiladi. Tashqi teshik tug'ruqdan keyin 3-haftada yumiladi.

Bachadon qisqarishi bilan bir vaqtda bezlarining tub bo'limlaridagi epiteliy va endometriy bazal qavatining stromasi o'sishi hisobiga bachadon shilliq pardasi tiklanadi (regeneratsiya). Shilliq parda regeneratsiyasi ayolda bachadon jarohatining bitish jarayonidan iborat. Bachadon jarohati bitgan vaqtda leykositlar devori (grapulatsion val) hosil bo'ladi. Bu val bachadon devoriga va jinsiy yo'llarning boshqa bo'limlariga mikroblar kirishiga to'sqinlik qiladi.

Bachadon ichki yuzasi (jarohati) tug'ruqdan keyin 10-kunga borib epiteliy bilan qoplanib bo'ladi, 20-kunga borib endometriy to'la tiklanadi.

Bachadon involutsiyasining tezligi ayolning umumiy ahvoriga, yoshiga, tug'ruqning qanday o'tganiga, bola emizishiga va shu kabi sabablarga bog'liq, quvvatsizlanib qolgan va ko'p tug'gan ayollarda, o'rta yoshlarda birinchi marta tug'gan ayollarda, patologik tug'ruqdan keyin bachadon involutsiyasi sekinroq boradi; emizikli ayollar bachadoni bola emizmaydigan ayollarnikiga nisbatan tezroq qisqaradi.

Chilla davrida qin tonusi avvalgi asliga keladi, qin hajmi kichrayadi, shish va giperemiya qaytadi, tashqi jinsiy a'zolar, qin va bachadon bo'ynining chaqalangan, yorilgan (va yirtilgan) joylari bitadi.

Bachadon boylamlari sekin-asta kaltalanadi, bachadon naylari va tuxumdonlar odatdagi o'rniga qaytadi va homiladorlikdan oldingi holiga keladi. Qorin devori sekin-asta qisqaradi va chanoq tubining muskullar tonusi tiklanadi. Ba'zi ayollar tug'gandan keyin qorin devori avvalgiday elastik bo'lmaydi. Homiladorlik chandiqlari oq tusga kiradi, qorin oq chizig'ining pigmentatsiyasi (dog'i) yo'qoladi yoki juda ham kamayadi.

Loxiyalar. Endometriyning tiklanish jarayonida bachadondan chilla davriga xos chiqindilar – loxiyalar (lochia) keladi. Loxiyalar bachadonning bitayotgan jarohatidan chiqadigan suyuqlik, ya'ni jarohat sekretidir. Loxiyalar qon zardobidan, parchalanuvchi desidual parda qoldiqlaridan, leykositlardan iborat. Dastlabki 3–4 kunda loxiyalar qonday qizil bo'ladi (lochia rubra). Keyingi kunlarda sekin-asta oqaradi, biroz qon aralash seroz suyuqlikka o'xshaydi (lochia

serosa), 10-kunga borib tiniq, qonsiz boʻlib keladi (lochia alba). Loxiyalar sekin-asta kamayadi; 3-haftadan boshlab loxiyalar kam kelib, shilimshiq boʻlib qoladi, 5–6-haftaga borib kelmay qoʻyadi.

Bachadon involutsiyasi sekin davom etganda loxiyalar chiqishi choʻzilib ketadi. Bachadon orqaga qayrilganda ichki teshik berkilib qolsa loxiyalar bachadon boʻshligʻiga toʻplanishi mumkin, loxiometra (lochiometra) deb shuni aytiladi.

Sut bezlarining funksiyasi. Homiladorlik vaqtida sut bezlari oʻzgarib, kelajakdagi funksiyasini oʻtashga – sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Homiladorlik vaqtidayoq koʻkrak uchidan ogʻiz suti – sekret tomchisini siqib chiqarish mumkin. Ogʻiz suti ishqoriy reaksiyali suyuqliq boʻlib, unda oqsil, yogʻ tomchilari, bez pufakchalari va sut yoʻllarining epiteliy hujayralari va ogʻiz suti tanachalari (yogʻ tomchilari bilan toʻlgan leykositlar) bor.

Tugʻruqdan keyin 2–3-kuni sut ajrala boshlaydi. Odatda shu paytda sut bezlari toʻlishadi va sezuvchan boʻlib qoladi, ular toʻlishganda ayol sut bezlarining tirsillab ogʻriyotganini sezadi, bu ogʻriq qoʻltiqqa oʻtadi, qoʻltiqda baʼzan bezillab turgan tugunchalar paydo boʻladi.

Sut murakkab reflekslar va gormonlar taʼsirida ishlanib chiqadi. Sut hosil boʻlishini gipofizning laktogen gormoni va asab tizimi idora etadi.

Sut bezlari sutdan tashqari, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan va chilla davrida bachadon involutsiyasiga yordam beradigan moddani ham ishlab chiqarsa kerak. Bola emganda koʻkrak uchidagi nerv elementlarining taʼsirlanishi tufayli bachadon refleks yoʻli bilan ham qisqaradi. Bola emizish davrida bachadonning refleks yoʻli bilan qisqarishi koʻpincha dard tutganga oʻxshash ogʻriq beradi.

Sut oq suyuqlik boʻlib, zardobga yoyilgan mayda-mayda yogʻ tomchilari emulsiyasidan iborat. Sut ishqoriy reaksiyali boʻlib, qaynatilganda ivimaydi. Sutning tarkibi 87–88% suv, 1,5–2% oqsil (kazein va albumin), 3,5–4% yogʻlar, 6,6–7,5% qand, 0,18–0,2% tuzlardan iborat.

Tugʻgan ayolning umumiy ahvoli va ichki aʼzolari. Chilla davri normal oʻtayotganda ayolning umumiy ahvoli yaxshi boʻladi. Tugʻgan ayol baʼzan dastlabki kunlari tashqi jinsiy aʼzolar va oraliq sohasida ogʻriq sezadi, bu ogʻriq doimiy boʻlmaydi. Ular baʼzan, ayniqsa bola emizish vaqtida ogʻriq tutayotganini aytishadi. Tugʻgan ayol bir daqiqada 14–16 marta chuqur nafas oladi. Pulsi bir tekis, yaxshi toʻlishgan boʻladi, tomiri bir daqiqada 70–75 marta uradi, puls koʻpincha siyraklashadi (fiziologik bradikardiya). Arterial bosim dastlabki kunlarda norma doirasida yoki sal-pal pasaygan boʻladi. Chilla davri fiziologik oʻtganida tana harorati normal boʻladi. Chilla davrining normal oʻtishi odatda tana harorati va puls bilan bogʻliq boʻladi. Tomirning tez-tez (bir daqiqada 90 marta va undan ortiq) urishi va tana haroratining bir necha kungacha 37° dan yuqori boʻlishi, koʻpincha chilla davrining yuqumli kasalliklari paydo boʻlganligidan darak beradi.

Tugʻgan ayol ayniqsa koʻp suyuqlik ichganda terlashga moyil boʻladi.

Chilla davrining dastlabki haftalarida modda almashinuvi kuchaygan boʻlib, keyinchalik asliga keladi. Gavda vazni tugʻruqdan keyingi kunlarda kamayadi, odatda yogʻ toʻplanishi hisobiga keyinchalik yana oshadi.

Siydik chiqarish. Chilla davrida buyraklar normal ishlaydi-yu, qovuq funksiyasi buzilgani uchun siydik chiqarish koʻpincha qiyinlashadi. Siydik chiqarishning qiyinlashuvi aksari shundan iboratki, tugʻgan ayol qovugʻi ancha toʻlib ketganda ham siygisi qistayotganini sezmaydi. Baʼzan siygisi qistagani holda siydik chiqarish qiyinlashadi, baʼzan esa siydik chiqayotganda ogʻriq seziladi. Siydik chiqarishning buzilishi qovuq atoniyasiga yoki shilliq pardasining homila boshi bilan qisilib shishganiga bogʻliq boʻlishi mumkin. Siydik chiqarishda ogʻriq sezilishi odatda tashqi jinsiy aʼzolar va oraliq sohasining yorilgan va chetnagan joylariga siydik kirishiga bogʻliq. Baʼzi ayollar yotgan holida siydik chiqara olmagan uchun siydik ushlanib qoladi.

Ichak funksiyasi. Chilla davrida koʻpincha ich kelmay qoladi (qabziyat), bu esa ichak atoniyasiga bogʻliq. Qorin pressining boʻshashuvi, turmasdan oʻrinda yotish, shu munosabat bilan harakat cheklanganligi ichak atoniyasiga sabab boʻladi.

Tugʻgan ayollarda baʼzan gemorroidal tugunlar (bavosil) paydo boʻladi, bular odatda aytarli bezovta qilmaydi. Gemorroidal tugunlar qisilganda kattalashib, bezillab turadi, ayniqsa defekatsiya vaqtida ogʻriq seziladi.

CHILLA DAVRINI BOSHQARISH

Chilla davri normal oʻtsa, tugʻgan ayolni sogʻlom deb hisoblash kerak. Ammo u maxsus rejimga muhtoj boʻladi, bu rejim jinsiy aʼzolar involutsiyasining toʻgʻri borishiga, jarohat yuzalarining bitishiga va organizmning normal funksiyasiga yordam beradi.

Tugʻgan ayolni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish ayniqsa muhim ahamiyatga egadir. Bachadonning jarohat yuzasi, tugʻruq yoʻllaridagi yumshoq toʻqimalarning chaqalangan, yorilgan va yirtilgan joylaridan organizmga infeksiya kirishi mumkin. Modomiki shunday ekan, tugʻgan ayolning jinsiy yoʻllariga infeksiya kirishi chilla davrining septik infeksiyasi avj olishi nuqtai nazaridan katta xavf tugʻdiradi. Tugʻgan ayollarning koʻpincha koʻkrak uchlari yoriladi, unga infeksiya kirishi ham xavfli. Koʻkrak uchining yorilgan joylaridan infeksiya kirishi natijasida sut bezi yalligʻlanadi (mastit).

Chilla davrida palata, oʻrin-bosh va barcha parvarish buyumlarini gʻoyat ozoda tutish alohida muhim ahamiyatga egadir. Tugʻgan ayolning jinsiy aʼzolariga va sut bezlariga uriladigan hamma asboblari, material va parvarish buyumlari steril boʻlishi kerak. Tugʻgan ayollarning tagini tozalaganda qoʻlni yaxshilab yuvib, dezinfeksiya qilish va niqob tutish talab etiladi. Tibbiyot xodimlari shaxsiy gigiyenaning barcha qoidalariga rioya qilishlari zarur.

Tugʻgan ayolning tinch yotib, orom olishi chilla davrining toʻgʻri oʻtishiga yordam beradi. Modomiki shunday ekan, tugʻgan ayolning normal uxlashi uchun zarur sharoit tugʻdirish, uni tashvishlantirmaslik, hayajonlantirmaslik va boshqa salbiy emotsiyalardan saqlash kerak. Ayolni toʻgʻri ovqatlantirish, qovuq va ichak funksiyalarini tartibga solish, faol harakatlarni izchil bajarish katta ahamiyatga ega.

Tugʻgan ayollarning yotish sharoiti. Tugʻgan ayollar yotadigan palatalar yorugʻ va keng boʻlishi kerak. Har bir ayol yotadigan koykaga kamida 7,5 m² maydon toʻgʻri keladigan boʻlsin. Palatalar sutkasiga kamida 2 marta namlab tozalanadi va koʻp marta shamollatib turiladi. Har 7–10 kunda, hozirgi davrda 5–6 kunda (tugʻgan ayollar uyiga joʻnatilgandan keyin) palata boʻshatiladi, soʻngra yigʻishtirib, devorlari, pol, mebeli yuviladi va dezinfeksiyalanadi. Tugʻgan har bir ayol uyiga joʻnatilgach, karavot va kleyonkalar dezinfeksiyalovchi eritma bilan yuviladi, matras, yostiqliq va adyollar kamida bir sutka shamollatiladi. Isitmayotgan ayollar uyiga joʻnatilgach, oʻrin-boshi dezinfeksiya qilinadi.

Tugʻgan ayol tugʻruqlik boʻlimidan palataga keltirilgach, toza oʻringa yotqiziladi. Uning koykasi quyidagicha tayyorlanadi. Matras ustiga choyshab yoziladi, choyshabning oʻrtadagi uchdan bir qismiga oq kleyonka solinadi. Kleyonkaning ustidan taglik choyshab (oʻlchami oʻrta hisob bilan 1x1 m) solinadi, bu choyshab sutkasiga kamida ikki marta har bir tozalashdan keyin almashtiriladi. Boshqa choyshab va koʻylak ifloslangan sayin yangilab turiladi. Choyshab, koʻylak obdon qaynatib yuviladi va yaxshilab dazmollanadi.

Har bir koyka yonida individual tuvak boʻlishi kerak, u qaynatib olingan boʻladi va tugʻgan ayol foydalangach, har gal suv va dezinfeksiyalovchi eritma (xloramin, lizoform) bilan yuviladi.

Tugʻgan ayolning umumiy ahvoli va ruhiyati (uyqusi, ishtahasi, kayfiyati) aniqlanadi, pulsi sanaladi va tana harorati kuniga kamida 2 marta oʻlchanadi, sut bezlarining qanchalik boʻrtganligi, koʻkrak uchlarining yorilgan-yorilmagani, bezillash-bezillamasligi va shu kabilar aniqlanadi. Bachadon tubining qanchalik balandda turganligi, bachadon konsistensiyasi, palpatsiyada ogʻrishi-ogʻrimasligi tekshiriladi, tashqi jinsiy aʼzolar koʻzdan kechirilib, loxiyalar xarakteri va miqdori aniqlanadi. Qovuq va ichak funksiyasi kuzatib turiladi. Tugʻgan ayoldan soʻrab va obyektiv ravishda tekshirib olinadigan shu maʼlumotlarning hammasi tugʻruqlik tarixiga yozib boriladi.

Chilla davrida ogʻriqli dard tutsa piramidon, aspirin, antipirin, fenasetin (0,3–0,5 g) dan biri ichiriladi. Ogʻriqli qattiq boʻlsa, pantopon, belladonna ekstrakti va boshqa dorilardan tayyorlangan shamcha qoʻyish mumkin.

Chilla davri normal oʻtganda va ayol bolasini muntazam emizib turganda bachadon involutsiyasi toʻgʻri boradi va bachadonni qisqartiradigan dorilarga ehtiyoj qolmaydi. Bachadon involutsiyasi sust borganda (subinvolutsiya) bachadon qisqarishini kuchaytiradigan dorilar: qoramigʻning suyuq ekstrakti (Extr. Secalis cornuti fluidum) kuniga 2 mahal 25 tomchidan, stiptisin

(Stypticinum) kuniga 2–3 mahal 0,05 g dan ichiriladi, pituitrin (Pituitrinum) kuniga 1–2 mahal 1 ml dan inyeksiya qilinadi.

Qovuq va ichakning o'z vaqtida bo'shab turishi bachadon involutsiyasining to'g'ri borishiga yordam beradi.

Siydik chiqarish qiyinlashganda tug'gan ayol chanog'i tagiga tuvakni isitib qo'yiladi, qovuq ustiga 15–20 daqiqa isitgich qo'yish mumkin. Refleks yo'li bilan (vodoprovod jo'mragidan, obdastadan jildirاتب suv tushirib va shunga o'xshash yo'llar bilan) siydirishga urinib ko'rsa bo'ladi. Pituitrin kuniga 1–2 mahal 1 ml dan va magniy sulfat (25% li eritmasi 5–6 ml dan muskul orasiga) ineksiyalari yaxshi ta'sir qiladi.

Bu dorilar naf bermasa, qovuqni kateterlashga to'g'ri keladi, bunda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi (kateter qaynatiladi, qo'l yuviladi, uretra sohasi dezinfeksiyalovchi kuchsiz eritma bilan tozalanadi). Kateterlashdan keyin urotropin (kuniga 3 mahal 0,5 g dan) yoki ayiqquloq qaynatmasi (Dec. foliorum Uvae ursi 10,0:200,0) kuniga 4–5 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi.

Ich to'xtalib qolganda tug'ruqdan keyin 3-kuni ichni tozalash uchun klizma qilinadi yoki surgi dori (Natrii sulfas yoki Magnesii sulfas 10–20 g) ichiriladi.

Katta gemorroidal tugunlar paydo bo'lib, bezillab turgan bo'lsa oraliqqa muzli xalta qo'yish (xaltani steril yo'rgakka o'rash kerak), belladonna yoki pantopon shamchalari tavsiya etiladi. Bu choralar foyda bermasa, qo'lqop tutib va unga vazelin surib, gemorroidal tugunlar avaylab joyiga kiritib qo'yiladi.

Chilla davri normal o'tayotgan va oraliq yirtilmagan bo'lsa tug'gan ayol 2-kuni o'tirishi, 3-kuni yurishi mumkin. Oralig'i yirtilgan ayol yoniga ag'darilsa va o'rinda yotganda harakatlarni cheklamasa bo'ladi, oraliq yirtig'i birlamchi usulda bitgan bo'lsa, chok olingach yurishga ruxsat etiladi, lekin o'tirishga ruxsat berilmaydi.

Tug'ruqda yordam beradigan ko'pgina muassasalarda ayollarni barvaqt, tug'ruqdan keyin 2-kundan boshlab oyoqda turg'izishmoqda, bu esa jismoniy faollikni oshiradi.

Ovqatlanishi. Tug'gan ayol sog'lom bo'lsa maxsus parhezning keragi yo'q. Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda yengil hazm bo'ladigan, yuqori kaloriyali ovqatlar – bulka, pechenye, tvorog, smetana, manniy bo'tqasi, kisel, novvotli choy va kofe tavsiya etiladi. 3-kundan boshlab odatdagi ovqatlar beriladi. Ho'l meva, sabzavot va vitaminlarga boy boshqa ovqatlarni ham iste'mol qilish zarur. Ayniqsa qishda va ho'l meva-sabzavot yo'q joylarda tug'gan ayollarga vitamin C, B, D, A preparatlarini berish lozim. O'tkir dorivorli ovqatlar, konserva, qazi, kolbasa va badhazm ovqatlar (yog'li go'sht, to'sh, po'stdumba, no'xat, xasip, mosh) tavsiya etilmaydi, alkogolli ichimliklar ichish man etiladi.

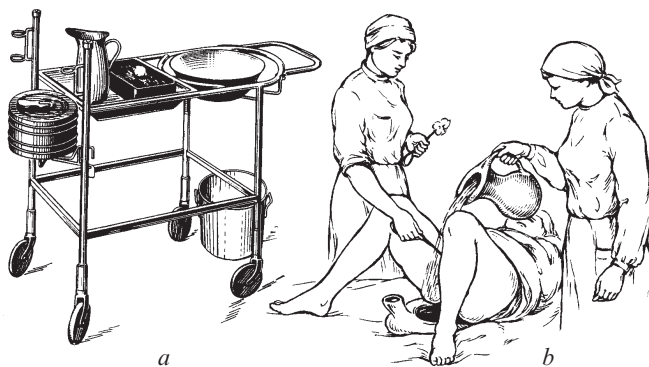
Tug'gan ayollar uchun tayyorlangan ovqat sifatini tekshirish, bola emizish tartibiga qarab turish, ayolning uyidan keltirilayotgan narsalarni ko'zdan kechirib turish kerak. Haddan tashqari ko'p ovqat keltirilishiga ruxsat berilmaydi.

Tug‘gan ayolni parvarish qilish. Tug‘gan ayolni parvarish qilishdagi asosiy vazifa uni infeksiyadan saqlash va organizmning barcha funksiyalari normal borishiga yordam berishdir. Qat‘iy tozalikka rioya qilishning alohida ahamiyati bor. Tug‘gan ayol albatta tishini tozalaydi, kuniga kamida 2 mahal toza jom ustida iliq suv bilan sovunlab yuvinadi, sochini taraydi, toza ro‘mol o‘raydi, ko‘ylagini almashtiradi. Bola emizish va ovqat yeyishdan oldin qo‘lini sovunlab yuvadi.

Tashqi jinsiy a‘zolarining toza bo‘lishiga katta e‘tibor beriladi. Jinsiy yo‘llardan chiqadigan loxiyalar tashqi jinsiy a‘zolarini va oraliqni ifloslantirib, mikroblarning ko‘payishiga yordam beradi. Shunday bo‘lgach, tug‘gan ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini kuniga kamida 2 mahal tozalash, ayni vaqtda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish zarur.

Tashqi jinsiy a‘zolar quyidagicha tozalanadi. Steril paxtani ushlaydigan asboblari (qaynatilgan kornsanglar yoki uzun pinsetlar) olinadi. Tug‘gan har bir ayolga alohida asbob ishlatiladi, shuning uchun tug‘gan ayollar nechta bo‘lsa, o‘shancha asbob turishi kerak. Kaliy permanganat (1:4000-1:6000) yoki xloramin B, xlorli ohak, septoksin, septobak, novodez eritmalari keragicha tayyorlab qo‘yiladi.

Asboblari, steril material (paxta sharchalar), spirt, yod ko‘chma stolchaga qo‘yiladi (128-a rasm). Akusher niqob tutadi, qo‘llarini yuvadi, steril qo‘lqop kiyib, tashqi jinsiy a‘zolarini tozalaydi, farrosh stolchani bir ayolning yonidan ikkinchi ayolning yoniga surib beradi, tuvak tutadi va oladi, dezinfeksiyalovchi eritmani Esmarx krujkasidan yoki obdastadan tashqi jinsiy a‘zolarga quyib turadi (128-b rasm).



128-rasm.

Tug‘gan ayollar jinsiy a‘zolarini tozalash.

a—tug‘gan ayolni tozalash uchun maxsus stolchani jihozlash; *b*—tug‘gan ayolning jinsiy a‘zolarini yuvish.

Tug‘gan ayolning tashqi jinsiy a‘zolari qo‘lda emas, balki kornsangga qisilgan steril paxta sharcha bilan yuviladi. Tug‘gan ayol chanog‘ining tagiga individual tuvak tutiladi va oyoqlarini kerib turish buyuriladi. Dezinfeksiyalovchi eritmani jildirاتب quyib, tashqi jinsiy a‘zolar (qovdan orqaga qarab yuviladi) va oraliq, sonning ichki yuzasi, orqa chiqaruv teshigi (anus) sohasi yuviladi. So‘ngra

yuvilgan aʼzolar steril paxta yoki doka salfetka bilan quritiladi. Har bir tozalashdan keyin taglik choʻyshab olinib, yangisi yoziladi. Defekatsiyadan keyin ham shunday tozalash kerak.

Oraliq yirtilganda tashqi jinsiy aʼzolar ehtiyotlik bilan yuviladi, choklarga tegib ketilmaydi. Chok solingan soha quruq tutiladi, shu maqsadda steril paxta qoʻyiladi, bu paxta tez-tez (kuniga kamida 4–5 mahal) almashtirib turiladi. Choklar tugʻruqdan keyin 6-kuni olinadi. Chilla davrida qin chayilmaydi.

Harorati koʻtarilgan, yuqori nafas yoʻllari shamollagan, terisiga yiringli yarachalar toshgan va infeksiyaning boshqa belgilari boʻlgan ayollarni sogʻlom ayollardan ajratib, alohida boks xonaga yotqizish zarur. Bunday ayollarning tashqi jinsiy aʼzolari sogʻlom ayollardan keyin tozalanadi.

Infeksiya yuqqan ayollarni oʻz vaqtida ajratib qoʻyish tugʻgan ayollar va chaqaloqlar oʻrtasida kasalliklarning oldini olish uchun juda katta ahamiyatga ega.

Tugʻgan ayolning sut bezlarini parvarish qilishga katta eʼtibor beriladi. Sut bezlari toza tutilishi lozim. Sut bezlarini ertalab va kechqurun bola emizishdan keyin nashatir spirtining 0,5% li eritmasi yoki iliq suvda sovunlab yuvish tavsiya etiladi.

Dastlab koʻkrak uchi, soʻngra sut bezining hammasi yuvilib, steril paxta yoki dokada quritiladi. Sut bezlari haddan tashqari tirsillab ketmasligi uchun oʻziga loyiq siynaband tutish tavsiya etiladi. Sut bezlari ancha tirsillab turgan boʻlsa, suyuqlikni kamroq ichish tavsiya etiladi, surgi dori (20–30 g magneziy sulfat) beriladi. Bola emganda sut bezi toʻla boʻshamasa, har bir emizishdan keyin sutni qoʻlda yoki sut soʻradigan asbobda sogʻib olish kerak.

TUGʻRUQDAN KEYINGI DASTLABKI KUNLARDA GIMNASTIKA

Tugʻgan sogʻlom ayollarga 2-kundan boshlab gimnastik mashqlar buyuriladi, bu mashqlar organizm tonusini oshiradi qon aylanishi, nafas olish, modda almashinuvi, ichak va qovuq funksiyasini yaxshilaydi. Gimnastik mashqlar jinsiy aʼzolar involutsiyasini tezlatadi, qorin presssi va chanoq tubi muskullarini mustahkamlaydi. Oraliq yirtilgan boʻlsa, qisqartirilgan kompleks boʻyicha mashgʻulotlar oʻtkaziladi, bu kompleks asosan nafas mashqlaridan iborat.

Gimnastikani vrach yoki mustaqil ishlayotgan akusher buyuradi, mashgʻulotni akusher yoki tibbiyot hamshirasi oʻtkazadi. Tugʻgan ayollarga har bir mashqdan oldin akusher mashqni bajarish tartibini tushuntiradi. Har bir mashq nafas olish ritmiga yarasha bajarilishini qarab turish zarur.

Gimnastika mashgʻulotini oʻtkazganda ayollarning kayfiyatini kuzatib turish, pulsini va nafas olishini sanash kerak. Puls tezlashganicha qolaversa va ayol halloslasa, mashgʻulotlar toʻxtatiladi, tugʻgan ayol charchasa mashqlar kamaytiriladi, murakkab mashqlar qoldiriladi yoki yengilroq mashqlar bilan almashtiriladi. Tana harorati koʻtarilganda gimnastika toʻxtatiladi.

Mashqlar ertalab vrach yoki akusher ko'rigidan keyin, nonushtadan kamida 30 daqiqadan so'ng o'tkaziladi. Gimnastikadan oldin palata shamollatiladi. Iliq faslda mashqlar fortochka yoki derazani ochib qo'yib bajariladi.

Mashqlar karavotda o'tkaziladi. Tug'gan ayol ko'ylagini yechadi, ammo siynabandini olib qo'ymaydi, tashqi jinsiy a'zolar va chanoq sohasi dazmollangan toza yo'rgak («oddiy ishton») bilan berkitiladi. Qorin presssi bo'shashib qolgan bo'lsa, mashqlardan oldin qorinni bintlash tavsiya etiladi. Tug'gan ayolning o'rnidan turishiga ruxsat etilsa, mashqlar tugagandan keyin badanini iliq suvga ho'llangan sochiq bilan, so'ngra quruq qilib artiladi.

KUN TARTIBI

Chilla bo'limi uchun quyidagi kun tartibini tavsiya etish mumkin.

6.00–uyqudan turish.

6.00–6.40–yuvinish va tana haroratini o'lchash, palatalarni shamollatish.

6.40–7.00–chaqaloqlarni emizish.

7.00–8.00–tug'gan ayollarning ertalabki tozalanishi, binoni tozalash va shamollatish; vrachning buyurganlarini bajarish.

8.00–8.30–farroshlarning navbatchilik ayirboshlashi.

8.30–9.00–nonushta, akusherlarning navbatchilik ayirboshlashi.

9.00–9.30–chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

9.30–10.00–chaqaloqlarni emizish.

10.00–13.00–tug'gan ayollarni vrachlar ko'rishi, gimnastika, davolash muolajalarini bajarish.

13.00–13.30–chaqaloqlarni emizish.

13.30–14.30–tushki ovqat, palatalarni shamollatish.

14.30–16.00–tushki ovqatdan keyingi uyqu.

16.00–16.30–chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

16.30–17.00–chaqaloqlarni emizish.

17.00–18.30–tana haroratini o'lchash; tug'gan ayollarning kechqurungi tozalanishi; palatalarni shamollatish; vrachning buyurganlarini bajarish.

18.30–19.00–kechqurungi ovqat.

19.00–20.00–tug'gan ayollarni kechki ko'rikdan o'tkazish, chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

20.00–20.30–chaqaloqlarni emizish.

20.30–21.00–navbatchilik ayirboshlash.

21.00–23.00–uyqu

23.00–23.30–chaqaloqlarni emizishga tayyorlanish.

23.30–24.00–chaqaloqlarni emizish.

22.00–24.00–binoni kechqurungi tozalash.
24.00–uyqu.

Tug‘gan ayollar chilla davri normal o‘tganda 7–8-kuni uyiga jo‘natiladi. Tug‘gan ayolni uyiga jo‘natishdan oldin bola parvarishi va chilla davrining gigiyena qoidalari mukammal tushuntiriladi. Tug‘gan ayol uyiga jo‘natilgandan bevosita keyin dushda issiq suv bilan yuvinish, tug‘ruqdan 3–4 hafta keyin vannaga tushishga ruxsat etiladi. Jinsiy aloqaga tug‘ruqdan kamida 6–8 hafta keyin ruxsat beriladi.

Tug‘gan ayol uyiga jo‘nashdan oldin almashinuv kartasini oladi, tug‘ruq va chilla davrining o‘tish holatlari o‘sha kartaga yozib qo‘yiladi. Tug‘gan ayol kartani ayollar maslahatxonasiga topshiradi. Chaqaloq haqidagi ma‘lumotlar bolalar maslahatxonasiga ma‘lum qilinadi.

Tug‘gan ayol uyiga jo‘natilayotganda bolaning tug‘ilganligini FHDYO da qayd qilish uchun ma‘lumotnoma ham beriladi.

Ishchi va xizmatchi ayollarning tug‘ruqdan keyingi ta‘tili maslahatxonada (tug‘ruq majmui spravkasi bilan) yoki ayolni tug‘ruq majmuidan uyiga jo‘natishdan oldin rasmiylashtiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Chilla davrida tug‘gan ayol organizmidagi endokrin, markaziy asab tizimi, yurak qon tomir tizimi va jinsiy a‘zolaridagi) fiziologik o‘zgarishlar.
2. Sut bezlarining funksiyasi, mastitni oldini olish.
3. Tug‘gan ayollarni parvarishlash.
4. Chilla davridagi septik kasalliklarni oldini olish.
5. Tug‘ruqdan keyingi dastlabki kunlarda o‘tkaziladigan gimnastika mashqlari.

XIV BOB. CHAQALOQLIK DAVRI FIZIOLOGIYASI

Chaqaloqlar gavda tuzilishi va funksional xususiyatlari bilan kattaroq bolalardan va katta yoshli kishilardan anchagina farq qiladi.

Chaqaloqlarda ko‘p a‘zo va tizimlar, jumladan markaziy asab tizimining taraqqiyoti tugamagan bo‘ladi. Chaqaloqlar organizmining to‘qimalari sersuv, funksional jihatdan to‘la yetilmagan, oson jarohatlanadigan, noqulay ta’sirlarga chidamsiz bo‘ladi. Ayniqsa chala tug‘ilgan chaqaloqlarda termoregulatsiya takomillashgan emas. Chaqaloqlar shuning uchun salga sovqotadi va qizib ketadi.

Chaqaloqlar infeksiyaning ko‘p turlariga chidash bermaydi; ular ayniqsa septik infeksiyaga moyil, bu infeksiya kindik qoldig‘i, teri, burun-halqum, me‘da-ichak yo‘llari orqali organizmga kiradi.

Chaqaloqlar organizmining infeksiyaga qarshilik ko'rsatish imkoniyati kam, shunga ko'ra mikroblar qon va limfa tizimiga osongina kirib oladi va butun organizmga tarqaladi.

Chaqaloqlik davri ona qornidan tashqaridagi yangi muhit sharoitiga moslanish davridir. Tashqi muhit sharoiti qulay, yaxshi bo'lsa, chaqaloq organizmi bu sharoitga oson moslashadi. Noqulay sharoitda moslanish jarayoni buziladi va chaqaloq turli kasalliklarga osongina chalinadi.

Chaqaloqlarni emizish va parvarish qilishda ularning infeksiyaga, sovish va qizib ketishga, ovqatlanish sharoitining buzilishiga sezuvchan ekanligini esda tutmoq kerak.

TUG'RUQ MAJMUALARIDA CHAQALOQLAR BO'LIMI (PALATASI) ISHINI TASHKIL ETISH

Hamma yirik tug'ruq majmualarida chaqaloqlar uchun maxsus bo'limlar bor, ularda yetilib tug'ilgan sog'lom bolalar palatasi, chala tug'ilgan, tug'ruq vaqtida jarohatlangan chaqaloqlar palatasiga ajratiladi. Infeksiya yuqqan deb gumon qilingan chaqaloqlar boksli palataga, kasallanganlari esa izolatorga yotqiziladi.

Ikkinchi (shubhali) akusherlik bo'limida chaqaloqlarning maxsus palatasi bo'ladi.

Tug'ruqda yordam beruvchi kichik muassasalarda chaqaloqlar uchun bo'limlar emas, balki palatalar tashkil etiladi. Chaqaloqlarni parvarish qilish uchun tibbiyot hamshiralarining maxsus shtati ajratiladi.

Chaqaloqlar bo'limi (palatalari) uchun eng yorug', quruq, keng, yaxshi shamollatiladigan binolar ajratiladi. Har bir chaqaloq o'rniga kamida 2,5 m² maydon to'g'ri kelishi kerak.

Chaqaloqlar bo'limi (palatalari) da faqat zarur asbob-anjomlar turadi, ortiqcha buyumlarni saqlashga yo'l qo'yilmaydi. Barcha mebel va parvarish buyumlari oson yuviladigan bo'lishi kerak. Chaqaloqlar palatasida karavotchalar, tarozi, yo'rgaklash stoli, asboblar, dorilar va material turadigan shkafcha, toza kiyim shkafchasi, ifloslangan taglik tashlanadigan bak, issiq va sovuq suv beriladigan umivallnik, chaqaloqning rivojlanish tarixini to'ldirish stolchasi turadi.

Karavotchalar metallardan yasali, och rangga bo'yalgani ma'qul. Karavotchaga gubka tiqilgan to'shak yoziladi. Par to'ldirish yaramaydi. To'shakka kleyonka solinadi, buning ustidan choyshab yoziladi. Yostiqlar jildi yupqa bo'lib, ichiga jun yoki gubka to'ldiriladi; yostiqlar ishlatmasa ham bo'ladi.

Yengil yo'rgak va ishtonchalari oq rangli yumshoq ip gazlamadan, issiq yo'rgak va ko'yakchalari bumazi, paxmoq yoki yumshoq paxtali gazlamadan tayyorlanadi. Yo'rgak va ishtonchalari choki dag'al bo'lmasligi, tugma qadalmasligi kerak. Qishlik adyollar jun gazlamadan, yozlik adyollar matodan bo'ladi.

Har bir chaqaloqqa bir sutkada 3 ta ishtoncha, 3 ta ko'ylakcha, 20 ta taglik, 20 ta yengil yo'rgak, 10 ta issiq yo'rgak, ikkita adyol jildi, 1 choyshab kerak. Chaqaloq koykasiga kerakli buyumlarning umumiy miqdori ularning qanchalik tez yuvilishiga bog'liq. Yuqorida ko'rsatilgan buyumlarning umumiy miqdori kamida uch sidra kerak bo'ladi.

Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar palatasidagi harorat 20–22°, chala tug'ilgan bolalar palatasidagi harorat 22–24°. Qishda, zarur bo'lsa, qo'shimcha isitish asboblari o'rnatiladi. Yozda bolalarning qizib ketishiga qarshi choralari ko'riladi (derazalar qorong'ilatiladi, nam choyshablar tutiladi, sutkaning salqin vaqtida shamollatiladi). Chaqaloqlarni har gal emizgan vaqtda palatalarni shamollatish zarur, yozda derazalar lang ochib qo'yiladi.

Chaqaloqlar yotadigan palatalar nihoyatda toza tutiladi. Bolalarni emizgan vaqtda bino namlab tozalanadi va barcha mebellar artiladi. Har kuni bir necha marta tozalashdan tashqari, palatalar, siklik ravishda muntazam tozalab turiladi. Palatalar navbat bilan bo'shatiladi (bir kunda tug'ilgan bolalar bir palataga yotqiziladi va odatda bir vaqtda uyiga jo'natiladi), bir kun shamollatiladi; palatalar va mebellar yaxshilab yuviladi va dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artiladi, matraslar dezinfeksiya qilinadi. Yuvilgan palata va mebelga simob-kvars lampasidan nur beriladi. Palata shu tariqa tozalangach, tug'ruq bo'lmasidan chaqaloqlar olib kelib yotqiziladi. Bolalar kiyimi va yo'rgagining tozaligiga alohida e'tibor beriladi. Ular alohida yuviladi, qaynatiladi va dazmollanadi. Bolalar uchun tegishli sharoit mavjud bo'lsa, dastlabki kunlari steril yo'rgak tutiladi va steril ishtoncha kiygiziladi.

Chaqaloqlar bo'limining idish-tovog'i, so'rg'ichlari, asboblari va shunga o'xshashlar har gal ishlatilgandan keyin qaynatilishi shart.

Bu bo'limning xodimlari shaxsiy gigiyena qoidalariga, ayniqsa qo'l, xalat, ro'mol, niqob tozaligiga qat'iy rioya qilishlari kerak. Ular muntazam ravishda tibbiy ko'rikdan (jumladan, rentgenologik va laboratoriya tekshirishlaridan) o'tkazib turiladi. Kasallangan, basilla tashiydigan, turmushda infeksiyali bemorlarga yaqin yurgan kishilar bolalar bo'limida ishlashiga ruxsat berilmaydi.

CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

Chaqaloqlar parvarishida ularning rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'dirishga yordam berish kerak. Chaqaloqlarni tashqi muhitning noqulay ta'siridan, ayniqsa infeksiyadan saqlash parvarishning asosiy qoidalaridan hisoblanadi.

Chaqaloqlar parvarishi tegishli tayyorgarlikdan o'tgan tibbiyot hamshiralari topshiriladi; kichik tug'ruq majmualarida (tug'ruq bo'limlarida) chaqaloqlarni akusher parvarish qiladi. Texnik xodimlar yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishga qo'yilmaydi, farroshlarga tozalash va boshqa turli yordamchi ishlarga ruxsat etiladi.

Xodimlar navbatchilikka kelgach, qo'llarini tirsagigacha cho'tkada sovunlab yuvadi, so'ngra dezinfeksiya qiladi (spirt, 2,4% S-4 eritmasi vodorod peroksidi va chumoli kislotasi aralashmasi – pervomur, xlorgeksedin biglukonat, degmisin, yodopiron va boshqalar). Har bir chaqaloqni yo'rgaklashdan oldin xodim qo'llarini yuvadi va dezinfeksiyalovchi eritma bilan artadi.

Tug'ruq bo'limidan chaqaloqlar palatasiga keltirilgan chaqaloqqa isitilgan ko'ylak kiygiziladi, karavotchaga yotqiziladi va ahvoli diqqat bilan kuzatiladi. Chaqaloq qusishi, nafas olishi buzilishi (sianoz), kindigi qonashi mumkinligini esda tutmoq kerak.

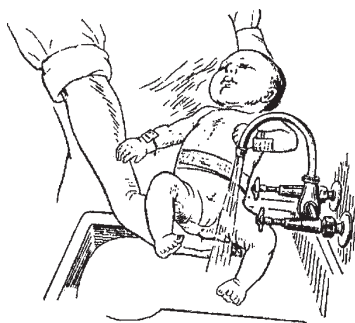
Chaqaloqlar sutkasiga ikki marta (ertalab birinchi emizishdan oldin va kechqurun) tozalanadi. Ayni vaqtda bola ko'zdan kechiriladi, terining hamma burmalari, kindigidagi boylam tekshiriladi, terisi va sezgi a'zolari parvarish qilinadi, tana harorati o'lchanadi, vrachning buyurganlari bajariladi. Ertalabki tozalashda chaqaloqlar tortib ko'riladi.

Teri parvarishi juda katta ahamiyatga ega. Bolaning terisi nozik bo'lib, noto'g'ri parvarish qilinsa, osongina bichiladi, chaqalanadi va boshqa shikastlarga uchraydi, bulardan esa infeksiya kiradi. Shu sababli terida yiringli jarayonlar paydo bo'lib, septik kasallik ro'y berishi mumkin.

Ertalabki va kechqurungi tozalash (tualet) da bolaning butun badani sinchiklab ko'zdan kechiriladi, oson bichiladigan teri burmalariga (quloq orqasi, bo'yin, qo'litiq, chov va hokazo) ahamiyat beriladi.

Chaqaloqning kindik qoldig'i tushib ketguncha cho'miltirilmaydi, chunki kindik jarohati bitmasdan turib cho'miltirilganda infeksiya kirishi mumkin. Shu sababli kindik qoldig'i tushib ketguncha va kindik jarohati bitguncha bolaning yuzini qaynagan iliq suvga yoki 2% li borat kislotasi eritmasiga ho'llangan paxtada yuvish bilan kifoyalaniladi; quloq orqasidagi teri, quloq suprasi, bo'yin burmalari, qo'l-oyoq kafti nam paxta bilan artiladi va quritiladi.

Chaqaloq badanini ko'zdan kechirganda terining qizargan joylari bo'lsa, steril vazelin moyi yoki kungaboqar moyi surtiladi.



129-rasm.

Chaqaloqning tagini yuvish.

Chaqaloq siyib qo'ygan yoki bulg'angan bo'lsa, bir emizish bilan ikkinchi emizish orasida yo'rgak almashtiriladi va tagi tozalanadi. Ifloslangan yo'rgak yig'ishtirib olinadi, badanning pastki yarmi iliq suv quyib turib yuviladi (129-rasm). Ayni vaqtda kindik qoldig'iga suv tegmasligi uchun ehtiyot bo'lish kerak. Teri yuvilgandan keyin u namni oson shimadigan toza yo'rgak bosish yo'li bilan quritiladi (yo'rgakka artilmaydi!). Dumba terisi va chov burmalariga profilaktika maqsadida steril moy surtiladi.

Chaqaloqning badani odatda noto'g'ri parvarish natijasida bichiladi. Buni bartaraf qilish uchun parvarishni yaxshilash, terini siydik va najas tegishidan saqlash kerak. Teri osongina bichilaversa (qizarsa), steril moy surtish bilan kifoyalaniladi. Qizargan teri bichilsa (maseratsiya) 3% li kaliy permanganat eritmasidan surtib, quyidagi tarkibdagi poroshok sepiladi: Acidi borici 1,0, Bismuthi subnitrici, Zinci oxydati aa 5,0, Talci veneti, Amyli tritici aa 50,0.

Yiringli kasalliklarning oldini olishga alohida e'tibor beriladi. Yiringli yara-chaqa bo'lgan chaqaloq ajratiladi. Har bir yara-chaqaga gramisidinning spirtli eritmasi (0,04% li), streptotsid (1–2% li) mazi yoki kaliy permanganat (3% li) surtiladi. Ko'pincha bir vaqtning o'zida penitsillin eritmasi muskul orasiga yuboriladi, bolani vrach kuzatib turishi kerak.

Sezgi a'zolari parvarishi. Chaqaloqning ko'z-qovoqlari 2% li borat kislota eritmasi shimdirilgan paxta sharcha bilan yuviladi. Har bir ko'z alohida paxtada ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi (130-rasm).

Quloq parvarishi ertalabki tozalashda quloq supralarini artishdan iborat. Odatda eshituv yo'lini tozalashning hojati yo'q.

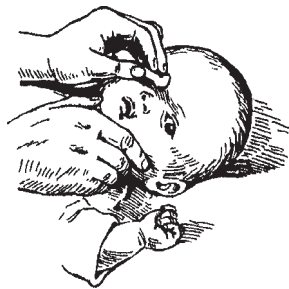
Chaqaloq nafas olishga qiynalib, burnini shilimshiq bosgandagina burun yo'llari tozalanadi. Burun teshiklari vazelin moyi shimdirilgan paxta pilikda avaylab artiladi.

Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasini artish mutlaqo yaramaydi, chunki og'iz shilliq pardasi chaqalanishi va kasalliklar ro'y berishi mumkin. Chaqaloqni yaxshi parvarish qilmaslik va to'g'ri emizmaslik sababli og'zi oqarganda ham, og'iz shilliq pardasini artmasdan, 10% li bura eritmasi bilan glitserin aralashmasini avaylab surtish tavsiya etiladi.

Chaqaloqlarni yo'rgaklash. Yetilib tug'ilgan bolalarni yo'rgaklaganda dastlabki kunlari boshi va qo'llari berkitiladi, keyinchalik boshi bilan qo'llari ochiq qoldiriladi. 3–4-kundan boshlab chaqaloqqa ishtoncha va ko'ylakcha kiygiziladi (ikkalasi ham yumshoq bog'ichli bo'lib, orqa tomondan bog'lanadi). Ko'ylakchaning yenglari uzun, uchi berk (tikib qo'yilgan). Badanning pastki qismi ketlik va yo'rgakka o'raladi.

Yo'rgaklash texnikasi quyidagicha. Bola yo'rgaklar ustiga yozilgan taglikka qo'yiladi. Yo'rgak ostidan adyol solinadi.

Taglik uchburchak qilib buklangan kvadrat yo'rgakdir. Taglikning keng asosi bel sohasiga yetadi, pastki uchlari oyoqlar orasidan o'tkaziladi, tashqi uchlari tana tevaragiga o'raladi. Chaqaloqning tanasi katta yumshoq yo'rgakka o'raladi. Chaqaloq issiq yo'rgak va adyolga ham shunday o'raladi. Yengil va issiq yo'rgak orasidan kichkina oq kleyonka qo'yiladi.



130-rasm.
Chaqaloqning ko'zini
yuvish.

Yo'rgak ko'p bo'lsa, kleyonka o'rniga 6–8 marta buklangan qo'shimcha yo'rgak qo'yish mumkin. Bu terining bichilishi va teri kasalliklarining oldini olishda qulay.

CHAQALOQLAR PARVARISHINING ZAMONAVIY USULLARI

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti mezonlariga mos ravishda chaqaloqni tug'ilgan zahotiyotq tanadan issiqlikni yo'qotmaslik uchun tezda artib quritiladi va ona qorniga yotqiziladi. Onasi bilan birga issiq ko'rpa (adyol) yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Chaqaloqni sovqotishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Chaqaloqda emishga tayyorlashning birinchi belgilari (birdaniga tez nafas olishi, so'rish harakatlari, ko'krakni qidirish) paydo bo'lgach, 30–60 daqiqa davomida ko'krakdan emizish mumkin.

Agar chaqaloq tug'ilganda gipotermiya holatida bo'lsa, uni isitish juda qiyin bo'ladi. Ularni issiqda, kyuvez yoki maxsus isitgich apparatlarida saqlashga to'g'ri keladi.

Sog'lom chaqaloqlarda nafas yo'llaridan uzoq vaqt shilimshiq moddani so'rib olishi uning bir tekis nafas olishiga to'sqinlik qilishi va bronxospazmga olib kelishi mumkin. Shuning uchun og'iz bo'shlig'ini tozalashda bir marotaba ishlatiladigan balloncha yoki maxsus yumshoq so'ruvchi kateterdan foydalanish yaxshiroq. Kateter bolaning og'ziga 3 sm gacha kiritilishi kerak, avval og'iz, keyin burun tozalanadi. Muolaja 5 sekunddan oshmasligi kerak.

Kindikni qisish – tug'ilgandan taxminan bir daqiqa o'tgach, kindik pulsatsiyasi to'xtagach amalga oshiriladi. Kindik yarasi parvarishi tozalikka rioya qilingan holda, qurituvchi moddalardan foydalanmasdan, ochiq usulda olib boriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolani chilla davri palatasiga o'tkazishdan avval bajariladi, ya'ni birinchi ikki soat davomida, teri-teriga aloqasi o'tkazilgandan keyin antropometriya, tana haroratini o'lchash, gonoblennoreyaning oldini olish uchun ko'zlariga 1% li tetrasiklin yoki 1% li eritromitsin mazi, qizlarning jinsiy yorig'iga ushbu moddalardan yoki u bo'lmasa 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi. Gemorragik sindromning oldini olish maqsadida vitamin "K" beriladi. So'ngra kindik bo'lakchasiga Rogovin qisqichi yoki rezina halqacha o'rnatilgan yopiq qisqich qo'yiladi. Ular kindik halqasi chetlaridan 3–4 sm masofada bo'lishi kerak. Chaqaloqqa infuzion-transfuzion muolaja o'tkazish rejasi bo'lsa, kindikni ipak ligatura bilan bog'lash maqsadga muvofiqdir.

Yo'rgaklashda ko'krak qafasini qattiq qismaslik lozim, yo'rgaklash o'rniga chaqaloqqa ko'ylakcha va ishtoncha kiydirish tavsiya etiladi.

Qattiq qilib yo'rgaklash diafragmaning erkin harakatiga qarshilik ko'rsatadi, issiqlikni saqlashga yordam bermaydi, asabni, muskullarning koordinatsiyasini, qon aylanishini buzadi, emizishga xalaqit beradi.

CHAQALOQLARNI EMIZISH

Chaqaloqlar uchun normal ovqat – **ona sutidir**. Bola emizib boqilgandagina tamomila to‘g‘ri o‘sadi va yetiladi. Emizib boqilayotgan bolalar o‘rtasida kasallanish va o‘lim sun‘iy boqilayotgan bolalarga nisbatan bir necha marta kam uchraydi.

Shuning uchun tibbiyot xodimlari emizishning ahamiyatini ayollarga tushuntiradilar va har bir ona o‘z bolasini emizishi uchun barcha choralarni ko‘radi. Bu vazifa ancha oson hal etiladi, chunki tug‘gan ayollarning aksariyati (80–90%) o‘z bolalarini ayniqsa dastlabki hafta va oylarda emiza oladi. Ko‘krak suti bilan boqish muvaffaqiyati emizish qoidalari va texnikasiga rioya qilishga ko‘p jihatdan bog‘liq.

Yetilib tug‘ilgan chaqaloqlar odatda tug‘ruqdan keyin ko‘p o‘tmay birinchi marta emiziladi. Chala tug‘ilgan chaqaloqlar boshqa asoratlar bo‘lmasa 30–60 daqiqa ichida emizilishi kerak.

Yetilib tug‘ilgan chaqaloqlar sutkada 6 marta, har 3 soatda emiziladi, kechasi 6 soat emizmay tanaffus qilinadi.

Emizishda chaqaloqqa infeksiya yuqmasligi uchun quyidagi qoidalarga rioya qilinadi.

1. Tomchilar orqali yuqadigan infeksiyalarning oldini olish uchun ona emizgan vaqtda og‘iz-burniga niqob tutadi.

2. Tug‘gan ayol har gal bola emizishdan oldin qo‘llarini iliq suvda sovunlab yuvadi.

3. Har gal bola emizishdan oldin ko‘krak uchlari qaynagan suvda yuviladi.

Chaqaloqni emizgan vaqtda onaning yotgan o‘rniga maxsus yo‘rgak solinib, bola shu yo‘rgakka yotqiziladi.

Emizish texnikasining katta ahamiyati bop. Tug‘ruqdan keyingi dastlabki kunlarda ona yonida yotgan bolasiga salgina burilib va uni qo‘l bilan ushlab turib emizadi. Tug‘gan ayol 4-kundan boshlab bolasini o‘tirib emizadi. Keyinchalik ona stul yoki kursiga o‘tirib, bir oyog‘ini skameykaga qo‘yadi, bolani tizzasiga olib, boshi va orqasidan bir qo‘li bilan ushlab turib emizadi.

Ayol bola emizishdan oldin bir necha tomchi sutni bo‘sh qo‘li bilan sog‘ib chiqaradi va shu tariqa, sut yo‘llarining ifloslanishini bartaraf qiladi. Shundan keyin ko‘krak uchini ishora va bosh barmoqlari bilan ushlab, qoramtir doirachasi bilan birga bolaning og‘ziga soladi. Bola ko‘krak uchini va uning atrofidagi qoramtir doirachani og‘ziga olganda to‘g‘ri emadi va havo yutib yubormaydi. Bola emizgan vaqtda uning burun kataklari ko‘krakka tegib qolmasligiga qarab turish kerak. Burun kataklari berkilib qolsa, bolaning nafas olishiga xalal beradi. Tug‘gan ayol bola emizib bo‘lgandan keyin ko‘krak uchini quritadi va toza siynaband tutadi (siynaband sut bezlarini tagidan ko‘tarib turadi). Ko‘krak uchining terisi nozik bo‘lsa, bolani emizgandan keyin steril vazelin moyidan

surtib, bir parcha paxta yoki doka yopib qo'yish kerak. Har bir emizishda bolaning og'ziga faqat bir ko'krakni, keyingi safar boshqasini solish kerak.

Tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda sut hali kam bo'ladi, shuningdek, sut sekretsiyasi susayganligi (gipogalaktiya) qayd qilinadi, faqat o'sha kunlari ikkinchi ko'krakni ham solish mumkin. Har bir emizish 15–20 daqiqa davom etadi, yaxshi emadigan bola zarur miqdordagi sutning qariyb yarmini dastlabki 5 daqiqada so'rib oladi. Har bir emizishda ko'krak bezi sutdan batamom bo'shashi kerak. Sut bezlari chala bo'shaganda sut kam ishlanadigan bo'lib qolishi mumkin. Bola emizishdan keyin ko'krakda qolgan sutni qo'lda sog'ish yoki qaynatilgan sutso'rg'ich bilan tortib olish zarur.

KO'KRAK SUTI BILAN BOQISH (SHIFOXONALARDA BOLAGA DO'STONA MUNOSABATDA BO'LIH TASHABBUSI)

Ko'krak suti – chaqaloqlar va bolalar uchun yagona ozuqa turidir.

Ko'krak suti to'yimliliigi bilan ustun turishidan tashqari, tabiiy ovqatlantirish go'daklar kasalliklari va o'limining oldini olishda juda yaxshi usul bo'lib ham xizmat qiladi.

Har bir tug'ruqqa yordam beruvchi muassasa ko'krak suti bilan boqishning 10 ta tamoyillariga rioya qilinayotgan «Shifoxonalarda bolaga do'stona munosabatda bo'lish tashabbusi» statusiga mos kelishga harakat qilishi kerak:

1. Ko'krak suti bilan boqish amaliyotining yozma ravishda qayd qilib qo'yilgan siyosatiga ega bo'lish va uni barcha tibbiy-sanitariya xodimlari e'tiboriga muntazam yetkazib turish.

2. Barcha tibbiy-sanitariya xodimlarini ushbu siyosatni amalga oshirish ko'nikmalariga o'rgatish.

3. Barcha homilador ayollarga ko'krak suti bilan boqishning afzalliklari va usullari haqida ma'lumot berish.

4. Onalarga tug'ruqdan so'ng dastlabki 2 soat ichida, ko'krak suti bilan boqishni boshlashga yordam berish.

5. Onalarga ko'krak suti bilan boqishni va balki bolalaridan ajratilgan bo'lsalar ham laktatsiyani saqlab turishni o'rgatish.

6. Chaqaloqqa ko'krak sutidan boshqa hech qanday ovqat yoki suyuqlik bermaslik (tibbiy ko'rsatmalar bundan mustasno).

7. Ona va chaqaloqni birga bo'lishini amaliyotga tadbqiq qilish va ularni 24 soat davomida palatada birga bo'lishlariga ruxsat berish.

8. Talab bo'yicha ko'krak suti bilan ovqatlantirishni rag'batlantirish;

9. Ko'krak suti bilan boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi yoki ko'krakni aks ettiruvchi sun'iy vositalarni bermaslik.

10. Ko'krak suti bilan boqishni qo'llab-quvvatlovchi guruhlar tashkil etilishini rag'batlantirish va onalarni shifoxonadan chiqqanlaridan so'ng ushbu guruhlariga yuborish.

«Bolalarga do'stona munosabatdagi shifoxona» sertifikati borligidan qat'i nazar, har bir tibbiyot muassasasi barcha 10 ta tamoyilga rioya qilishlari talab qilinadi:

- ko'krak tutishni 4 ta asosiy momentiga rioya qilish;
- ko'krak suti bilan boqishni vaqti va oralig'ini chegaralamaslik;
- emizishgacha va emizishdan so'ng ko'krakni yuvmaslik;
- ko'krak so'rg'ichlariga ishlov berish uchun hech qanday malhamdan foydalanmaslik;
- ona va bolani asossiz bir-biridan ajratmaslik;
- so'rg'ichli idishdan boqmaslik va havoli so'rg'ichdan foydalanmaslik;
- ko'krak sutini o'rnini bosuvchi glukoza, suv va boshqalardan foydalanmaslik;
- emgan suti miqdorini aniqlash uchun, emizishdan oldin va keyin bolani o'lchab ko'rish shart emas. Chaqaloqda peshob ajralishini kuzatish yetarli; kun davomida emishi 10 martadan ko'p bo'lishini saqlashga erishish kerak (bola yetarli sut olayotganligini eng ishonchli belgisi).

Emizishdan avval ona qo'lini sovunlab yuvadi. Har bir emizishdan avval ko'krakni yuvish shart emas. Agar zarur bo'lsa, emizgandan so'ng ko'krak toza suv bilan (sovunsiz) yuviladi, quritiladi (artmasdan) va areola sohasi sut bilan artiladi, havoda quritib berkitiladi.

Onada sut ishlab chiqarilishi bola qancha sug emishi, ko'krakni to'g'ri tutilishiga bog'liq; bola qancha ko'p sut emsa, shuncha ko'p sut ishlab chiqariladi. Agar bolaga ko'krak suti o'rnini bosuvchi suv yoki glukoza berilgan bo'lsa, u holda bola kam emadi va sut kam ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu holat keyinchalik onada «juda kam sut» ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bu esa bolani yetarli oziqlanmasligi va laktatsiyani kamayishiga olib keladi.

KO'KRAK SUTI BILAN BOQISHGA MONELIKLAR

- Agar bolada galaktozemiya (50000 boladan 1 tasida yuzaga chiquvchi kamdan-kam uchraydigan kasallik) yoki fenilketonuriya bo'lsa;
- onasi radiofaol va sitostatik moddalar qabul qilayotgan bo'lsa;
- OIV bilan zararlangan onalar, havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi yuqumli kasalliklar bilan kasallangan onalar (difteriya va atipik pnevmoniyaning og'ir shakli)ga bolani ko'krak suti bilan boqishga ruxsat etilmaydi.

QO'SHIMCHA OVQATLANTIRISHNI TALAB QILUVCHI HOLATLAR

Ko'krak sutidan boshqa parenteral ovqatlantirish vazni 1000 grammdan kam bo'lgan, homiladorlikning 32-haftasi va undan ertaroq tug'ilgan chaqaloqlarda qo'llaniladi. Qo'shimcha parenteral ovqatlantirish esa og'ir gipoglikemiyali yoki

gipoglikemiyani davolash zarur bo'lgan, shuningdek, enteral ovqatlanish mumkin bo'lmagan chaqaloqlar uchun talab qilinishi mumkin;

– diareyali chaqaloqlarni tez-tez ko'krak suti bilan boqish va zarurat bo'lganda parenteral ovqatlantirish talab qilinadi (fitoterapiya olayotgan bo'lsa).

KO'KRAK SUTI BILAN OZIQLANTIRISHDA YUZAGA KELUVCHI MUAMMOLAR

Ona tomonidan:

Ko'krak bezi uchining shakli. Emizish vaqtida so'rg'ich shakliga (kichkina, silliq, tortilgan) bog'liq qiyinchiliklar uchray turadi, lekin bola har qanday ko'krak bezini so'ra oladi, chunki barcha shakldagi ko'kraklarda sut bezlari miqdori taxminan bir xil bo'ladi, shakl esa yog' to'qimasi miqdoriga bog'liq. Onani bolaga ko'krak tutish texnikasiga o'rgatish kerak.

Ko'krak bezi uchining yorilishi va yallig'lanishi. Bolaga noto'g'ri ko'krak tutish natijasida og'riq va yoriqlar kelib chiqadi. Ko'krak uchini tez-tez (1 kunda 1 martadan ko'p) yuvish, teri sekretsiyasi himoya qavatini yo'qotib, yoriqlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Sut bezlarining shishishi. Onaning sut bezlari sut bilan tez to'ladi, taranglashadi va shishadi, natijada bola ko'krak uchi va uning atrofi aylanadini qamrab ola olmaydi. Bunday holda qo'lda sutni 20–30 ml sog'iladi, bolaga qoshiq yordamida beriladi, so'ngra ko'krak tutiladi. Lekin, ko'krakni sog'ish sut ishlab chiqarishni ko'payishiga olib kelishi va shishni ko'paytirishini unutmash kerak.

Sut bezi absessi ko'krak tutishni noto'g'ri qo'llash natijasida rivojlanadi, bu esa sutni to'planib qolishi va bezlarni o'tkir yallig'lanishiga olib keladi. Bunday hollarda onaga antibiotiklar buyuriladi. Onani ko'krak suti bilan boqishni davom ettirishga ko'ndirish kerak. Antibiotiklar bolada suyuq ich kelishini keltirib chiqarishi mumkin, lekin unga zarar qilmaydi. Ko'krak suti bolani ichaklaridagi kerakli mikroflorani tiklaydi. Ko'krak suti bilan, ayniqsa zararlangan ko'krak suti bilan boqishni to'xtatish yallig'lanish jarayonini faqat og'irlashtirishini yodda tutish kerak. Shuning uchun zararlangan ko'krakni (ajralmalar xarakteridan qat'iy nazar) emizish maqsadga muvofiqdir.

Sut yetishmasligi sabablari kam emizish, kechasi emizmaslik, ko'krak suti bilan emizishni (qisqaligi) davomsizligi, ko'krakni noto'g'ri tutish, ko'krakni to'liq bo'shamasligi, havoli so'rg'ichdan foydalanish, bolani qo'shimcha ovqatlantirishdir. Sut miqdorini ko'paytirish uchun tez-tez emizish, emizish orasidagi vaqtni qisqartirish va ko'krakni tez-tez sog'ish (sog'ilgan sutni o'z bolasiga berish zarur) kerak.

Bola tomonidan:

Uyquchanlik. Ba'zi bolalarda uyqu davomiyligi 3–4 soatgacha cho'zilishi mumkin, bunda nafas buzilishi, yurak tug'ma nuqsonlari, Daun sindromi yoki birlamchi asab-muskul kasalliklari, gipoglikemiya, infeksiya yoki og'iz bo'shlig'i anomaliyalari bor-yo'qligini aniqlash kerak bo'ladi. Agar yuqoridagi belgilar bo'lmasa va bola vazni bir me'yorda ortsa, u holda bolaga o'z hohishiga ko'ra uyg'onish imkonini berish kerak.

Muddatiga yetmay tug'ilgan va kam vaznli bolalar. Gestatsiya muddati va vazniga qarab, so'rish refleksining kuchsizligi va yo'qligi kuzatilishi mumkin. Bu holda o'z onasining sog'ilgan suti bilan zond orqali yoki shpris yordamida ovqatlantiriladi.

So'rish refleksining pasayishi – asfiksiya, jarohat, dori-darmonlar (onaga umumiy narkoz berilishi), onaning MNS faoliyatiga ta'sir qiluvchi moddalar qabul qilishi natijasida MNS zararlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bolaning ahvoli yaxshilanguncha, o'z onasining sog'ilgan suti bilan zond orqali yoki shpris yordamida oziqlantirish kerak.

Yangi tug'ilgan bolaning emadigan sut miqdori uning rivojlanishi uchun katta ahamiyatga ega. Zarur sut miqdorini aniqlash uchun quyidagicha hisob qilinadi. Dastlabki 8–9 kunda chaqaloq necha kunlik bo'lsa, o'sha kunlar soni 10 ga ko'paytirilganda qanday son chiqsa, har gal emganda o'shancha sut so'rishi kerak. Masalan, bola hayotining ikkinchi kuni har gal 20 ml, uchinchi kun 30 ml, beshinchi kuni 50 ml sut so'rishi kerak va hokazo. Bu yoshdagi bolaga bir kunda zarur sut miqdori quyidagi formulaga qarab belgilanadi:

$$X = 10 \cdot n;$$

bu yerda X – bir kunda zarur sut miqdori, n – bola hayotining kunlari.

Bolaning yaxshi kayfiyatda bo'lishi, tinch uxlashi, berilib emishi uning yetarli miqdorda sut olayotganligidan guvohlik beradi. Bola so'rayotgan sut yetarli ekanligiga shubha tug'lsa, emizishdan oldin va keyin bola nazorat maqsadida tortib ko'riladi (vazndagi tafovut bola so'rib olgan sutning miqdorini ko'rsatadi). Bola hayotining dastlabki kunlaridanoq unga har kuni 30–50 ml choy yoki qaynagan suv ichirish tavsiya etiladi. Yilning issiq vaqtida 100–120 ml gacha suv yoki choy ichiriladi.

Chaqaloq hayotining 3–4-kunida vazni kamayadi, bu fiziologik holat hisoblanadi. Yetilib tug'ilgan chaqaloqlar vazni 100–300 g chamasi kamayadi, bu dastlabki vaznining 6–8 foizini tashkil etadi. 4–5-kundan boshlab bola vazni osha boshlaydi. Tug'ruq majmuidan uyiga jo'natiladigan paytgacha chaqaloq vazni dastlabki (tug'ilishdagi) miqdoriga yetadi yoki undan ham oshadi.

CHALA TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISH

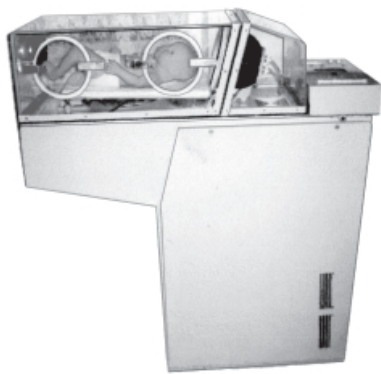
Bolaning chala tug'ilganligini va qanchalik chalaligini aniqlashda anamnez, akusherlik tekshirishining ma'lumotlari, hammadan muhimi – chaqaloqni tekshirish ma'lumotlari hisobga olinadi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlar bo'shang, uyquchan bo'lib, chinqirganda ovozi past chiqadi, yuzaki nafas oladi, ko'pincha bir tekis nafas olmaydi, reflekslari susayganligi qayd qilinadi. Bola anchagina chala bo'lsa, sut emish va yutish reflekslari yuzaga

chiqmaydi. Chala tug'ilgan bolalarda termoregulatsiya yaxshi rivojlangan emas, shuning uchun havo soviganda tana harorati pasayadi, isib ketganda esa ko'tariladi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda immunitet pasaygan, shuning uchun ular yuqumli kasalliklar (gripp, pnevmoniya, piodermiya, sepsis) ga moyilroq bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalarning omon qolishi va rivojlanishi parvarish bilan boqishga bog'liq. Ularning badani sovuqdan ehtiyot qilinadi, birinchi tozalash (tualet) avaylab tez o'tkaziladi, ayni vaqtda yo'rgaklash stolchasi isitiladi (isitgich qo'yiladi, yo'rgagi isitiladi), isituvchi lampa ostida issiq yo'rgak va adyolga o'raladi. Keyinchalik yo'rgaklash va tozalash vaqtida bola albatta issiq tutiladi.



131-rasm.
Yopiq turdagi kuvez.

Chala tug'ilgan bolalarni issiq tutish uchun kuvez va isitgichlardan foydalaniladi (131–132-rasmlar). Kuvezlarning konstruksiyasi har xil, hozirgi davr harorati, namligi va shu kabilar avtomatik ravishda boshqariladigan kuvezlar bor. Oddiy kuvezlar qo'shdevorli vannachalarga o'xshaydi: kuvez devorlari orasidagi bo'sh kamgacka zaruratga qarab qariyb 60° temperaturadagi suv quyiladi. Kuvez tubidagi choyshabli matrasga issiq qilib o'ralgan bola yotqiziladi. Bolaning yoniga termometr joylanadi, kuvezdagi harorat 30–32° bo'lishi kerak.

Kuvezlar bo'lmasa, 60° gacha isitilgan suvli isitgichlardan foydalaniladi. Bolaning har tomoniga bittadan va karavotchasining oyoq tomoniga yana bitta isitgich qo'yiladi. Isitgichlarni bolaning tagidan qo'yish yaramaydi, ularni biryo'la almashtirmasdan, navbat bilan almashtirish kerak.

Chala tug'ilgan bolalar qizib ketishga chidash bermaydi. Ular qizib ketganda bezovtalanadi, harorati ko'tariladi, badani qizaradi, terlab ketadi. Bunday hollarda isitgich (yoki kuvez) haroratini pasaytirish kerak. Vazni kam bolalarni paxtaga o'rab qo'yish mumkin.

Chala tug'ilgan bolalar infeksiyadan ehtiyot qilinadi, shu maqsadda maxsus palatalar ajratiladi. Maxsus palata ajratishning iloji bo'lmagan kichkina muassasalarda chala tug'ilgan bolani chaqaloqlarning umumiy palatasiga yotqizib, oynavon devor bilan ajratib qo'yishga to'g'ri keladi. Ularni parvarish qilishda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinadi.

Chala tug'ilgan bolani ayolning ko'krak suti bilan, yaxshisi onasining suti bilan boqish nihoyatda muhimdir. Chala tug'ilgan bolalarni boqish usuli ularning nechog'li chalaligiga, umumiy ahvoriga, sut so'rish va yutish qobiliyatiga bog'liq. Ularni birinchi marta tug'ruqdan 2 soat keyin emizgan ma'qul. Bir kunda necha

marta emish kerakligi bolaning xususiyatlariga bog'liq. A.F.Tur vazni 2000–2500 g keladigan bolalarni kuniga 7–8 marta, 1500–2000 g vaznli bolalarni 8–10 marta, 1000–1500 g vaznli bolalarni 10–14 marta emizishni tavsiya etadi.

Chala tug'ilgan bola yaxshi emsa, umuman qabul qilingan qoidalar asosida emizaverish kerak. Bola sutni yaxshi so'rmasa, tez charchab qolsa, bir gal emizgandan keyin ikkinchi gal sutni shishadan rezina so'rg'ich orqali ichirish mumkin. Dastlab kuniga 1–2 marta ko'krak solinadi; bola o'zini tutib olgach, bot-bot emiziladi, bora-bora u so'rg'ichdan butunlay voz kechadi, ko'krak olmasa yoki so'rg'ich orqali so'rolmasa, sutni sog'ib, iliq holida oz-oz qoshiqda ichiriladi. Kichkina choy qoshiqdan foydalaniladi; uchi cho'ziq qoshiqcha ayniqsa qulay. Bolaga sut berishdan oldin va keyin kisloroddan nafas oldiriladi. Nimjon bolalarga sutni pipetkada ichirish mumkin. Pipetkadagi sut bolaning yuqori labiga burun kataklari yaqinidan tomiziladi. Sut burun-halqum orqali oqib tushib, qizilo'ngachga o'tadi.

Sut so'rish va yutishga ojiz bo'lgan juda nimjon bolalarga sut zond orqali beriladi. Buning uchun 13–15-sonli yumshoq kateterdan foydalaniladi, kateter shisha naycha orqali voronkaga ulanadi. Zond bolaning qizilo'ngachiga og'zidan avaylab kiritiladi. Zond kiritishdan oldin uchiga steril vazelin moyi surtiladi. Bolaning me'dasiga havo kirib qolmasligi uchun sut zondan uzluksiz kirib turishi kerak.

Chala tug'ilgan bolaning tana harorati, vazni, terisi, sezgi a'zolari, ichining yurishib turishi, umumiy ahvoli va xulq-atvori e'tibor bilan kuzatib turiladi. Chala tug'ilgan bolalar tug'ruq majmuida kamida ikki hafta parvarish qilinadi, ahvoli og'ir bo'lsa, uzoqroq saqlanadi.

Onasi uyiga jo'natilayotganda chala bolani parvarish qilish va boqish to'g'risida mukammal yo'l-yo'riqlar beriladi, chala tug'ilgan bolaning uyiga jo'natilayotganligi bolalar poliklinikasiga oldindan ma'lum qilinadi.



132-rasm.

Chala tug'ilgan va aloqida parvarishga muhtoj bo'lgan chaqaloqlarni yo'rgaklash uchun maxsus isitiladigan shkakf.

Nazorat uchun savollar

1. Chaqaloqlar bo'limi (palatasi) ishini tashkil qilishga qo'yilgan talablar.
2. Chaqaloqlarni parvarish qilishning zamonaviy usullarining amaldagi usullardan farqi.
3. Ko'krak suti bilan emizishning afzalliklari nimadan iborat?
4. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning o'ziga xos xususiyatlari qanday ifodalanadi?

XV BOB. HOMILA CHANOQ'NING OLDINDA YOTISHI (PRAESENTATIO PELVIA)

Umumiy tug'ruqning 3,5%ida homila chanog'i bilan keladi. Chanoq oldinda yotganda tug'ruq ko'pgina hollarda normal o'tadi. Ba'zi hollarda esa chanoq oldinda yotishida perinatal o'lim homila boshining oldinda yotishiga nisbatan 3–5 marta ko'p uchraydi.

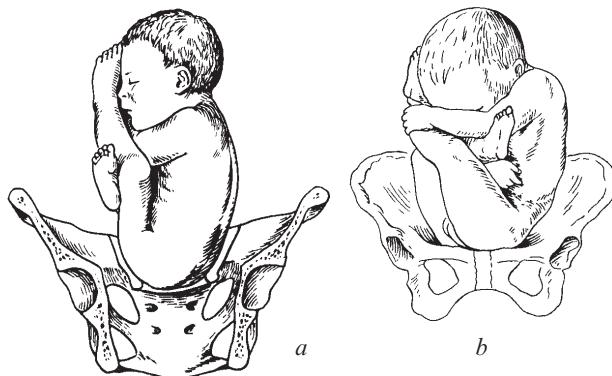
Shunga ko'ra homilaning chanoq bilan kelishi patologiya bilan fiziologiya holatlari chegarasidir.

CHANOQ OLDINDA YOTISHNING TASNIFI

Chanoqning oldinda yotishini ikki turga ajratiladi: 1) dumbaning oldinda yotishi (bukilgan holda); 2) oyoqning oldinda yotishi (yozilgan holda).

Dumbaning oldinda yotishi quyidagilarga bo'linadi: a) faqat dumbaning oldinda yotishi; b) dumbaning aralash oldinda yotishi.

Faqat dumba oldinda yotganda dumbalar chanoq og'ziga tushib, oyoqlar tana bo'ylab cho'zilgan (chanoq, son bo'g'imlari bukilgan, tizza bo'g'imlari yozilgan) bo'ladi (133-rasm).



133-rasm. Faqat dumbaning oldinda yotishi:
a–birinchi vaziyat, oldingi turi; b–birinchi vaziyat, orqa turi.

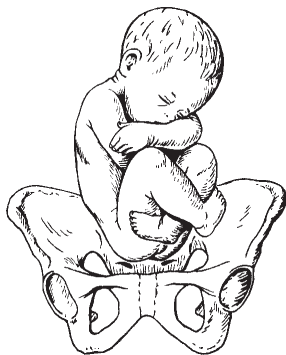
Dumba aralash oldinda yotganda homila dumbasi chanoq son va tizza bo'g'imlaridan bukilgan oyoqlari bilan birga chanoq bo'shlig'iga qarab turadi.

Oyoqning oldinda yotishi (134-rasm): a) to'liq – ikkala oyoqning oldinda yotishi (135-rasm) va b) **chala** – bitta oyoqning oldinda yotishi (136-rasm) ga bo'linadi.

Dumbaning oldinda yotishi oyoqning oldinda yotishiga qaraganda ikki barobar ko'proq uchraydi. Oyoqning oldinda chala yotishi ko'proq kuzatiladi.

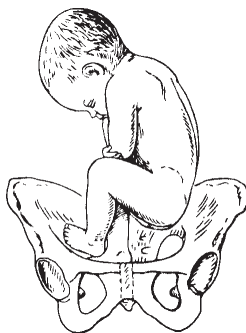
Chanoq oldinda yotishining sabablari:

1. Barvaqt tugʻruqda.
2. Koʻp marta tugʻib bachadon tonusi susayganda.
3. Egiz homiladorlikda.
4. Plasenta oldinda yotganda.
5. Bachadonning pastki segmentida miomatoz tugunlar boʻlganda.
6. Bachadon notoʻgʻri rivojlanganda.
7. Qogʻonoq suvi kam yoki koʻpligida.



134-rasm.

Dumba bilan oyoqlarning oldinda yotishi, ikkinchi vaziyat, oldingi turi.



135-rasm.

Ikkala oyoqning oldinda yotishi, birinchi vaziyat, oldingi turi.

CHANOQ OLDINDA YOTISHINING DIAGNOSTIKASI

Chanoqning oldinda yotishini asosan tashqi va qin orqali tekshirish usullari yordamida aniqlanadi.

Chanoqning kirish tekisligi ustida yoki chanoq ogʻzida yirik, notoʻgʻri yumaloq shakldagi, kam harakat yumshoq konsistensiyali qism oldin yotganligi tashqi tekshirishda paypaslab bilinadi. Bachadon tubida yumaloq, zich, liqillab turgan bosh topiladi, u oʻrta chiziqdan koʻpincha oʻngga yoki chapga ogʻadi. Chanoq oldinda yotganda homilaning yurak urishi kindik yuqorisida, baʼzan kindikning oʻng yoki chap tomonida (vaziyatga qarab) ravshanroq eshitiladi.

Chanoq oldinda yotganda bachadon tubi balandroqda joylashadi.

Homilaning bosh tomonini chanoq tomonidan ajratish tashqi tekshirishda hamisha oson boʻlarmaydi. Bunday hollarda chanoqning oldinda yotganligi qin orqali tekshirib aniqlanadi.

Tugʻruq vaqtida **qin orqali tekshirish** oldinda yotgan qismning xarakteri haqida (ayniqsa homila pufagi yirtilgach va bachadon boʻyni yetarlicha ochilgach) ravshan maʼlumotlar olish imkonini beradi.

Dumba oldinda yotganda yumshoqroq hajmli qism paypaslab topiladi, unda quymich doʻmboqlari, dumgʻaza, dum suyagi, orqa chiqaruv teshigi, homilaning

jinsiy a'zolari ajratiladi. Faqat dumba oldinda yotganda oyoqdan keyin chov bukimini paypaslab topish mumkin. Dumba oldinda aralash yotganda uning yonida turgan oyoq panjasi ko'pincha paypaslab bilinadi.

Dumg'azani paypaslab topish vaziyat va turni oydinlashtirishga yordam beradi (dumg'aza qayoqqa qaragan bo'lsa, homilaning orqasi ham o'sha tomonda bo'ladi).

Tug'ruq o'smasi katta bo'lsa, tajribasi kam akusher oldinda yotgan dumbani yuz deb o'ylab yanglishishi mumkin. Diagnostika aniqlash uchun dum suyagi bilan dumg'azani, chov bukimini, oyoq panjasini paypaslab topish kerak. Jinsiy a'zolar va orqa chiqaruv teshigiga shikast yetkazmaslik uchun shu sohani juda avaylab paypaslash kerak.

Oyoqning oldinda yotganligi qin orqali tekshirishda odatda osongina bilinadi. Homila ko'ndalang yotganda qo'li chiqib qoladi, shunda oyoqni qo'l deb o'ylab yanglishmaslik uchun quyidagi muhim belgilarni esda tutmoq kerak. Oyoqning tovon suyagi bo'lib, oyoq barmoqlari tekis, kalta, bosh barmoq keyinda qolmaydi va uncha harakatchan bo'lmaydi. Qo'lning bosh barmog'i kaftga bemalol taqaladi, oyoq bosh barmog'ini esa oyoq kaftiga taqab bo'lmaydi. Tizza harakatchan yumaloq qopqog'i borligi bilan tirsakdan farq qiladi. Tizza qopqog'ining turgan joyiga qarab homila vaziyatini aniqlash mumkin. Tizza qopqog'i birinchi vaziyatda chapga, ikkinchi vaziyatda o'ngga qaragan bo'ladi.

Qo'shimcha tekshirish usullaridan amnioskopiya, homila EKGsi, ultratovush yordamida skannirlab tekshirish homilaning qanday holatda yotganligini aniqlashda yordam beradi.

CHANOQ OLDINDA YOTGANDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECHISHI

Bosh oldinda yotganda homiladorlik qanday o'tsa, chanoq oldinda yotganda ham xuddi shunday o'tadi. Sog'lom homilador ayollar uchun odatdagi gigiyenik rejim va parhez bunday homiladorlarga ham tavsiya etiladi.

Chanoq oldinda yotganda tug'ruq ko'pincha og'ir kechadi, shuni nazarda tutib, ba'zi akusherlar chanog'i oldinda yotgan homila vaziyatini tashqi amallar yordamida o'zgartirishni taklif etishgan. B.A. Arxangelskiy va M.B. Trubkovich chanog'i oldinda yotgan homilani profilaktika maqsadida boshiga burish (tashqi burish) usulini, shuningdek, unga tegishli ko'rsatma va moneliklarni ishlab chiqishgan. Mualliflar homilani burish natijasida o'lik tug'ish kamayadi deb hisoblashadi va homiladorlikning 35—36-haftasida homilani boshiga burishni tavsiya etishadi. Homilani burish unga salbiy oqibatlar keltirib chiqarishi mumkinligini eslatib o'tish lozim. Shuning uchun ko'pchilik akusherlar homilani burishdan voz kechishadi va ayolni homila chanog'i oldinda yotganicha tug'dirish to'g'riroq deb bilishadi.

Chanoq oldinda yotganda ham tugʻruq normal oʻtishi va eson-omon tugashi mumkin. Ammo koʻpincha tugʻruq ogʻirlashib, homila va baʼzan ona hayoti xavf ostida qolishi mumkin.

Bachadon boʻyni ochiladigan davr normal oʻtishi ham mumkin, lekin bu davr koʻpincha ogʻir kechadi. Qogʻonoq suvining barvaqt ketishi tugʻruqning eng koʻp uchraydigan asoratidir. Oyoq oldinda yotganda qogʻonoq suvi koʻpincha barvaqt ketadi. Homilaning chanoq tomoni boshidan kichikroq boʻlib, ona chanoqʻiga kirganda tugʻruq kanaliga zich yopishib turmaydi. Tegish belbogʻi vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmagan boʻladi. Har gal dard tutganda qogʻonoq suvlari bachadonning pastki boʻlimiga intilib, homila pufagini toʻldirib yuboradi, pardalar katta tazyiqqa chidash bermay, barvaqt yiriladi. Suv ketgan paytda homilaning kindigi chiqib qolishi mumkin; chanoq oldinda yotganda kindikning chiqib qolishi boshning oldinda yotishiga qaraganda 5 baravar koʻproq uchraydi. Chanoq oldinda yotganda kindikning chiqib qolishi boshning oldinda yotganiga nisbatan homilaga kamroq xavf tugʻdiradi. Lekin chanoq oldinda yotganda ham, chiqib qolgan kindik qovuzlogʻi qisilishi, homilani boʻgʻilib qolishi va oʻlishiga sabab boʻlishi mumkin.

Chanoq oldinda yotganda koʻpincha tugʻruq kuchlari susayadi, ayniqsa qogʻonoq suvlari barvaqt ketganda, bachadon teshigi sekin ochiladi, homila dumbalari chanoq kirish tekisligining ustida anchagina uzoq turib qoladi.

Chanoq oldinda yotganda homilaning eng yirik qismi — boshi birinchi boʻlib emas, keyin chiqadi, shu sababli tugʻruqning oʻziga xos xususiyatlari boʻladi.

Homilaning birinchi boʻlib keladigan chanoq tomoni kichik hajmli boʻlgani uchun tugʻruq yoʻllarini yelka kamari va bosh bimalol oʻtadigan darajada kengaytira olmaydi. Shu sababli yelka kamari chanoqqa kirganda qoʻllar qayrilib, keyinda kelayotgan bosh ushlanib qolishi mumkin. Tananing yuqori qismi va bosh chanoqdan oʻtayotganda kindik qisilib qoladi, tananing yuqori qismi va boshning chiqishi 3–5 daqiqadan ortiq choʻzilsa, homila asfiksiyasi roʻy beradi. Oyoqlar oldinda yotganda tugʻruq yoʻllarini yaxshi kengaytira olmagan uchun tugʻruqning yuqorida aytilgan asoratlari yanada koʻproq uchraydi. Shuningdek, bosh konfiguratsiyaga uchramasdan uning kesib chiquvchi oʻlchami kattaligicha qoladi va tugʻilish qiyinlashadi.

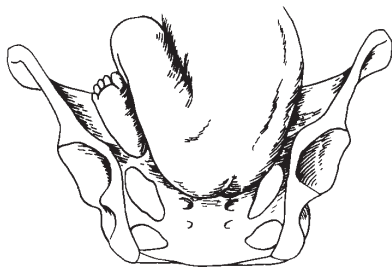
CHANOQ OLDINDA YOTGANDA TUQRUQ MEXANIZMI

Chanoq oldinda yotganda homilaning tugʻruq yoʻllaridan oʻtishida ketma-ket bajaradigan bir qancha harakatlar yigʻindisi tugʻruq mexanizmi deb ataladi. Chanoq oldinda yotganda tugʻruq mexanizmi beshta lahzadan iborat.

1. Dumbalarning chanoqqa suqilib kirishi.
2. Dumbalarning ichki burilishi.
3. Dumbalarning yorib chiqishi.

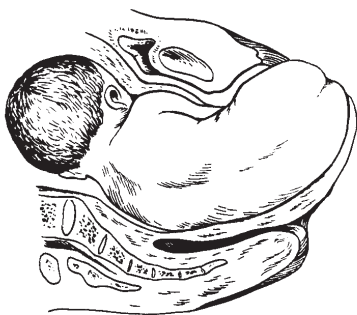
4. Homila yelkalarining tug'ilishi.

5. Homila boshining tug'ilishi.



136-rasm.

Dumbaning kichik chanoq kirish tekisligiga suqilib kirishi (tug'ruq mexanizmining birinchi momenti).



137-rasm.

Tananing yonga bukiliishi. Dumbalarning yorib chiqishi (tug'ruq mexanizmining uchinchi momenti).

1. Dumbalarning chanoqqa kirishi.

Homila dumbalari o'zining ko'ndalang o'lchami (linea intratrochanterica) bilan chanoqning qiyshiq o'lchamiga mos keladi (136-rasm) va shu o'lchamda chanoq bo'shlig'iga tushadi, bu paytda oldindagi dumba orqadagi dumbaga nisbatan pastroqda joylashadi, u o'tkazuvchi nuqta hisoblanadi va unda tug'ruq o'smasi hosil bo'ladi.

2. Dumbalarning ichki burilishi.

Homila dumbasining ko'ndalang o'lchami chanoq tubida chanoq chiqish tekisligining to'g'ri o'lchamiga o'tadi.

3. Dumbalarning yorib chiqishi.

Oldingi dumba birinchi bo'lib yorib chiqadi. Homilaning yonbosh suyak sohasi qov ravog'iga taqalib, fiksatsiya nuqtasini hosil qiladi va homila tanasi fiksatsiya nuqtasining tevaragida yoniga qattiq bukiladi, shu payt homilaning orqa dumbasi ham chiqadi (137-rasm). Dumbaning aralash oldinda yotishida oyoqlar dumba bilan birga chiqadi. Shundan so'ng tanasi yoziladi va bir necha to'lg'oqdan so'ng kindigigacha, keyin yelka kuraklarining pastki burchagigacha chiqadi, ayni paytda homila tanasi orqasi oldinga qarab biroz buriladi.

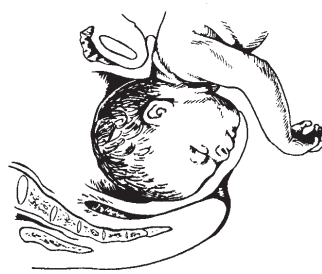
4. Homila yelkalarining tug'ilishi. Homila yelkalari ko'ndalang o'lchami bilan chanoqning qiyshiq o'lchamiga kiradi. Chanoqning chiqish teshigida yelkalar to'g'ri o'lchamga o'tadi (138-rasm). Oldingi yelka simfiz ostiga tiraladi, orqa yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi. Ko'krak qafasida chalkashgan qo'llar o'zicha chiqadi yoki qo'l amali bilan chiqariladi.

5. Homila boshining tug'ilishi. Homila boshi bukilgan holda chanoqning qiyshiq o'lchamiga kiradi, chanoq bo'shlig'ida ensasi oldinga, yuzi orqaga qarab buriladi. Bosh ensa osti chuqurchasi sohasi bilan qov ravog'iga tiraladi (fiksatsiya nuqtasi) (139-rasm) va yorib chiqa boshlaydi.



138-rasm.

Homila yelkalarining tugʻilishi (tugʻruq mexanizmining toʻrtinchi momenti).



139-rasm.

Homila boshining tugʻilishi (tugʻruq mexanizmining beshinchi momenti).

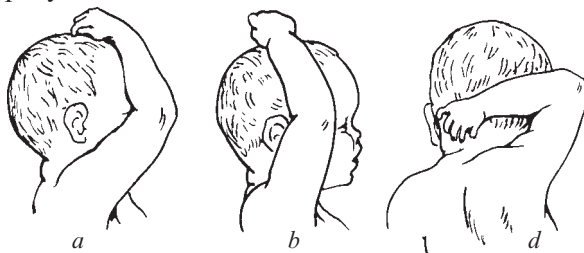
Shunday qilib, chanoq oldinda yotganda bosh kichik qiyshiq oʻlchamiga mos keladigan aylanasi bilan yorib chiqadi.

Chanoq oldinda yotishi ogʻir asoratlarga olib kelishi mumkinligini koʻzda tutib, tugʻruqni vrach akusher-ginekolog olib borishi lozim.

Chanoq oldinda yotganda tugʻruqning tipik mexanizmi koʻpincha oʻzgarib, asosan homila uchun noqulay boʻladi.

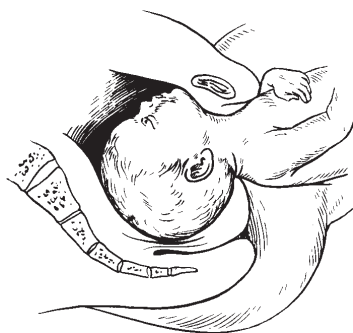
140-rasm. Qoʻlning qayrilib qolishi.

a—birinchi darajasi; *b*—ikkinchi darajasi; *d*—uchinchi darajasi.



1. Muhim ogʻirlashuvlardan biri — **homila qoʻllarining qayrilib qolishidir**. Qoʻllar koʻkrak qafasidan uzoqlashib, yuzda, bosh yonida yoki ensa orqasiga joylashadi (140-rasm). Qoʻllar bosh bilan birga boʻlganda uning oʻlchami kattalashadi va tugʻilishi qiyinlashib homila asfiksiyasidan nobud boʻlishi mumkin.

2. Normal tugʻruq mexanizmidagi homila tanasi tugʻilayotgan vaqtda orqasi oldinga buriladi (oldingi tur) (141-rasm). Baʼzan orqa tur ham vujudga keladi. Orqa turda homila boshi yozilgani sababli koʻpincha tugʻruq juda ogʻirlashadi, unung iyagi simfiz ustida ushlanib qolib, bosh gʻoyat yozilgan holatda tugʻilishi kerak boʻladi. Akusher yordam bermasa boshning chiqishi toʻxtalib qolib, homila asfiksiyadan nobud boʻladi, yoki bosh butunlay tugʻila olmaydi.



141-rasm.

Boshning notoʻgʻri—ensaning dumgʻaza tomon burilishi (orqa turida engakni simfiz ushlab qoladi).

CHANOQ OLDINDA YOTGANDA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Tug'ruqni olib borish rejasini tuzish va ayolni tug'ruqqa tayyorlash maqsadida ular muddatidan 7–10 kun oldin tug'ruq majmuiga yotqiziladi. Tug'ruq muddatiga 5–7 kun qolganda gormon – vitamin – glukoza – kalsiyli fon (VGKF) o'tkaziladi. Qog'onoq suvlari barvaqt ketganda VGKF darhol tiklanadi, har 4 soatda spazmolitiklar yuboriladi.

Tug'ruq quyidagi qoidalarga muvofiq o'tkaziladi:

a) ona bilan homilaning ahvoli va tug'ruqning o'tishi sinchiklab kuzatib turiladi;

b) qat'iyat bilan kutish vaziyatiga amal qilinadi;

d) tug'ruq og'irlashganda o'z vaqtida yordam beriladi. Qog'onoq suvlari ketishi bilanoq qin orqali tekshirish o'tkaziladi.

Tug'ruqni ikkinchi davrida homila holatini kuzatish kuchaytiriladi: **har bir to'lg'oqdan keyin homilaning yurak urishini eshitib va sanab turish kerak.** Homila asfiksiyasining oldini olish uchun kisloroddan nafas oldiriladi, venaga glukoza, askorbin kislotaga yuboriladi, muskul orasiga karazol yuboriladi.

Bachadon bo'yni spazmini oldini olish uchun tug'uvchi ayol teri ostiga 1 ml atropin sulfat va 1% li papaverin eritmasidan 1 ml yuborish tavsiya etiladi.

Chanoq oldinda yotganda tug'ruq 4 bosqichga bo'linadi:

1. Homilaning kindigigacha tug'ilishi.
2. Kuraklarning pastki burchaklarigacha tug'ilishi.
3. Qo'llarining tug'ilishi.
4. Boshining tug'ilishi.

Homila kindigigacha tug'ilgach, boshi chanoqqa kiradi va kindikni qisib qo'yadi. Homila bo'g'ilishi (asfiksiya) ro'y beradi, tug'ruq yaqin bir necha daqiqa ichida tugatilmasa, homila asfiksiyadan nobud bo'ladi. Modomiki shunday ekan, homila kindigigacha chiqmaguncha tug'ruq qat'iyat bilan kutish vaziyatida boshqariladi. Tug'ruq to'g'ri o'tganda homila tanasining yuqori qismi bilan boshi tez tug'iladi va yordamga ehtiyoj qolmaydi. Homila kindigigacha tug'ilgach, tug'ruqqa 3–4 daqiqa ichida qo'l bilan ko'maklashishga kirishiladi.

FAQAT DUMBA OLDINDA YOTGANDA SOVYANOV AMALINI QO'LLASH

Sovyanov – I usuli homila a'zolarining normal joylashuvini saqlab qolishga asoslanadi. Bunda qo'llarning qayrilib qolishi va boshning yozilishi kabi asoratlarga yo'l qo'yilmaydi.

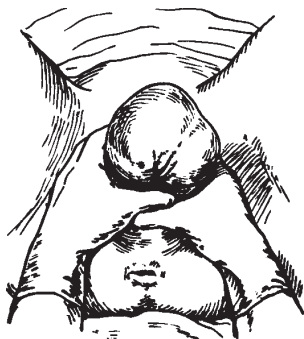
Faqat dumba oldinda yotganda Sovyanov usuliga muvofiq qo'l bilan ko'maklashish texnikasi quyidagicha: Dumbalar yorib chiqqach, ular qo'l bilan

quyidagicha ushlanadi (142-rasm): bosh barmoqlar qoringa taqalgan oyoqlar ustiga qo'yiladi, ikkala qo'lning qolgan barmoqlari dumg'aza ustida joylashadi.

Akusher qo'llari shunday joylashganda: a) homila oyoqlari barvaqt chiqib qolmaydi; b) tanasi osilib tushmaydi. Homila tanasi tug'ilgan sayin akusher qo'llari jinsiy yoriq tomon surilaveradi va homilaning uzatilgan oyoqlarini qorniga bosh barmoqlar bilan avaylab bosishni davom ettiriladi. Ikkala qo'lning boshqa barmoqlari homilaning orqasi bo'ylab yuqoriga tomon surib boriladi (143-rasm).

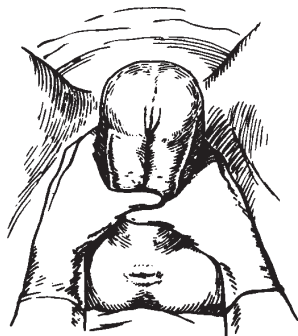
Homilaning yelka kamari chiqmasdan turib oyoqlari chiqib qolmaslikka harakat qilish kerak. Yelka kamari yorib chiqayotganda qo'llar odatda o'zicha tug'iladi. **Homilaning qo'llari o'zicha tug'ilmasa**, quyidagicha oddiy amal bilan tug'diriladi.

Qo'llarning vaziyatini o'zgartirmasdan yelka kamari chanoqdan chiqish teshigining to'g'ri o'lchamiga o'rnatiladi va homila tanasi orqaga buriladi. Ayni vaqtda homilaning oldingi qo'li qov ravog'ining ostidan chiqadi. Keyin homila tanasi oldinga (yuqoriga) ko'tariladi va oraliq ustidan orqadagi qo'li chiqadi. Homilaning orqadagi qo'li bilan bir vaqtda oyoqlari (tovonlari) chiqadi. Shundan so'ng jinsiy yoriq ichkarisida homilaning iyagi va og'zi ko'rinadi. To'lg'oqda homila boshi o'zicha tug'iladi: ayni vaqtda homila tanasini yuqoriga yo'naltirish kerak. Homila boshining chiqishi to'xtalib qolsa, Moriso Levre amali bilan chiqariladi.



142-rasm.

Faqat dumba oldinda yotganda Sovyanov usuli bilan ko'maklashish. Homila tanasini ushlash.

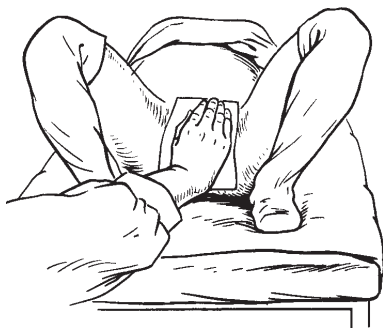


143-rasm.

Faqat dumba oldinda yotganda Sovyanov usuli bilan ko'maklashish. Homila tanasi tug'ilgan sayin qo'llar jinsiy yoriqqa tomon surib boriladi.

HOMILA OYOQLARI OLDINDA YOTGANDA TUG'RUQNI SOVYANOV USULI BO'YICHA BOSHQARISH

Oyoqlar oldinda yotganda tug'ruqning asoratlari va o'lik tug'ish dumbaning oldinda yotishiga qaraganda ko'proq uchraydi. Homila oyoqlari oldinda yotganda tug'ruqning og'irlashuviga sabab shuki, chiqayotgan oyoqlar tug'ruq yo'llarini keng hajmli yelka kamari va boshning chiqishi uchun yetarli darajada kengaytira olmaydi. Shu sababli oyoqlar oldinda yotganda ko'pincha qo'llar qayrilib qoladi, homila boshi yozilib va bachadonning tortishib qisqargan bo'yniga qisilib qoladi.



144-rasm.

Ayol jinsiy aʼzolari steril taglik bilan yopilib qoʻl kafti bilan ushlab turiladi.

Shu maqsadda N.A.Sovyanov bachadon boʻynining teshigi toʻla ochilguncha homila oyoqlarini qinda ushlab turish amalini taklif etdi. Oyoqlarini oldinda yotganini qin orqali tekshirib aniq bilib olingach, tugʻuvchi ayolning tashqi jinsiy aʼzolariga steril taglik yopiladi va vulvaga kaftni qoʻyib, homila oyoqlarining qindan barvaqt chiqib qolishiga yoʻl qoʻyilmaydi (144-rasm).

Homila oyoqlarini ushlab turish bachadon teshigining toʻla ochilishiga yordam beradi, chunki bunda homila goʻyo doʻppayib, dumbasi aralash oldinda yotadi.

Homila dumbalarining tiralishi munosabati bilan oraliqning juda ham doʻppayishi, orqa chiqaruv teshigining ochilishi tez-tez dard tutishi va kontraksion halqaning simfizdan 4 – 5 barmoq enicha yuqorida turishi bachadon boʻyni teshigining toʻla ochilganligini koʻrsatadi, shundan keyin tugʻruq chanoqning oldinda yotishiga xos umumiy qoidalar asosida boshqariladi.

CHANOQ OLDINDA YOTGANDAGI TUGʻRUQDA KLASSIK QOʻL AMALI

Chanoq oldinda yotganda homila qoʻllari va boshini chiqarish maqsadida qilinadigan amallar yigʻindisi klassik qoʻl amali deb ataladi.

Homila dumbalari suqilib kirayotgan va yorib chiqayotgan paytda akusher tugʻuvchi ayol yonida shaylanib va toqat bilan kutib turadi. Homilani oyogʻidan yoki chov bukimidan tortish yaramaydi. Barvaqt tortish natijasida aʼzolarining oʻzaro joylashuvi buziladi. Qoʻllari qayrilib, boshi yozilib qoladi. Homila kindigigacha chiqqach kindigi taranglashgan - taranglashmaganligini tekshirish kerak. Taranglik kamaymasa, kindikni kesib, tugʻruqni tezlatish zarur. Kindik homila oyoqlari orasidan oʻtgan boʻlsa, uni orqadagi dumba orqali avaylab boʻshatish kerak.

Homila dumbalari yorib chiqqach tanasi osilib qolmasligi uchun avaylab ushlab turiladi. Ayni paytda homilani jigariga shikast yetkazmaslik uchun qorin devorini barmoqlar bilan bosish yaramaydi. Homila tanasini ushlab chiqarish uchun oyoqlari sonlaridan ushlanadi. Bosh barmoqlar homila dumgʻazasiga qoʻyiladi, qolgan barmoqlar qoringa tegizilmay sonlarni ushlab turadi (145 - rasm). Homila tanasi chiqib boʻlguncha oyoqlaridan shu tariqa ushlab turiladi. Homilaning tugʻilishi toʻxtalib qolsa, qoʻl bilan koʻmaklashiladi. Qoʻl bilan koʻmaklashish homila qoʻllarini boʻshatishdan boshlanadi; bu amalga esa homila kuraklarining pastki burchaklarigacha tugʻilgandan keyin kirishiladi. Homilaning

orqadagi qo'li hamisha birinchi bo'lib bo'shatiladi, chunki uni qov ravog'i tomondan ko'ra oraliq va dumg'aza tomonidan ushlab osonroq.

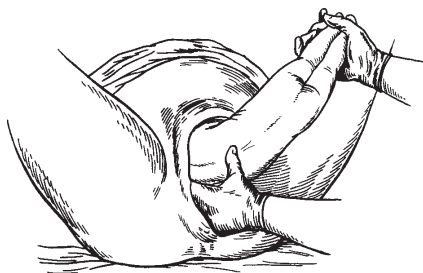
Homila qo'llarini bo'shatish texnikasi.

1. Homilaning har bir qo'li akusherning shu nomli qo'l bilan (o'ng qo'li – o'ng qo'l bilan, chap qo'li – chap qo'l bilan) bo'shatiladi. Buning uchun (vaziyatga qarab) akusher homilaning ikkala oyog'ini boldir tovon bo'g'imidan (vaziyatga qarab o'ng yoki chap qo'l bilan) ushlab qarama-qarshi tomondagi chov bukimga tomon suriladi va tegishli qo'li bilan oraliq ustida joylashgan (orqa) qo'lni chiqarib oladi (146-rasm).

2. Oraliqda joylashgan orqadagi qo'l birinchi bo'lib bo'shatiladi.

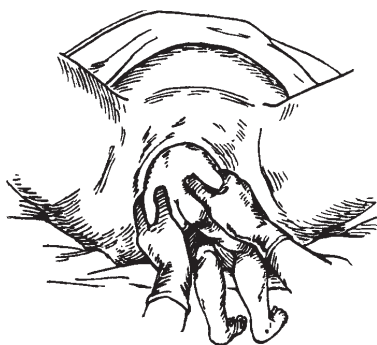
3. Ikkinchi qo'l ham oraliqda bo'shatiladi. Buning uchun tanasi 180° buriladi. Homila tanasi shunday buriladiki, orqasi simfiz ostidan o'tib, onaning ikkinchi soniga buriladi, tanasini burish vaqtida homilani tortish yaramaydi.

Homila tanasi burilgach yana oyoqlaridan ushlab yuqoriga va ikkinchi chov bukimi tomonga suriladi, so'ngra homilaning ikkinchi qo'li xuddi birinchi qo'li kabi bo'shatiladi. Homila qo'llari chiqarilgach boshini bo'shatishga kirishiladi (147-rasm).



146-rasm.

Homilaning orqadagi qo'lni tug'dirish.



145-rasm.

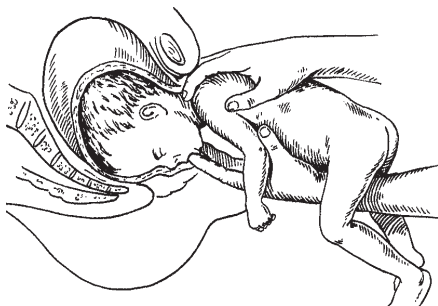
Homila tanasi yelka kuragining pastki burchagigacha tug'ilishi bilan uning dumba qismidan ushlab pastga tortish.



147-rasm.

Homilaning tanasi 180° burilgach, oldingi qo'lni tug'dirish.

Agar homila boshi o'zicha tug'ilmasa, u Moriso-Levre-Lyashapel usuli bo'yicha tug'diriladi. Buning uchun homilaning ikkinchi qo'li qaysi qo'l bilan bo'shatilgan bo'lsa, o'sha qo'l qinga suqiladi. Homila ana shu qo'l ustiga mindiriladi, uning oyoqlari ikki tomonga osilgan bo'ladi. Ichkaridagi qo'l ishora barmog'ining uchi homila og'ziga tiqiladi, shu barmoq boshning bukilishiga va



148-rasm.

Homila boshini Moriso-Levre-Lyashapel usulida tug'dirish.

og'zi, yuzi, so'ngra boshining sochli qismi oraliq ustidan tug'iladi (148-rasm).

Homila boshi bo'shatilayotganda ko'pincha oraliq yirtiladi, chunki yetarlicha kengaymagan tug'ruq yo'llaridan homilaning eng keng hajmli qismini (boshini) tez chiqarishga to'g'ri keladi. Shu sababli homila boshini chiqarishda oraliqning holatiga sinchiklab e'tibor berish va u qattiq taranglashganda yaxshisi perineotomiya yoki epiziotomiya qilish kerak. Takror tug'ayotgan ayollarda homilaning tanasi va boshi birinchi marta tug'ayotgan ayollardagiga nisbatan tezroq tug'iladi. Birinchi marta tug'ayotgan ayollarda, ayniqsa kattaroq yoshda birinchi tug'ayotganlarda qo'l bilan ko'maklashishda ko'proq qiyinchilik tug'iladi.

Tug'ruqni boshqarishda homilador ayolning ahvoli, chanoq o'lchamlari, tug'ruq kuchlari, homilaning taxminiy vazni va boshqa omillarni hisobga olish kerak.

Chanoq oldinda yotganda kesar kesish operatsiyasi quyidagi hollarda qo'llanilishi mumkin: homila vazni 4000 g dan ortiq, chanoq anatomik jihatdan keskin darajada toraygan, klinik tor chanoq, homiladorlik muddatidan oshib ketgan, bachadonda chandiqlar bo'lishi.

Birinchi marta tug'ayotgan ayollarda homila chanog'i oldinda yotishida oraliqni kesish–perineotomiya yoki epiziotomiya qilish maqsadga muvofiq bo'lib, tug'ruqning beshikast o'tishini ta'minlaydi. Chanoq oldinda yotishida homiladorlik va tug'ruqni to'g'ri olib borish perinatal kasallik va o'limni kamaytirishga imkon beradi.

CHANOQ OLDINDA YOTISHINING ORQA TURIDA KO'MAKLASHISH

Chanoq oldinda yotishining orqa turi ayniqsa homila qo'llari va boshini bo'shatishda tug'ruqni jiddiy ravishda og'irlashtirib yuboradi. Tug'ruq jarayonida orqa tur ko'pincha oldingi turga aylanadi. Homila tanasi bo'ylama o'q tevaragida sekin-asta buriladi va orqasi oldinga buriladi. Homila o'zicha burilmasa, orqa

ichki burilishiga yordam beradi. Homila boshi tashqaridagi qo'l yordami bilan tortib olinadi, qo'lning ishora va o'rta barmoqlari kerilib, homila bo'y-niga ayri qilib qo'yiladi, barmoqlarning uchlari o'mrov suyagi va o'mrov osti chuqurchasini bosmasligi kerak. Traksiya harakatlari dastlab orqaga-pastga tomon, homilaning ensa osti chuqurchasi simfiz ostiga tushgach, oldinga-yuqoriga tomon bajariladi. Homila tanasi oldinga yo'naltirilganda

turni oldingi turga sun'iy yo'l bilan aylantirish chorasi ko'riladi. Buning uchun homilaning chiqib qolgan orqa oyog'i qo'l bilan ushlanib, pastga tortiladi va ayni vaqtda orqadagi oyoq oldinga o'tib qoladigan qilib simfizga tomon aylantiriladi (shu payt tanasi ham buriladi). Faqat dumba oldinda yotishining orqa turida yorib chiqayotgan homila tanasi bo'ylama o'q tevaragida orqasi oldinga qaraydigan qilib (vaziyatga qarab o'ngga yoki chapga) avaylab buriladi. Homila tanasining burilishi qiyin bo'lsa, tug'ruq orqa turida boshqariladi.

CHILLA DAVRINING KECHISHI

Tug'gan ayollarda aksariyat hollarda chilla davri normal ravishda o'tadi. Ammo chanoq oldinda yotganda chilladagi kasalliklar boshning oldinda yotishiga nisbatan ko'proq uchraydi. Buning boisi shuki, chanoq oldinda yotganda tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari ko'proq shikastlanadi, qog'onoq suvlari barvaqt ketadi va tug'ruqning boshqa asoratlari ko'proq kuzatiladi.

Boshning oldinda yotishiga nisbatan chanoqning oldinda yotishida homilaning hayoti uchun ko'proq xavf tug'iladi. Buning sababi shuki, chanoq oldinda yotganda homila asfiksiyasi va tug'ruq vaqtida shikastlanishi ko'proq kuzatiladi. Asfiksiya bo'lgan va tug'ruq vaqtida shikastlangan chaqaloqlar yuqumli va boshqa kasalliklarga ko'proq moyil bo'ladi.

Nazorat uchun savollar

1. Homila chanog'ining oldinda joylashuvi tasnifi, diagnostikasi.
2. Homila chanog'ining oldinda joylashuvida tug'ruq biomexanizmi.
3. Homila faqat dumbasi va oyoqlari bilan oldinda joylashganda Sovyanov hamda klassik qo'l amalini qo'llash.

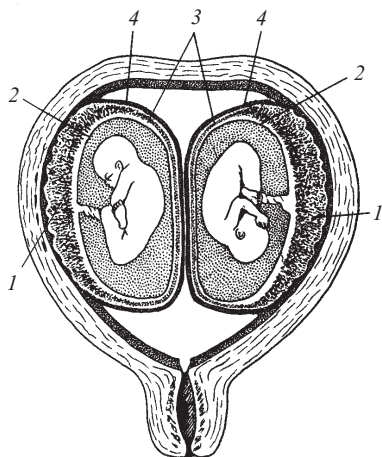
XVI BOB. EGIZ HOMILADORLIK

Bachadonda ikkita yoki undan ortiq homilaning rivojlanishi **egiz homiladorlik** deb ataladi. Egiz homiladorlikdan tug'ilgan bolalarni **egizaklar** deyiladi. Umumiy qabul qilingan Gelin formulasi bo'yicha ko'p homilali homiladorlik quyidagicha uchraydi: qo'sh homila – 80 ta tug'ruqda 1 ta, 3 ta homila – 6000–7000 ta tug'ruqda 1 ta, 4 ta va undan ko'p homilali homiladorlik juda ham kam hollarda uchraydi.

Ko'p homilali homiladorlik ko'proq qayta va ko'p tug'ganlarda kuzatiladi. Bu borada irsiyatning bir qadar ahamiyati bor: onasi yoki otasi yoki onasi ham, otasi ham ikkitadan yoki uchtdan egiz tug'ilgan oilalarda egiz homiladorlik ko'proq uchraydi. Agar tuxumdonda yetilib chiqqan yetuk follikulalarga qaralsa quyidagicha ta'rif etilishi ham mumkin. Bitta tuxumdonda bir vaqtda 2 ta va

undan ortiq follikulalar yetilib chiqishi yoki har ikkita tuxumdonda bir vaqtda bittadan ikkita follikula yetilib chiqishi va ularning spermatozoidlar bilan urug'lanishi oqibatida egiz homiladorlik vujudga keladi.

Ikkita tuxum hujayra urug'lanishidan hosil bo'lgan egizaklar **ikkita tuxumli egizaklar** deb ataladi. Urug'langan bitta tuxum hujayraning atipik ravishda bo'linishi natijasida ham egiz homiladorlik kelib chiqishi mumkin. Ayni vaqtda ikkita (yoki uchta) embrional kurtak hosil bo'ladi, bulardan esa egizaklar rivojlanadi. Bir hujayradan hosil bo'lgan bunday egizaklar **bir tuxumli egizaklar** deb ataladi. Ikkita tuxumli egizaklar bir tuxumli egizaklarga nisbatan ko'proq uchraydi.

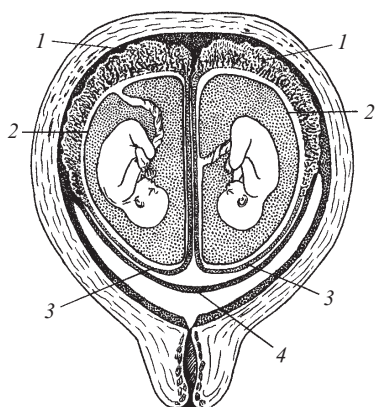


149-rasm. Bachadon shilliq pardasining bir-biridan ancha olis ikki joyiga payvandlangan ikki homila tuxumi. 1–har bir qomilaning o'z plasentasi; 2–amnioni; 3–xorioni; 4–decidua capsularis bor.

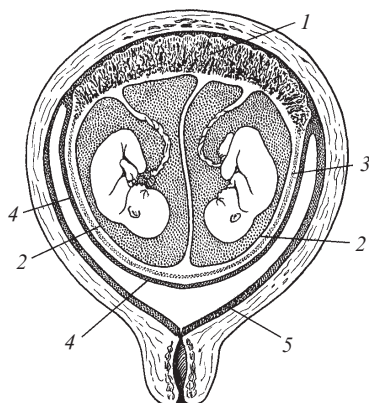
bo'ladi (150-rasm). Pardalarni ko'zdan kechirib, bunga ishonch hosil qilinadi: har bir homila xaltasining o'z amnioni va xorioni bo'ladi. Homilaning ikkala xaltasi to'rtta to'siq pardadan: ikkita amnion, ikkita xoriondan iborat (151-rasm). Bu pardalar bir-biridan osongina ajraladi (152-rasm). Ikkita tuxumli egizaklar bir jinsli (ikkalasi o'g'il yoki ikkalasi qiz) va har xil jinsli (o'g'il va qiz) bo'lishi mumkin.

Bir tuxum hujayrali egizaklar. Bir tuxumli egizaklarning umumiy xorioni va umumiy plasentasi bor, ikkala egizakning plasentasidagi tomirlar ko'pgina anastomozlar orqali o'zaro tutashadi. Har bir egizakning amnioni ko'pincha alohida, homila xaltalari o'rtasida to'siq esa ikkita amniondan iborat (153-rasm). Kamdan-kam hollardagina ikkala egizakning amnioni bitta bo'ladi (monoamnionli egizaklar).

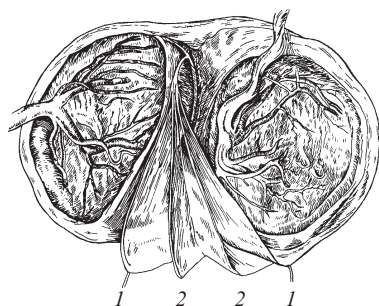
Ikkita tuxumli egizaklar. Urug'langan tuxum hujayralar mustaqil ravishda rivojlanadi. Urug'langan har bir tuxum hujayra bachadon shilliq pardasiga payvandlanib olgach har birining o'z amnioni (qog'onoq pardasi) va xorioni (vorsinkali pardasi) vujudga keladi, keyinchalik egizaklardan har birining o'ziga xos plasentasi va mustaqil tomirlar shaxobchasi hosil bo'ladi. Tuxum hujayralar bir-biridan uzoqroq payvandlangan taqdirda plasentalar butunlay alohida-alohida bo'ladi (149-rasm). Tuxum hujayralar bir-birining yaqiniga payvandlangan taqdirda ikkala plasentaning chetlari bir-biriga tegib yoki juda yaqinlashib turib, guyo yagona (umumiy) plasentani hosil qilganday bo'ladi. Plasentalarning bunday qo'shilishida, yaqin joylashgan plasentalarning har biri mustaqil bo'lib, ayrim tomirlar shaxobchasi mavjud

**150-rasm.**

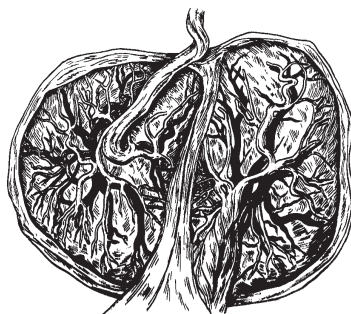
Bir-birining yaqiniga payvandlangan ikki homila tuxumi: 1–plasentalar deyarli tegib turibdi; 2–har bir homilaning o‘z amnioni; 3–xorion; 4–decidua capsularis esa ikkalasi uchun bitta (umumiy).

**151-rasm.**

Bir tuxum hujayradan rivojlangan egizaklar. Plasenta umumiy, har bir homilaning amnioni bor. 1–plasenta; 2–amnion; 3–xorion; 4–decidua capsularis; 5–decidua parietalis.

**152-rasm.**

Ikki tuxum hujrayli egizaklar yo‘ldoshi. Ikkita amnion bo‘shlig‘i o‘rtasidagi to‘siq to‘rtta pardadan: 1–ikkita amnion; 2–ikkita xoriondan iborat.

**153-rasm.**

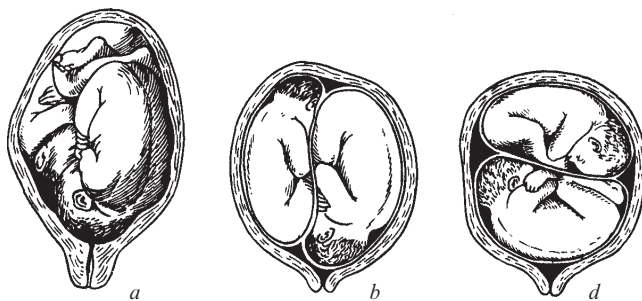
Bir tuxum hujrayli egizaklar yo‘ldoshi. Ikkita amnion bo‘shlig‘i o‘rtasidagi to‘siq ikki parda (ikkita amnion) dan iborat.

Bir tuxumli egizaklar hamisha bir jinsli (ikkalasi o‘g‘il yoki ikkalasi qiz) bo‘lib, bir-biriga o‘xshaydi, qon guruhi ham bir xil bo‘ladi. Egizaklarning ikki tuxumdan yoki bir tuxumdan rivojlanganligini bilishda odatda plasenta (umumiy plasenta, alohida-alohida ikki plasenta yoki bir-biriga tegib turadigan ikkita plasenta) va pardalarni ko‘zdan kechirish ma‘lumotlariga asoslanadi.

Ikki homila pufagi o‘rtasidagi to‘siqni tashkil etuvchi va pardalarni (ikkita yoki to‘rtta) aniqlash hal qiluvchi ahamiyatga egadir.

EGIZ HOMILADORLIKNING KECHISHI

Egiz homiladorlikda ayol organizmi oddiy homiladorlikka nisbatan zoʻr berib ishlaydi: yurak-tomir tizimi, oʻpka, jigar, buyrak va boshqa aʼzolar funksiyasi kuchayadi. Shuning uchun egiz homiladorlik yolgʻiz homiladorlikka qaraganda ogʻirroq oʻtadi. Homilador ayollar koʻpincha: tez charchashdan, ichi qotishidan, halloslashdan, zarda qaynashidan, siydik chiqarish funksiyasi buzilganidan shikoyat qilishadi. Egiz homiladorlikda qusish, soʻlak oqishi, shish kelishi, nefropatiya, eklampsiya kabi gestozlar koʻproq uchraydi, homiladorlikning barvaqt toʻxtashi koʻp kuzatiladi. Qornida ikkita homila rivojlanayotgan ayollarning kamida 25 foizi, uchta homila rivojlanayotgan ayollarning bundan ham koʻprogʻi chala tugʻishi mumkin. Egiz homilador ayollar maslahatxonasida patronaj yoʻli bilan sinchiklab kuzatiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmidan boshlab arterial bosimi muntazam oʻlchanib boriladi, siydigi tekshiriladi, vazni oʻlchanadi, umumiy va akusherlik tekshirish oʻtkaziladi. Homiladorlik asoratlari aniqlansa homilador ayol tugʻruq majmuining homiladorlar patologiyasi boʻlimiga joʻnatiladi. Chala tugʻish koʻproq kuzatilishini hisobga olib, homiladorlarni tugʻruq majmuiga tugʻruqdan 2–3 hafta oldin joʻnatish tavsiya etiladi.



154-rasm.

Egizaklarning bachadonda joylashuvi.

a–ikkala homilaning boshi oldinda joylashuvi; *b*–birinchi homilaning boshi, ikkinchi homilaning chanoq qismi oldinda joylashuvi; *d*–ikkala homilaning koʻndalang joylashuvi.

Egiz homilador ayoldan egizaklar oy-kuni yetib tugʻilsa, koʻpincha toʻgʻri rivojlanadi. Chala tugʻilgan bolalar funksional jihatdan yetilmaydi, egizaklar juda ham chala boʻlsa, yashab ketish ehtimoli kam boʻladi.

Bir tuxumli egizaklarga umumiy plasentadan oziq moddalar bab-baravar kelib turmagani uchun ular baʼzan baravar rivojlanmaydi. Oziq moddalarni yetarli miqdorda olib turmagan homila rivojlanishdan ortda qoladi va homila nobud boʻladi. Yaxshi oʻsayotgan ikkinchi homila nobud boʻlgan homilani aksari qisib qoʻyadi. Tirik egizak tugʻilgach, rosa qisilgan homila («qogʻoz homila») yoʻldosh bilan birga tushadi. Egizaklar bir tuxumdan rivojlanganda bir egizakning qogʻonoq suvi koʻp boʻlib, ikkinchisining toʻgʻri rivojlanishiga toʻsqinlik qilishi mumkin. Goho, qoʻshilib oʻsgan egizaklar tugʻiladi (egizaklar boshi, koʻkragi,

qorni, umurtqasi, chanogʻidan qoʻshilib ketgan boʻlishi mumkin – Siam egizaklari).

Egizaklar bachadon boʻshligʻida aksari (qariyb 90%) boʻylama vaziyatda yotadi. Boʻylama vaziyatda homila aʼzolari oldinda yotishining turli variantlari kuzatiladi: ikkalasining boshi oldinda (154-a rasm), baʼzan birining boshi oldinda, ikkinchisining chanoq tomoni oldinda (154-b rasm) yotadi.

Baʼzan egizaklardan biri uzunasiga, ikkinchisi koʻndalangiga yotadi. Ikkala egizakning koʻndalang yotishi (154-d rasm) kamroq uchraydi.

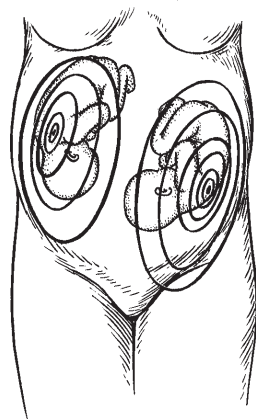
EGIZ HOMILADORLIKNI ANIQLASH

Egiz homiladorlikni dastlabki oylarda aniqlash qiyin. Bunday homiladorlik oxirigi oylarda osonroq aniqlanadi. Egiz homiladorlikda bachadon tez oʻsadi, kattaligi homiladorlik muddatiga mos kelmaydi. Bachadon tubi balandda, qorin hajmi katta boʻladi. Qorin aylanasi homiladorlik oxirida 100 sm va undan ham oshadi. Homilador ayolni bachadoni paypaslab va egizlarni yurak tonlarini eshitib olinadigan maʼlumotlar diagnostika uchun juda muhim ahamiyatga egadir.

Bachadonda uchta yirik qism (ikkita bosh bilan bitta chanoq tomon yoki ikkita chanoq tomon bilan bitta bosh) topilishi, ikki bosh yoki ikki chanoq tomonining ravshan paypaslanishi egizaklar rivojlanayotganligini yaqqol koʻrsatadi.

Bachadonning turli joylarida homilalarning yurak tonlari ravshan eshitiladigan ikki nuqta borligi diagnostika uchun katta ahamiyatga egadir (155-rasm). Agar: shu nuqtalar oʻrtasida yurak tonlari eshitilmaydigan maydon boʻlsa; ikkala nuqtadagi yurak tonlari har xil boʻlsa, egiz homiladorlikka shubha boʻlmaydi. Ikki nuqtada yurak urishi bir xil emasligini aniqlash uchun uni bir yoʻla ikki kishi baravar eshitib va sinab koʻrishi ham mumkin.

Bachadon hajmi katta va tubi balandda turgani holda kichkina boshning paypaslab topilishi ham egiz homiladorlikdan guvohlik beradi. Qorinning turli joylarida homila qimirlashining va qorinning turli joylarida mayda qismlarining topilishi ham egiz homiladorlikdan darak beradi. Egiz homiladorlik belgilari baʼzan yetarli boʻlmay, diagnostika qiyinlashadi. Bunday hollarda ultratovush diagnostika usulini tadbqiq etish mumkin, bu usul egizaklar sonini va bachadondagi vaziyatni ravshan koʻrsatib beradi.



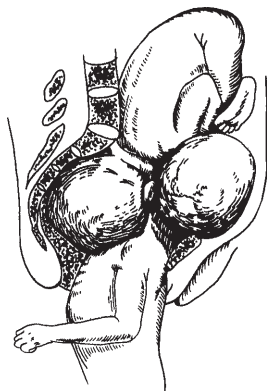
155-rasm.

Egizaklar rivojlanganda homilaning yurak urishi ravshan eshitiladigan ikki nuqta.

EGIZ HOMILADORLIKDA TUG‘RUQNING KECHISHI

Egiz homiladorlikda tug‘ruq normal o‘tishi mumkin. Bunda bachadon bo‘yni ochilib, birinchi homila pufagi yoriladi va birinchi homila tug‘iladi. Birinchi homila tug‘ilgach, dard va to‘lg‘oq tutishi 15 daqiqadan 0,5–1 soatgacha to‘xtab, pauzadan keyin boshlanadi. Ayni vaqtda bachadon o‘zini kichraygan hajmiga moslashadi. So‘ngra dard va to‘lg‘oq tutishi yana boshlanadi, ikkinchi homila pufagi yoriladi va ikkinchi homila tug‘iladi. Ikkinchi homila tug‘ilgach ikkala yo‘ldosh bachadon devorlaridan ko‘chib, tug‘ruq yo‘llaridan bir vaqtda tushadi.

Ammo tug‘ruq hamisha ham shunday oson o‘tavermaydi, ko‘pincha og‘ir kechishi ham mumkin. Ba‘zan bachadonning o‘ta cho‘zilgan muskullari zo‘r berib qisqara olmasligi sababli tug‘ruq kuchlari ko‘pincha susayib qoladi, shu bois dard tutishi kamayadi. Bachadon bo‘ynining ochilish davri cho‘zilib ketadi. Aksari homilaning tug‘ilish davri ham cho‘zilib ketadi. Birinchi homila tug‘ilgach bir vaqtda plasenta ham ko‘chishi mumkin. Ayni paytda ko‘p qon ketib, homilada asfiksiya ro‘y beradi.



156-rasm.
Egizlarning tirkashib
qolishi.

Ikkinchi homilaning pufagi ko‘pincha kechikib yoriladi. Bunday hollarda homila pufagi sun‘iy yo‘l bilan yirtiladi. Birinchi homila tug‘ilgach ikkinchi homila ko‘ndalang yotishi mumkin, bunday homila tug‘ila olmaydi.

Egizlarning tirkashib qolishi tug‘ruqning g‘oyatda xavfli asorati bo‘lib, kamdan-kam uchraydi. Chanoq og‘zining ustida egizlarning bosh sohasidan tirkashib qolishi (156-rasm) tipik variant hisoblanadi, tirkalishlarning boshqa variantlari ham uchrashi mumkin. Egizlar tirkashib qolganda akusherlik operatsiyalarini qilishga to‘g‘ri keladi.

Chilla davrida ko‘pincha qon ketadi (plasentaning to‘la ko‘chmaganligi yoki ko‘chgan plasentaning bachadonda ushlanib qolganligi qon ketishiga sabab bo‘ladi).

Bachadonning qisqaruvchanligi susayganda ham tug‘ruqdan keyingi dastlabki soatlarda qon ketishi mumkin. Chilla davrida bachadon involutsiyasi ko‘pincha sekinlashganligi qayd qilinadi.

EGIZ HOMILADORLIKDA TUG‘RUQNI BOSHQARISH

Egiz homiladorlikda tug‘ruq ko‘pincha asoratli o‘tganligi uchun u fiziologik va patologik tug‘ruq chegarasi deb hisoblanadi. Egiz homiladorlikda akusher ko‘magi, operatsiyalari va dori moddalarini ko‘proq qo‘llashga to‘g‘ri keladi. Shu sababli bunday tug‘ruqlar vrach ishtirokida boshqarilishi kerak.

Tugʻruqni boshqarishda ona va egizaklar ahvolini, tugʻruq dinamikasini sinchiklab kuzatish, tugʻuvchi ayolga oʻz vaqtida toʻyimli va yengil hazm boʻladigan ovqat berib turish, qovuq va ichak funksiyasidan ogoh boʻlish, tashqi jinsiy aʼzolarni muntazam tozalab turish zarur. Dard tutishi sust boʻlsa, uni dorilar yordamida kuchaytirishga toʻgʻri keladi.

Bachadon boʻyni ochiladigan davrda boshqa choralarga odatda ehtiyoj qolmaydi. Faqat egiz homiladorlikda homila pufagini (bachadon boʻynining 2–3 barmoq enicha ochilganda) sunʼiy yoʻl bilan yirtishga toʻgʻri keladi.

Ortiqcha qogʻonoq suvi chiqib ketgach bachadonning haddan tashqari tarangligi barham topib, qisqaruvchanligi yaxshilanadi. Qogʻonoq suvinin tez ketishi natijasida homila kindigining va qoʻlining chiqib qolishi plasentaning barvaqt koʻchishi kabi noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin. Shuni nazarda tutib, qogʻonoq suvi sekin chiqariladi. Shuning uchun qogʻonoq pufagi chetidan yirtiladi. Qoʻlni qinga qoʻyib qogʻonoq suvi sekin-asta chiqariladi.

Homila tugʻiladigan davr ham tabiiy holga qoʻyib beriladi. Toʻlgʻoq tutishi susayganda uni kuchaytiradigan dorilar qoʻllaniladi, homila asfiksiyasining oldi olinadi. Birinchi homila tugʻilgach tashqi tekshirish oʻtkaziladi, ikkinchi homilaning vaziyati va yurak tonlari eshitib turiladi. 20–30 daqiqa mobaynida ikkinchi homila tugʻilmasa uning homila pufagi yirtiladi va tugʻruqning oʻtishi tabiiy holiga qoʻyib beriladi. Ikkinchi homila koʻndalang yotgan boʻlsa, oyogʻiga burilib, tugʻruq yoʻllaridan tortib olinadi. Homila asfiksiyasida yoki tugʻruq yoʻllaridan qon kelgan taqdirda homila boshi chanoq boʻshligʻida yoki chiqish teshigida turgan boʻlsa, akusherlik qisqichini solib tugʻruq tugallanadi.

Tugʻruqni III davrida ayolning ahvoliga va u yoʻqotayotgan qon miqdoriga eʼtibor berish kerak. Yoʻldosh tushish davrining boshlarida koʻp qon ketishining oldini olish maqsadida tugʻuvchi ayolning muskullari orasiga 1 ml pituitrin yuboriladi. Qon ketsa – darhol bachadondan yoʻldoshni tushirish chora-tadbirlari koʻriladi. Yoʻldoshning koʻchish belgilari boʻlsa, tashqi amallar bilan chiqariladi. Yoʻldosh koʻchmagan boʻlsa va anchagina qon ketayotgan boʻlsa, uni bachadon boʻshligʻiga qoʻl suqib koʻchiriladi va olinadi. Tushgan yoʻldoshlarning butunligiga ishonish uchun va egizaklarning bir yoki ikki tuxumdan rivojlanganini bilish uchun sinchiklab koʻzdan kechiriladi.

Tugʻruqdan keyingi dastlabki soatlarda ayolning ahvoliga, bachadonning qisqarishiga va jinsiy yoʻllardan kelayotgan qon miqdoriga diqqat bilan qarab turiladi. Bachadon sust qisqarayotgan boʻlsa, bachadonni qisqartiruvchi preparatlar yuboriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Egiz homiladorlik sabablari, diagnostikasi.
2. Egiz homiladorlikda homiladorlik va tugʻruqning kechishi.
3. Egiz homiladorlikda ona va bola uchun yuz berishi mumkin boʻlgan asoratlar.
4. Egiz homiladorlikda tugʻruqni boshqarish.

III QISM. PATOLOGIK AKUSHERLIK

XVII BOB. HOMILADORLIK GESTOZLARI

Ayol organizmida homila tuxumining rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan, homiladorlik tugashi bilan o'tib ketadigan patologik jarayonlar homiladorlik gestozlari deyiladi. Gestozlar homiladorlik vaqtida ro'y beradi va odatda homiladorlik tamom bo'lishi bilan o'tib ketadi. Tug'ruq (yoki abort) dan keyin gestozlarning barcha belgilari odatda butunlay yo'qoladi; shu kasalliklarning uzoq davom etuvchi og'ir shakllaridan keyin ayrim asoratlari kuzatiladi.

Ayrim olimlar gestozlarning kelib chiqishini organizmning zaharli (toksinli) moddalardan zaharlanishi bilan izohlashga urinib ko'rishdi. Shu zaharli moddalarning paydo bo'lishi haqida har xil fikrlar bayon qilindi. Ba'zi mualliflar zaharli moddalar homilador ayol organizmida moddalarning noto'g'ri almashinuvi natijasida hosil bo'ladi deb hisoblashsa, boshqa mualliflar zaharli moddalar plasentada paydo bo'ladi degan fikrni bildiradilar. Ular zaharli moddalar plasentaning noto'g'ri ishlashi natijasida yoki homilador ayol qoniga xorion elementlari kirib parchalanishidan hosil bo'ladi deb faraz qilishadi. Nihoyat, bachadondagi homilada modda almashinuv tashlandiqlari o'z vaqtida zararsizlantirilmasa va ona organizmidan chiqib ketmasa, homilador ayol qoniga o'tib, zaharli ta'sir ko'rsatadi, degan fikr ilgari surildi.

Lekin zaharli moddalarni gestoz bo'lgan bemorlar organizmidan ajratib olish yo'lidagi ko'p urinishlar natija bermadi. Shunday bo'lgach, gestozlarning kelib chiqishini organizmning zaharlanishi bilan tushuntiradigan nazariyalar yetarli asosga ega emas. Homiladorlik gestoqlarini ayol organizmiga homila tuxumidan (homila va plasentadan) o'tadigan yot oqsillarga sezgirlik ortishi bilan tushuntirilgan nazariya diqqatga sazovordir.

Ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi ham homiladorlik gestoqlariga sabab bo'ladi deb faraz qilinadi. Ammo gestoqlarda gormonlar muvozanatining o'zgarishi gestoqlarning sababi emas, balki oqibati bo'lsa kerak.

Homiladorlik gestoqlarining kelib chiqishi ko'p jihatdan ayol asab tizimining funksional xususiyatlariga bog'liq. Homiladorlik ayol organizmiga yangi, ortiqroq talablar qo'yadi. Shu munosabat bilan homiladorlikda deyarli barcha a'zo va tizimlar funksiyasi o'zgaradi, modda almashinuvida kattagina o'zgarishlar ro'y beradi. Bu o'zgarishlar moslanish tariqasidagi fiziologik o'zgarishlar bo'lib, homiladorlikning eson-omon o'tishiga va homilaning rivojlanishiga yordam beradi. Hozirgina ko'rsatilgan o'zgarishlarning hammasi asab tizimining nazorati ostida kelib chiqadi va avj oladi. Ayolning asab tizimida o'zgarishlar mavjud bo'lsa, moslanish tarzidagi fiziologik reaksiyalar to'g'ri rivojlanmaydi. Bir qancha a'zo va tizimlar faoliyatidagi o'zgarishlar patologik tus oladi; moddalar

almashinuvi buziladi, homilador ayol organizmining tashqi va ichki muhitdan keluvchi ta'sirotlarga javob reaksiyasi o'zgaradi. Mana shu o'zgarishlarning hammasi gestozlar paydo bo'lishiga olib keladi. Ilgari boshdan kechirilgan og'ir kasalliklar, noto'g'ri ovqatlanish, gigiyenik rejimning buzilishi, haddan tashqari charchash va ayol organizmining chidamini kamaytirib qo'yadigan boshqa omillar asab tizimi funksiyalarining o'zgarib ketishiga, demak gestozlar kelib chiqishiga ham sabab bo'ladi. Gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, buyrak, jigar, ichki sekretsiya bezlari kasalliklari (diabet, tireotoksikoz va boshqalar) va boshqa a'zo hamda tizimlarning kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda kechki gestozlar ko'proq paydo bo'ladi va og'irroq o'tadi.

Boshqa kasalliklar natijasida paydo bo'lgan gestozlar «qo'shilgan» gestozlar deb ataladi.

Homiladorlik gestozlarining tasnifi. Homiladorlik gestozlarining quyidagi turlari tafovut qilinadi.

1. Homiladorlikning ilk gestozlari: homiladorlarning qusishi, so'lak oqishi. Ilk gestozlarda asosan ovqat hazm qilish tizimida o'zgarishlar kuzatiladi.

2. Homiladorlikning kechki gestozlari: homiladorlar istisqosi, nefropatiya, preeklampsiya, eklampsiya. Kechki gestozlarda qon tomirlarda degenerativ o'zgarishlar bo'ladi.

3. Homiladorlik gestozlarining kam uchraydigan turlari: homiladorlarning sariq kasalligi, dermatozlar, tetaniya, bronxial astma, osteomalyatsiya, xoreya kabilar.

HOMILADORLIKNING ILK GESTOZLARI

HOMILADORLARNING QUSISHI VA TIYILMAYDIGAN QUSISHI

Homiladorlarning qusishi (emesis gravidarum). Ko'p ayollar, ayniqsa birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollar homiladorlikning dastlabki oylarida ertalab ko'ngli aynib, qusadi. Ular har kuni qusmaydi va bu uning sog'lig'iga ta'sir qilmaydi. Bunday qusish gestoz emas.

Homiladorlarning faqat ertalab emas, balki kuniga bir necha marta, hatto ovqat yemasdan ham qusishi gestozga aloqador. Ayol qusgan vaqtda ko'ngli ayniydi, aksari ishtahasi yo'qoladi, achchiq va sho'r ovqatlarni ko'ngli tusaydi. Ayol qusishiga qaramay ovqatning bir qismi organizmda qoladi va homilador ayol vazni aytarli kamaymaydi. Homilador ayol darmoni quriyotganini, jirtaki, uyquchan, ba'zan esa uyqusiz bo'lib qolganini aytadi. Uning umumiy ahvoli qoniqarli, harorati normal bo'lib; pulsi bir qadar tezlashishi (tomiri bir daqiqada 90 martaga qadar urishi) mumkin. Homiladorlarning qusishi dastlabki 2–3 oyda kuzatiladi, dori-darmon natijasida yoki o'z-o'zidan yo'qolib ketadi.

Homiladorlik qusishlarning uch darajasi tafovut qilinadi:

1. Yengil shakli.
2. O'rta og'irlikdagi qusish.
3. Tiylmaydigan qusish – og'ir shakli.

Bularning barchasi yagona rivojlanuvchi patologik jarayonning turli darajalari hisoblanadi va ular birinchi darajada tugallanishi yoki og'irlashuvi mumkin. Qusishning yengil shakli asab tizimida funksional o'zgarishlar (nevroz fazasi) bilan, o'rtacha og'irlikdagi shakli – intoksikatsiya (toksikoz fazasi), og'ir shakli esa – distrofik (distrofiya fazasi) jarayonlar bilan xarakterlanadi.

Homiladorlik qusishining yengil shakli. Qusishning bu shaklida asosan asab tizimida funksional o'zgarishlar kuzatiladi. Miyaning po'stloq qavati asab faoliyati pasayishi, po'stloq osti markazi qo'zg'aluvchanligining oshishi, vegetativ asab tizimi funksiyasining buzilishi va modda almashinuvining barcha sohalaridagi o'zgarishlar shular jumlasidandir. Kasallikning asosiy belgisi qusish. Qusish ko'ngil aynish, ishtahaning pasayishi, ba'zan achchiq va sho'r narsalarga ko'ngil ketishi kabi holatlar bilan birga kechadi. Bir kunda 2–4 martagacha ko'pincha ovqat yegandan keyin qusish takrorlanadi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati ko'tarilmaydi, pulsi 1 daqiqada 90 marta, arterial qon bosimi normal holatda bo'ladi. Qonda va siydikda o'zgarishlar bo'lmaydi. Ba'zan darmonsizlik, uyquchanlik, kayfiyatning pastligi kuzatiladi. Qusish davolanganda yengil o'tib ketadi, ba'zan o'z-o'zidan yaxshi bo'lib ketadi. 10–15% homilador ayollarda qusish kuchayib, keyingi bosqichga o'tishi mumkin.

Qusishning o'rta og'irlikdagi shakli. Gestozning bu fazasida asab tizimidagi o'zgarishlar kuchayadi, vegetativ asab tizimida buzilishlar o'sadi, uglevodlar va yog'lar almashinuvi buzilib, ketoasidoz holati sodir bo'ladi.

Gestozning bu fazasida ichki sekretsia bezlari faoliyatida katta o'zgarishlar bo'ladi. Klinik manzarasi qusishning tezlashuvi (bir sutkada 10 marotaba va undan ham ko'proq) bilan xarakterlanadi va ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lmaydi. Homilador ayolning vazni kamayadi, oriqlab ketadi. Tana harorati subfibril (37,5^o gacha), puls o'zgaruvchan, taxikardiya 95–100 martaba 1 daqiqada, terisi quruq, darmonsizlik va befarqlik kuzatilishi mumkin. Siydik ajralishi kamayib, ko'pincha siydikda aseton chiqadi. Tili karashlanib, ichi qotadi. Qonda unchalik o'zgarishlar bo'lmasa-da, eritrositlar va gemoglobin pasayishi mumkin.

Bemorni shifoxona (tug'ruq majmui) sharoitida o'z vaqtida to'g'ri davolansa tezda sog'ayib ketadi. Ba'zan qaytalanishi va qaytadan davolash kursini o'tkazishga to'g'ri keladi. Kam hollarda o'rtacha og'irlikdagi qusish tiylmaydigan qusishga o'tishi mumkin.

Homiladorlarning tiylmaydigan (haddan tashqari) qusishi (hyperemosis gravidarum) og'ir kasallik hisoblanadi. Tez-tez qusishga organizmdagi eng muhim funksiyalarning buzilganidan darak beruvchi boshqa belgilar ham qo'shiladi.

Ayol bir sutkada 20 marta va undan ortiq qusadi; kunduzi ham, kechasi ham qusaveradi. Yegan ovqati emas, organizmdagi suv ham chiqib ketadi. Ayolning

ovqatdan ko'ngli qoladi. Qusish ustiga ko'pincha so'lagi ham oqadi. Ayolning tana vazni kamayadi. Kasallik uzoq davom etganda ayol juda ozib ketadi, teri ostidagi yog' qatlami yo'qoladi. Terisi quruq va ilvillagan, tilini karash bosgan bo'lib, og'zidan qo'lansa hid keladi.

Tana harorati subfebril bo'ladi, pulsi tezlashadi (tomiri bir daqiqada 100–120 martacha uradi), arterial bosimi pasayadi, siydikda aseton va oqsil paydo bo'ladi. Bemorning tinkasi qurib, tiniqib uxlay olmaydi, behalovat yoki beparvo (apatiya) bo'lib qoladi. Kasallik ayniqsa og'ir o'tganda harorat ko'tarilib, badan sarg'ayadi, puls juda ham tezlashib, aritmiya qayd qilinadi; bemor alahlashi mumkin. Qusishi tiyilmayotgan bemorni o'z vaqtida davolash zarur. Bemor davolanmasa, organizmda og'ir distrofik o'zgarishlar ro'y berib, u o'lib qolishi mumkin.

Homiladorlarning qusishini va tiyilmaydigan qusishini davolash. Bemor statsionarga yotqizilib, ruhan va jismonan to'liq orom olishi uchun sharoit yaratiladi. Homilador ayolni kasalxonaga yotqizib, hatto davo qilinmaganda ham umumiy ahvoli, ko'pincha yaxshilanib ketadi.

Bemorni yaxshi parvarish qilish, tinch qo'yish, uzoq uxlatish, qusishning aksari nom-nishonsiz o'tib ketishiga va homiladorlikning to'g'ri rivojlanishiga ayolni chin dildan ishontirishning ahamiyati katta.

Bemorga yengil hazm bo'ladigan ovqatlar (suxari, pyure, choy, kofe, kompot, yog'siz go'sht, baliq, tuxum, sariyog') uning istagiga qarab buyuriladi. Bemor ovqatni yotgan holida, bot-bot, oz-ozdan yeb turadi; ba'zan sovuq ovqat yaxshiroq singadi.

Agar ovqat singmasa, venaga glukoza (40% li eritmasi 30–50 ml) yuboriladi yoki tomchili huqna qilib yuboriladigan fiziologik eritmaga glukoza qo'shiladi. Glukoza bilan fiziologik eritmadan qilinadigan tomchili huqnalar (1 / fiziologik eritmaga 40% li glukoza eritmasidan 100 ml qo'shiladi) keng qo'llaniladi, ular organizmni suvsizlanishdan saqlaydi va oziq moddalarning yetib borishiga yordam beradi. Tomchili huqnalar yo'li bilan kuniga 1, 5–2 / fiziologik eritmaga glukoza qo'shib yuboriladi.

Tomchili huqnaga bulyon, sut, tuxum, tolqon qo'shsa bo'ladi. Eritma bir daqiqada 60–80 tomchi (soatiga 200–300 ml) tezlik bilan kiritiladi. Ayolning ahvoli hademay yaxshilanadi va uni odatdagicha ovqatlantirish mumkin bo'lib qoladi.

Glukozaga qo'shib venaga vitaminlar (avvalo C va B₁) yuboriladi yoki ichiriladi. Bemor qattiq qusayotgan bo'lsa, dorilar bilan davolashga to'g'ri keladi. Bromidlar ko'rinishidagi mikrohuqnalar (4% li natriy bromid eritmasidan kuniga bir mahal 50 ml) muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda.

N.V.Kobozeva bromni kofein bilan birga ishlatishni taklif etdi. Har kuni 10 ml dan venaga natriy bromidning 10% li eritmasi; teri ostiga 10% li kofein eritmasini kuniga ikki mahal 1 mldan yuboriladi; davolash 10–15 kun davom etadi.

Fiziologik uyquini uzaytirish uchun amital-natriy (barbamil) kuniga 2 mahal 0,1–0,15 g dan ichiriladi; davolash 7–10 kun davom etadi. Bemor qattiq

qusayotgan bo'lsa, barbamildan mikrohuqna qilinadi (30–40 ml fiziologik eritmaga 0,15–0,2 g barbamil qo'shiladi). Uyquni uzaytirish uchun luminal ichirish mumkin.

Kalsiy xlorid yaxshi naf beradi (10% li eritmasidan 10 ml olib venaga yuboriladi yoki 10% li eritmasidan 1 osh qoshiq olib 1/4 stakan suv yoki sut bilan huqna qilinadi). Oz-oz (100–150 ml)dan qon quyish yaxshi foyda beradi.

Homiladorlarning qusishiga davo qilish uchun aminazin tabletkasi yoki kapsulasi ichiriladi (kuniga 2–3 mahal, 0,025 g aminazin, 0,5 g glukoza) yoki uning 2,5% li eritmasidan 1 ml ni glukoza bilan qo'shib, sutkasiga 1 marta venaga, yo bo'lmasa novokain eritmasi bilan qo'shib, muskullar orasiga yuboriladi, novokain ham odatda qusishning to'xtashiga yordam beradi. Qusishning to'xtashiga yordam qiladigan boshqa preparatlar (droperidol va boshqalar) ham bor.

To'g'ri davolanilsa natija yaxshi bo'ladi. Agar dori-darmonlar foyda bermasa homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

SO'LAK OQISHI

So'lak oqishi (ptyalismus) ko'pincha homiladorlarning qusishida va tiyilmaydigan qusishida kuzatiladi, ammo mustaqil gestoz holida ham yuzaga chiqadi. Kuniga 1 / gacha so'lak ajralishi mumkin.

O'rtacha miqdorda so'lak oqishi homilador ayolning sog'lig'iga ta'sir qilmaydi: bu gestozning sezilarli shaklida bemor kayfiyati yomonlashib, uyqusiz bo'lib qoladi, tana vazni kamayadi. Ammo so'lak oqishi munosabati bilan organizmda og'ir o'zgarishlar yuz bermaydi va homiladorlikni to'xtatishga ehtiyoj qolmaydi.

Homiladorlarning qusishiga qanday davo qilinsa, so'lak oqishiga ham xuddi shunday davo qilinadi: bemor tinch qo'yiladi, bromidlar, uxlatadigan dorilar beriladi, ovqat bot-bot, oz-ozdan yediriladi, venaga glukoza yuboriladi yoki tomchili huqna qilinadi. So'lak ko'p oqqanda oz-ozdan (0,0005 dan kuniga 2 mahal) atropin beriladi. Og'iz burchaklari, lablar zararlangan bo'lsa vazelin, brilliant ko'ki surtiladi.

Ko'pchilik olimlar bemorlarga o'z so'lagini to'xtovsiz yutib turishni tavsiya etadilar. Reflektor yo'l bilan so'lak oqishini to'xtatishga sabab bo'ladi. Ba'zan splenin 2,0 dan teri ostiga yoki muskul orasiga inyeksiya qilinadi.

HOMILADORLIKNING KECHKI GESTOZLARI

Homiladorlikning kechki gestozlariga (toksikozlariga) shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiya kiradi. Ba'zi olimlar boshqa simptomlari bo'lmagan arterial gipertenziya holatini ham kechki gestozlar

qatoriga kiritadi. Lekin arterial gipertenziya holati ko‘pincha homiladorlik paytida qaytalangan xafaqonlik kasali va surunkali nefritning belgisi sifatida namoyon bo‘lishi mumkin. Shu nuqtai nazardan arterial gipertenziya holatini kechki gestozlarning bir simptomli shakli deb baholash qiyin.

Kechki gestozlar akusherlik amaliyotida o‘rtacha 1–2,7% homilador ayollarda uchraydi. Uning og‘ir shakllaridan bo‘lgan va akusherlikda tez hamda shoshilinch yordam ko‘rsatishni talab qiluvchi va aksariyat hollarda (50% gacha) onalar o‘limi bilan tugashi mumkin bo‘lgan eklampsiya holati hayotda 0,1% gacha uchraydi. Kechki gestozlarda asosan qon tomirlar tizimida distrofin o‘zgarishlar sodir bo‘lib, ularning elastikligi yo‘qoladi, sinuvchan bo‘lib qoladi.

HOMILADORLAR ISTISQOSI (SHISHI)

Homiladorlikning keyingi oylarida ko‘pincha oyoq panjalari va boldirlar biroz salqib va shishib, dam olganda (oyoqni uzatib yotganda) o‘tib ketadi. Bunday holat hali toksikoz emas.

Homiladorlar istisqosi shishi (hydrops gravidarum) ayol bachadonida (oyoq-qo‘l, qorin sohasi) paydo bo‘lgan shishning qaytmasligi bilan ta‘riflanadi. Kasallik homiladorlikning ikkinchi yarmida, tug‘ruqqa yaqin boshlanadi. Oyoq panjalari va boldirlar avvaliga biroz salqib, keyin rosmansa shishadi; istisqo yana avj olganda son, tashqi jinsiy a‘zolar shishadi. Kasallik og‘ir o‘tganda shish tanaga va yuzga tarqaladi.

Organizmدا suyuqlik ushlanib qolishi sababli homilador ayolning vazni tez oshib boradi. Homiladorlik normal o‘tganda uning ikkinchi yarmida tana vazni haftasiga 250–300 g dan oshib boradi, istisqoda esa tana vazni haftasiga 500–700 g dan va undan ham ko‘proq oshadi. Ba‘zan oyoqlar salqigani sababli yashirin shish borligi vaznni ancha oshiradi. Bunday hollarda istisqo homilador ayolni muntazam tortib turish yo‘li bilangina aniqlanadi.

Homiladorlar istisqosida to‘qimalarda, asosan teri osti kletchatkasida suyuqlik to‘planadi; odatda seroz bo‘shliqlar (qorin bo‘shlig‘i, plevra bo‘shlig‘i va boshqalar)da suyuqlik to‘planmaydi.

Suyuqlik to‘planishi suv-tuz almashinuvining buzilishi va kapillarlar o‘tkazuvchanligining ortishi bilan bog‘liq bo‘ladi. O‘tkazuvchanligi oshgan tomirlardan chiqqan suyuqlik va tuzlar to‘qimalarda ushlanib qoladi.

Homiladorlik istisqosi tasnifi:

I darajali shish – shish faqat oyoqda (to‘piq, panjalar, boldir va sonda) bo‘ladi;
 II darajali shish – shish oyoqlarda va qorinning oldingi devorida kuzatiladi;
 III darajali shish – shish oyoqlar, qorinning oldingi devori va yuzga tarqalgan bo‘ladi;

IV darajali shish – butun tananing shishi ko‘zga tashlanadi.

Klinikasi. Homiladorlar istisqosida yurak, jigar, buyrak va boshqa aʼzolar oʻzgarmaydi. Arterial bosim normal boʻladi, siydikda oqsil paydo boʻlmaydi. Shish koʻpayganda siydik kam ajraydi. Homilador ayolning umumiy ahvoli oʻzgarmaydi; shish koʻpaygandagina ayol ogʻirlik va charchash sezayotganini aytadi.

Homiladorlar istisqosi uzoq davom etadi, shish goh kamayib, goh koʻpayib turadi. Odatda bemor yotib, tegishli parhez qilganda shish tez yoʻqoladi, lekin ayol odatdagicha hayot kechira boshlashi bilan yana shish paydo boʻlishi mumkin. Shish baʼzan tugʻruqqacha oʻz-oʻzidan yoʻqolib ketadi. Aksari homiladorlar tugʻgandan keyin istisqo nom-nishonsiz yoʻqoladi.

Homilador ayol toʻgʻri rejimga amal qilmasa, istisqo toksikozning navbatdagi ogʻirroq bosqichiga, yaʼni homiladorlik nefropatiyasiga aylanishi mumkin.

Diagnostikasi. Homiladorlik shishlarini aniqlash uchun qoʻl barmoqlari bilan boldir terisi bosib koʻriladi. Shish boʻlsa odatda bosgan barmoq izlari chuqurcha boʻlib birmuncha vaqt turib qoladi, shish boʻlmasa chuqurcha darhol oʻz holiga qaytadi.

Koʻpincha homila yurak tonlarini stetoskop orqali eshitganda ham, stetoskop oʻrnida chuqur iz qoladi, bu homiladorlik shishlarining II darajaga oʻtganligidan dalolat beradi. Yuqorida qayd etilgan homilador ayol vaznining har haftada oʻlchab turilishi va uning odatdagidan ortishi istisqo belgisi hisoblanadi.

Istisqoning yashirin davrini aniqlash homiladorlik shishlari diagnostikasi uchun eng qulay va ishonchli usuldir.

Buning uchun ayollar maslahatxonalarida “Nikoh uzugi” sinamasi oʻtkazilishi maqsadga muvofiqdir. Yaʼni maslahatxonaga birinchi bor kelgan homilador ayol barmogʻiga uzuklar tizmasidan kiydirilib koʻriladi va raqami homiladorlik kartasiga yozib qoʻyiladi. Keyinchalik har safar kelganda shu raqamli uzuk taqib koʻriladi, agarda uzuk barmoqqa mos kelmasa yashirin shish borligidan dalolat beradi.

Mak Klyur-Oldrich sinamasi. Homilador ayol bilagining old yuzasi terisi ichiga 0,1 ml distillangan suv yuborilib, pufakcha hosil qilinadi. Odatda ayolda yashirin shish boʻlmasa hosil boʻlgan pufakcha tezda soʻrilib ketadi. Agarda yashirin shish boʻlsa, pufakcha 0,5–1 soatlar ichida asta-sekinlik bilan soʻriladi. Buni *pufakcha sinamasi* ham deyiladi.

Davolash. Homiladorlar istisqosining oldini olishning eng yaxshi yoʻli – homiladorlik gigiyenasiga rioya qilish, toʻgʻri ovqatlanish, normal hayot kechirishdir. Istisqoni oʻz vaqtida aniqlamoq uchun homilador ayolni muntazam kuzatib turish zarur; homiladorlarni har haftada tortib turishning ahamiyati katta.

Homiladorlar istisqosining davosi suyuqlik va tuzlarni kamroq isteʼmol qilishdan iborat. Bemorga tuzsiz ovqat buyuriladi, kuniga isteʼmol qilinadigan suyuqlik cheklanib, 3–4 stakanga tushiriladi. Vitaminlarga boy uglevodli ovqatlar koʻproq tavsiya etiladi, goʻsht oʻrniga vaqtincha tvorog, kefir isteʼmol qilib turiladi. Shish qaytgandan keyin ozroq qaynatilgan goʻsht yeyishga ruxsat etiladi.

Shish ko'paysa yoki oz bo'lsa-yu uzoq tursa, homilador ayol statsionarga (kasalxonaga) yotqizilib davolanadi.

Shish ko'p bo'lganda bemorni yotqizib qo'yib davolanish, tuzsiz ovqat buyuriladi va shish qaytguncha suyuqliq ichish qat'iyon cheklanadi. Shishni kamaytirish maqsadida ammoniy xlorid (poroshogi 0,2–0,3 g dan), gipotiazid va boshqa diuretik dorilar buyuriladi.

GESTOZLARDA HOMILADORLARNI TUG'DIRISH

Gestozlarning og'ir shakllarida, eklampsiya, preeklampsiya va nefropatiyaning III darajasida homiladorlarni tug'dirish davolashning ko'pincha asosiy usullaridan hisoblanadi.

Bemorlarni tug'dirish dastlab oldindan tug'ruqqa tayyorlash, intensiv davolash chora-tadbirlari o'tkazilgandan keyin amalga oshiriladi. Bu jarayon bir necha soatdan bir yoki bir necha sutkagacha cho'zilishi mumkin. Agarda eklampsiyaning yuqorida qayd etilgan asoratlari ko'zga tashlansa yoki uning xavfi paydo bo'lsa, shu zahotiyoq tug'dirish chorasi ko'riladi.

Agarda tug'ruq yo'llari tug'ruqqa tayyor bo'lib, bachadon bo'yni kanali orqali qog'onoq pufagini yirtish (amneotomiya) imkoniyati bo'lsa ayni muddao.

AYOLLARNI TABIIY TUG'RUQ YO'LLARI ORQALI TUG'DIRISH

Gestozlarning I–II og'irlik darajalarida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish uchun (bachadon bo'yni yetilmagan hollarda) dastlab prostaglandin yordamida tug'ruq qo'zg'atiladi. Bu holda oksitosinni qo'llashga ehtiyot bo'lish lozim. Prostogladin yuborishdan 30 daqiqa oldin qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lishning oldini olish maqsadida muskul orasiga 1 ml dan promedol yoki diprazin yuborish kerak. Tug'ruq paytida gestozlarning kechishi chuqurlashuvi (og'irlashuvi) kuzatiladi. Shu bois tug'ruqni og'riqsizlantirishning barcha tamoyillariga amal qilishga to'g'ri keladi. Boshqa holatlarda tug'ruq kesar kesish operatsiyasi bilan tugallanadi.

GESTOZLAR PROFILAKTIKASI

Profilaktika quyidagilarni o'z ichiga oladi: a) ayollar homilador bo'lmasdan oldin ekstragenital kasalliklarni aniqlash maqsadida terapevt ko'rigidan va to'liq tekshiruvdan o'tishi lozim; b) turli xil yuqumli o'choqlarni (surunkali angina, kasal tishlar, boshqa surunkali yuqumli kasallik manbalarini) sog'lomlashtirish; d) ekstragenital kasalliklari bo'lgan ayollarni xavfi yuqori guruhlarga kiritib, sog'lomlashtirish, ular orasidan kelajakda homiladorlik va tug'ruq mumkin bo'lmagan ayollarni ajratib alohida dispanser nazoratiga olish.

GESTOZNI BOSHIDAN KECHIRGAN AYOLLAR SOG‘LIG‘INI QAYTA TIKLASH (REABILITATSIYA)

Bu jarayon uch bosqichdan iborat:

1. Tug‘ruq majmualarining chilla davri bo‘limlarida tug‘gan ayollarni tekshirish va asoratlarni davolash. 10 kun davomida davolash samara bermasa, bemorlarni ixtisoslashtirilgan kasalxonalarga o‘tkazish (kardiologiya, nevrologiya, urologiya va h.k.).

2. Bir yil davomida ayolni akusher-ginekolog terapevt bilan birgalikda nazorat ostiga oladi va yurak qon-tomir tizimi, buyrak, jigari va ko‘zning tubini tekshirib turiladi.

3. Akusher-ginekolog bilan terapevt birgalikda lozim topilsa ayolni kelgusi homiladorlikka tayyorlaydi.

Ayolning bolasi esa neonatologlar tomonidan atroflicha tekshiriladi, keyin pediatrianing dispenser nazoratiga olinadi.

Homiladorlik kechki gestozlari haqida zamonaviy ma‘lumotlar darslikning akusherlikda tez va shoshilinch yordam bobida keltirilgan.

HOMILADORLIK GESTOZLARINING KAM UCHRAYDIGAN SHAKLLARI HOMILADORLARNING DERMATOZLARI

Homiladorlik munosabati bilan kelib chiqadigan va homiladorlik tugashi bilan yo‘qolib ketadigan teri kasalliklari dermatozlar deb ataladi. Homiladorlarning dermatozlari odatda qichima, ba‘zan ekzema, eshakyem, eritema, uchuk (gerpes) toshishidan iborat.

Qichima homiladorlikning boshlarida va oxirida namoyon bo‘lib, tashqi jinsiy a‘zolar sohasi bilan cheklanishi yoki butun badanga tarqalishi mumkin. Qichima ko‘pincha azobli bo‘lib, uyqusizlikka, kayfiyatning buzilishiga yoki jirtakilikka sabab bo‘ladi.

Dermatozlarning davosi – asab tizimining funksiyasini va moddalar almanishuvini tartibga soladigan dorilar (bromidlar, barbituratlar, kalsiy xlorid, vitaminlar) buyurish, to‘g‘ri ovqatlanish (oqsil va yog‘larni kamroq iste‘mol qilish) va ratsional rejim (osoyishtalik, uyqu va uyg‘oqlik davrini to‘g‘ri navbatlash)dan iborat.

HOMILADORLARNING SARIQ KASALLIGI

Homiladorlik davrida paydo bo‘ladigan sariqlik har xil kasalliklarning simptomi yoki gestozning yuzaga chiqish belgisi bo‘lishi mumkin. Virusli gepatit (Botkin) kasalligi, jigar va o‘t yo‘llari kasalligi (o‘t-tosh kasalligi va boshqalar) simptomi bo‘lishi mumkin. Sariqlik to‘xtovsiz (tinmay) qusishda, jigar shikastlanishiga yo‘ldosh bo‘lib kelgan eklampsiyada ham paydo bo‘lishi

mumkin. Sariqlik ko'proq jigar shikastlanishi bilan ifodalanadigan homilador ayollarning mustaqil gestozi sifatida kamdan-kam yuz beradi. U ko'p hollarda terining qichishishi, ba'zan qusish bilan kechadi. Uzoq vaqt (haftalab, oylab) davom etishi mumkin yoki tug'gandan so'ng yo bo'lmasa sun'iy ravishda homiladorlik to'xtatilgandan keyingina butunlay ketadi. Sariqlikning paydo bo'lishiga boshdan kechirilgan ilgari Botkin kasalligi yoki jigar shikastlanishi bilan kechadigan boshqa kasalliklar oqibatida jigarning funksional yetishmovchiligi sabab bo'ladi deb ham taxmin qilishadi.

Homilador ayolning sariqligi – jigar shikastlanganligidan darak beruvchi noxush holatdir. Bunda ayolni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish va uning paydo bo'lish sababini aniqlash zarur, Botkin kasalligi bo'lsa, tegishli davo choralarini ko'rish lozim. Homiladorlarning sariq kasalligiga gepatit va gepatotoxolestit kabi davo qilinadi. Qator hollarda homiladorlikni vaqtidan oldin to'xtatishga to'g'ri keladi.

Ko'p hollarda jigarning o'tkir sariq distrofiyasi kuzatiladi. Bu kasallik to'xtovsiz (haddan tashqari ko'p) qusish bilan bog'liq ravishda kelib chiqishi yoki qusish bilan bog'liq bo'lmasligi mumkin. Kasallikning asli mohiyati jigarning rivojlanib boruvchi (progressiv) distrofiyasi (oqsil, yog' bilan bog'liq hajmining keskin ravishda kichrayishi, nekroz, atrofiya yuz berishidan iborat. Kasallik o'ta og'ir kechishi (bemor juda ham sarg'ayib ketadi hamma joyi qichiydi, qusadi, tirishadi, hushdan ketadi) komaga olib keladi va o'limga sabab bo'ladi. Bunda homiladorlikni zudlik bilan to'xtatish kerak, ammo bu chora jigar parenximasidagi og'ir o'zgarishlar natijasida kelib chiqadigan asoratlarni kamdan-kam hollardagina yaxshilaydi.

Gestozlar qatoriga tirishish, bronxial astma, anemiya va homiladorlarning boshqa kasalliklarini qo'shadi. Biroq homiladorlik paytida birinchi marta yuzaga chiqqan aytib o'tilgan kasalliklar, shuningdek, asab tizimi (va psixikasi) buzilishlari gestozga kiritilmaydi. Ular homilador yoki, homilador bo'lmagan ayollarda kuzatiladi. Bir qancha a'zo hamda tizimlar faoliyati va organizm reaktivligi o'zgarib qolganligi uchun homiladorlik zimdan kechayotgan ba'zi patologik jarayonlarning yuzaga chiqishiga imkon yaratib beradi.

Nazorat uchun savollar

1. Gestozlarning etiologiyasi.
2. Ilk gestozlar tasnifi, klinikasi, diagnostikasi, davolash.
3. Kechki gestozlar texnikasi, diagnostikasi, davolash.
4. Kechki gestozlar (arterial gipertenziya, preeklampsiya va eklampsiya) holatlarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

XVIII BOB. EKSTRAGENITAL KASALLIKLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ

YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

Respublika sog'liqni saqlash tashkilotlarining ma'lumotlariga ko'ra o'linga olib keluvchi sabablar orasida yurak qon-tomir kasalliklari birinchi o'rinda turib, ular 1994-yilda umumiy ko'rsatgichning 46% ini tashkil etgan. Masalan, 1994-yilda tibbiy ko'rikdan o'tkazilgan tug'ish yoshidagi ayollarning 5,3% ida turli yurak qon - tomir xastaliklari aniqlangan, shu davr ichida 1,3% homilador ayollarda tug'ish jarayonida og'ir asoratlar aniqlangan.

Homiladorlik va tug'ruq vaqtida ayol sog'lom bo'lsa, organizm o'z vazifasini bajaradi, yurak-tomir tizimi kasalliklarida esa ko'pincha qon aylanishi buzilib ko'ngilsiz hodisalar ro'y beradi. Homiladorlik, tug'ruq va chilla davri aksari yurak-tomir kasalliklarining kechishini og'irlashtiradi. Yurak ikki tavaqali klapanining porogi (mitral kasallik) va bunda mitral stenozining ustun kelishi, yurakning barcha revmatik kasalliklari (endokardit, miokardit), septik endokardit, stenokardiya ko'proq xavfli hisoblanadi. Bu kasalliklar homiladorlik davrida og'ir o'tadi: ko'pincha yurak faoliyatining dekompensatsiyasi ro'y beradi va qon aylanishi buziladi (halloslash, ko'karish, shish), shular sababli homiladorlikni to'xtatishga to'g'ri keladi.

Yurak kasalliklarida tug'ruq vaqtida ayniqsa, homila tug'iladigan davrda yurak faoliyati va qon aylanishi osongina buziladi. To'lg'oq tutganda asab va muskul tizimiga juda zo'r kelishi sababli yurak faoliyati buziladi. Homila tug'ilgach, qorin ichidagi bosim pasayishi tufayli kollaps ro'y berishi mumkin.

Yurak faoliyati buzilishi oqibatida ayol o'lishi mumkin. Yurakning dekompensatsiyalangan poroklarida homilador ayol chala tug'ishi, tug'ruq vaqtida ko'pincha homila asfiksiyasi ro'y berishi mumkin. Yurak poroklari 75–90% hollarda revmatizm natijasida orttirilib, 6,5–10% ayollarda esa tug'ma holda uchraydi.

Homiladorlik, tug'ruq va chilla davrining qanday o'tishi porokning shakliga, yurak faoliyatining yetishmovchiligi, revmatizm jarayonining faolligiga bog'liqdir.

Orttirilgan poroklar shakliga ko'ra mitral stenozi, mitral klapanlarning yetishmovchiligi, kombinatsiyalashgan mitral porogi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi va stenozi ko'proq uchraydi. Revmatizm jarayoni faol va nofaol fazalarga bo'linib, asosan homiladorlikning birinchi va uchinchi trimestrida qo'zg'alib, homilador ahvoli og'irlashib qoladi. Bunday holda periferik qonda faol revmatizmga xos o'zgarishlar rivojlanadi.

Yurak porogi bor ba'zi ayollarning yurak faoliyati chilla davrida dekompensatsiyaga uchraydi.

Yurak-tomir tizimining kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash uchun homilador ayollar maslahatxonasida tekshiriladi, hamda terapevt va akusherning muntazam nazoratida bo'ladi. Ayol sog'ligi uchun xavfli holatlar bo'lsa (stenoz, miokardit, dekompensatsiya), homiladorlikning 12 haftalik muddatigacha abort qilinadi. Muddatidan oshib ketgan bo'lsa, homilani olib tashlash o'ta xavfli, shuning uchun ayol vaqti-vaqti bilan statsionarda yotqizilib davolanadi. Homilador ayolning ahvoli dori-darmonga qaramay yomonlashaversa, homila olib tashlanadi.

Kamqonlik. Kamqonlik deganda gemogloblin umumiy hajmining kamayishi tushuniladi. 80% homilador ayollarda kamqonlik uchraydi.

1-darajali kamqonlikda qon tarkibidagi gemogloblin 100–91 gl;

2-darajali kamqonlikda 90–71 gl;

3-darajali kamqonlikda 70 gl dan past bo'ladi.

Homilador ayollar qon zardobida temir tarkibining buzilishi, gipoxrom kamqonlik rivojlanishi va to'qimalar oziqlanishining buzilishiga olib keladi.

Homilador ayollarda kamqonlikning rivojlanishi noto'g'ri ovqatlanish, ovqat hazm bo'lishining buzilishi, tug'ruqda qon ketishi, ust-ustiga homilador bo'lishi kabi omillarga bog'liq. Kamqonlik homiladorlik rivojlanishiga va tug'ruqqa salbiy ta'sir qiladi. Jumladan 20–40% kamqon homiladorlarda OPG–gestozlar rivojlanadi, 15–30% homiladorlarda chala tug'ish, erta suv ketish hollari yoki qon yo'qotishning ortishi kuzatiladi. Tug'ruq vaqtida quyidagi asoratlar sodir bo'lishi mumkin: homila gipoksiyasi, tug'ruq kuchlarining susayishi.

Anameya profilaktikasi homiladorlikning 12–14-haftasidan boshlanadi. Yengil shakldagi kamqonlikni ayollar maslahatxonasida ambulatoriya, o'rta va og'ir shaklda esa statsionar sharoitida davolash mumkin.

Homiladorlarda temir tanqisligi kamqonligini davolashda temir preparatlari hamda vitaminlar va bundan tashqari tug'ruq arafasida bir kecha-kunduz teri ostiga 2500–3000 birlik miqdoridagi heparin va 14–15 kun davomida 1,0 ml dan 10% tokoferol asetat eritmasidan yuborish lozim. Bular homiladorlik dinamikasida gemogloblinni barqarorlashtirish yoki oshirish va tug'ruq davrida hamda undan keyin trombogemorragik asoratlar xavfini kamaytirishga yordam beradi.

Gipertoniya (xafaqon) kasalligi. Gipertoniya kasalligi tug'ish yoshidagi ayollar orasida keng tarqalgan bo'lib, davo choralari ko'rilmagan taqdirda tug'ish jarayonida turli og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bularga homilaning vaqtdan oldin tug'ilishi, perinatal o'lim, og'ir gestozlar va boshqalar kiradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra arterial gipertoniya qator hollarda onalar o'limining asosiy sabablaridan biridir.

Qon bosimining ko'tarilishi kasallikning asosiy klinik belgisi hisoblanadi va uning simob ustuni hisobida 140/90 mm va undan yuqori bo'lishi arterial gipertenziya deb qaralmog'i lozim.

Qon bosimining o'ta yuqori bo'lishi, ko'z tubidagi og'ir o'zgarishlar (retinopatiya, qon quyilishlar), buyrak yetishmovchiligi paydo bo'lishi kasallikning

og'ir kechayotganligidan darak beradi. Kasallikning bu ko'rinishiga chalingan ayollar homiladorlikdan saqlanishlari shart. Mabodo bo'ylarida bo'lib qolgan taqdirda uni erta muddatlarda olib tashlash maqsadga muvofiqdir. Bu kasallik xuruji to'satdan boshlanib, kuchli bosh og'rig'i va bosh aylanishi, yurakning tez-tez urishi hamda ko'krak qafasidagi sanchiqlar bilan namoyon bo'ladi. Bemor ayol asabiylashib ta'sirchan bo'lib qoladi, yuzida qizil dog'lar paydo bo'ladi.

Gipertoniya kasalligiga chalingan homiladorlarning dam olishi, mehnat faoliyatini tartibga solishi va ovqatda osh tuzini chegaralash alohida ahamiyatga ega.

Gipertenziv dorilarni tavsiya etganda ularning ko'pchiligi teratogen ta'sirga ega ekanligini unutmaslik kerak.

Qon bosimining darajasi va kasallikning kechishi hamda homiladorlikning qaysi davrda ekanligidan kelib chiqib, turli guruhdagi gipertenziv dorilardan foydalaniladi. Jumladan, dibazol, papaverin, no-shpa, eufillin, magniy sulfat eritmalari tomir ichiga yoki muskul orasiga yuboriladi va ular homilaga deyarli salbiy ta'sir etmaydi.

Siydik haydovchi dorilar (furasemid, etakrin buyrakchasi) dan foydalanish mumkin.

Lekin homilador hayoti xavf ostida bo'lsa, ayolni saqlab qolish uchun barcha zarur bo'lgan tibbiy vositalardan (shu jumladan teratogen ta'sirga ega bo'lganlardan ham) foydalanish mumkin.

Revmatizm kasalliklariga chalinayotgan bemorlarning soni keyingi 20–30 yil ichida tobora ortib bormoqda. Revmatizm – biriktiruvchi to'qimaning tizimli surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan yurak qon-tomir a'zolarini jarohatlaydi. Kasallik ko'pincha shu kasallikka moyil bo'lgan (7–15 yoshlarda) bolalar va o'smirlarda β gemolitik streptokokkning A guruhi sababli yuzaga keladi.

Revmatizm – 2,1–3,2% hollarda uchrab, nisbatan ko'proq ayollar kasallanadi va u 90% hollarda yurak kasalliklarini kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Revmatizm o'tkir kechganda kasallik haroratning ko'tarilishi, poliartrit, revmokardit, perikardit, laboratoriya ko'rsatkichlari faolligi bilan birga namoyon bo'ladi va yallig'lanishga qarshi davo choralari tez samara beradi.

Cho'zilib ketish – qaytalama revmatizmning eng ko'p uchraydigan xili (varianti) bo'lib ko'proq yurak illati shakllangan ayollarda rivojlanadi, bu turi o'tkir bo'lib yurakning hamma pardalari shikastlanadi.

Homiladorlik davrida revmatizm faolligini aniqlashning murakkabligi unga xos qator belgilarning fiziologik homiladorlik davrida ham kuzatilishi bilan bog'liqdir. Bularga subfebrilitet, jismoniy zo'r qiqishda hansirash, taxikardiya, darmonsizlik, charchash, leykositoz va ECHT ning oshishi kiradi.

Revmatizmga chalingan homiladorlarni davolashda antibiotiklardan foydalaniladi, ammo tetrasiklin, fuzidin va shunga o'xshashlar berilmaydi, chunki ular embriotrop ta'sir ko'rsatadi.

Penitsillin boshlang'ich davrida 2 hafta davomida o'rta hisobda 500000 birlikda 1 kecha-kunduzga 4 mahal beriladi. Bundan tashqari penitsillin qatoridagi yarim sintetik antibiotiklar (metisillin, oksasillin) kerak bo'lgan dozada homiladorlik muddatini hisobga olgan holda beriladi.

Homilaning organogenez davri tugagandan keyin revmatik jarayonning oldini olish uchun brufen, ibuprofen berishga o'tiladi.

Asetilsalitsil kislotasi berilmaydi, chunki u homiladorlikning boshlang'ich davrida teratogen ta'sir qilishi, ko'pincha homilada tug'ma yurak illatini paydo qilishi, arterial yo'lni vaqtdan oldin berkitib qo'yishi, homiladorlik muddatini uzaytirishi mumkin.

Revmatizm bilan xastalangan homilador ayollarni homiladorlikning dastlabki 3 oyi yoki 12 haftasiga qadar homiladorlik saqlangan holda revmatik jarayonning faolligiga qarab dori-darmonlar qo'llaniladi. Revmatizmning yuqori, II–III daraja faolligida kortikosteroidlar, brufen, antibiotiklardan penitsillin, bitsillin va penitsillinning yarim sintetik qatorlari va C vitamini beriladi.

Revmatizmga chalingan homiladorlar homiladorlik jarayonida 3 marotaba: 12 haftasigacha, 26–32 haftasida, 36–38 haftasida statsionarga yotqiziladi.

Diabet bilan og'rigan bemorlarda homiladorlikning kechishi o'ziga xos xususiyatga ega. Homiladorlikda diabetning o'tishi aksari yomonlashadi, koma paydo bo'lishi mumkin. Ona va homila organizmining insulunga ehtiyoji oshishi komaga sabab bo'ladi. Diabetda insulin kamayadi.

Diabetda ko'pincha qog'onoq suvi ko'payadi va gestozlar kuzatiladi. Homila yirik bo'ladi, aksari asfiksiya, anemiya va modda almashinuvining buzilishi belgilari bilan tug'iladi. Diabetning yengil turlarida ayol rejimga to'g'ri rioya qilsa va davolansa, homiladorlik to'g'ri rivojlanishi mumkin.

Diabetli bemorlar homiladorlikni saqlab qolmoqchi bo'lsa, insulin vitaminlar buyuriladi. Bemorni akusher-ginekolog va terapevt, endokrinolog vrachlar kuzatib turishi kerak.

Piyelonefrit – homiladorlikning nihoyatda og'irlashuviga sabab bo'luvchi buyrak oraliq to'qimalari va jomlarining kasalligidir. Piyelonefritni keltirib chiqaruvchi sabablari asosan homiladorlik paytida kattalashgan bachadon tanasining siydik yo'llarini qisishi natijasida siydik oqimining susayishi, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar chaqiruvchi o'choqlar (angina, surunkali kolit, tishlar kariozi va boshqalar) dan infeksiyaning gematogen yo'llar bilan buyrakka tushishi oqibatida buyrak oralig'i to'qimalari va jomining yallig'lanishiga olib keladi. Piyelonefritda ko'pincha homiladorlik og'ir kechadi. Uni ko'pincha ichak tayoqchasi qo'zg'atadi. Bunda tana harorati ko'tarilib, ayol qaltiraydi, bel sohasida og'riq paydo bo'ladi, ahvoli yomonlashadi. Siydigida leykositlar, epiteliy hujayralari va bakteriyalar topiladi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi.

Bemorlar davolanganda aksari tuzalib ketadi. Homiladorlikda qovuq ham yallig'lanishi mumkin.

Davolashda homiladorlikning birinchi yarmida penitsillin, oksasillin, ampioks yoki ampitsillinni 8–10 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. Homiladorlikning ikkinchi davridan boshlab, 5 NOK, furadonin, makkajo'xori popugining damlamasini qo'llash tavsiya etiladi.

Glomerulonefrit – buyrak koptokchalarining birlamchi immun yallig'lanishidir. Bu kasallikda ikkala buyrakning ham shikastlanishi kuzatiladi. Kasallik homiladorlik va tug'ruqda ko'p asoratlar keltirib chiqaradi. Eklampsiya, ona qornida homilaning o'lishi va perinatal o'limga olib keladi. Ba'zan esa placentaning barvaqt ko'chishi, homilani chala hamda gipotrofik tug'ilishi kuzatiladi.

Pirovard natijada bu bevosita ona o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Klinik ko'rinishi bo'yicha siydik tahlilida mikrogemoturiya, mikroprotenuriya, silindruriya va yuzda, qovoqlarda shishlar bilan xarakterlanadi.

Surunkali glomerulonefritda bemorning yuzi shishib, uning oyoqlarida, bel sohasida, qornida xamirsimon yumaloq shishlar paydo bo'ladi, uni qo'l bilan bosilsa uzoq muddat saqlanuvchi chuqurchalar qoladi.

Bemorda bir vaqtning o'zida arterial gipertenziya va nefrologik belgilar kuzatilsa bu surunkali glomerulonefritning aralash shakli bo'lib, kasallik juda og'ir kechadi.

Davosi: gipotiazid, oksadolinlar tavsiya etiladi. Venaga qon plazmasi, albumin, protein yuboriladi. Gipotenziv dorilardan foydalaniladi. Glomerulonefrit bilan og'rigan homilador ayol doimo nefrolog, terapevt, akusher ginekolog kuzatuvida bo'lishi shart.

O'TKIR VA SURUNKALI YUQUMLI KASALLIKLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ

Homiladorlik ayolni yuqumli kasalliklardan saqlamaydi. Bo'yida bo'lmagan ayollar kabi, homilador ayollar ham yuqumli kasalliklar bilan og'rishi mumkin.

Yuqumli kasalliklarning aksari bo'yida bo'lmagan ayollarga nisbatan homiladorlarda og'irroq kechadi. Yuqumli kasalliklarning hammasi, ayniqsa o'tkir yuqumli kasalliklar homilaga xavf tug'diradi. Bunda homila ko'pincha nobud bo'ladi yoki homiladorlik barvaqt tugaydi. Ayniqsa o'tkir yuqumli kasalliklar: ich terlama, og'ir gripp, o'tkir dizenteriya, epidemik gepatit va boshqa yuqumli kasalliklarda homiladorlik ko'pincha barvaqt to'xtaydi. Ona va homila organizmining intoksikatsiyasi, tana haroratining ko'tarilishi, homilador ayoldagi eng muhim a'zolar funksiyasining buzilishi sababli homila nobud bo'ladi va chala tug'iladi. Plasentaga qon quyilishi, unda distrofik o'zgarishlar ro'y berishi homiladorlikning uzilishiga sabab bo'ladi.

Plasenta yuqorida aytilgancha o'zgargan taqdirda ko'pgina yuqumli kasalliklarning mikroblari onadan homilaga o'tib, unga yuqishi mumkin.

Ayni vaqtda homila aksari nobud bo'ladi, bunga sabab homila organizmida himoya reaksiyalari vujudga kelmagan yoki juda sust bo'ladi.

Bola tushishi (abort) va chala tug'ish, qon yo'qotish, modda almashinuvining o'zgarishi, chilladagi (abortedan keyingi) septik kasalliklar yuqumli kasalliklarning kechishini og'irlashtiradi.

Gripp. Homilador ayollarda gripp boshqa yuqumli kasalliklarga nisbatan ko'proq uchraydi. Gripp homiladorlikning ayniqsa so'nggi oylarida chala tug'ishga sabab bo'ladi.

Gripp bilan og'irigan bemorlarda tug'ruq ko'pincha og'ir kechadi, tug'ruq kuchlari sust, dard tutishi og'ir bo'ladi, yo'ldosh tushishi va chilla davrida qon ketishi, septik infeksiya bilan bog'langan chilla kasalliklari ro'y beradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar gripp virusiga g'oyatda moyil bo'ladi. Profilaktika va davolash choralari tegishli amalga oshirilmasa, tug'ruq majmuidagi bolalar o'rtasida gripp tez tarqalib ketadi.

Bunga yo'l qo'ymaslik uchun bu kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lishi bilanoq ayollar va bolalarni ajratib qo'yish zarur. Niqob tutish, palatalarni shamollatish shart, palatalarga simob kvars lampasidan nur tushirish yaxshi natija beradi.

Virusli gepatit – epidemik gepatit homiladorlikning kechishiga ham yomon ta'sir qiladi. Ayniqsa tug'uvchilarda yuqumli gepatit juda og'ir kechib, juddiy noxushliklarga sabab bo'ladi.

Jigar faoliyati buzilishining boshlang'ich belgilari ko'rina boshlanganda xususan intoksikatsiya zo'rayib, bemor bo'shashib, sariqlik ko'paysa, pulsi tezlashsa, tana harorati normal bo'lganiga qaramay, oyoqlari shishsa, neytrofilli leykositoz holatlari kuzatilsa, qonda bilirubin oshib ketsa, homiladorlikni to'xtatish zarur bo'ladi.

Agar bu kasallikda homiladorlikni davom ettirilsa, qog'onoq suvining vaqtidan ilgari ketib qolishi, tug'ruqning uchinchi davrida qon ketishi, chala tug'ish, homilaning ona qornida o'lib qolishi kabi og'ir asoratlar yuz berishi mumkin. Shuningdek, bunda chilla davrida bachadonning sust qisqarishi (subinvolutsiya), bundan tashqari jinsiy a'zolarining yuqumli kasalliklari ko'proq kuzatiladi.

Homilador ayollarda yengil kechayotgan virusli gepatetni dorilarsiz davolash mumkin. Bunda jismoniy va ruhiy zo'riqlashlarni, shuningdek ichiladigan suyuqlik miqdorini cheklash, rejim va parhezga rioya qilish tavsiya etiladi.

Infuzion suyuqlikdan gemodez 200 ml, glukoza 1500 ml, kaliy xloridning 4% li eritmalaridan 200–250 ml gacha tomchilab yuboriladi. Shuningdek, tomirga 10000–20000 mg kontrikal yuborish tavsiya etiladi.

Manitol, laziks qo'llaniladi. Maboda homiladorlikni oxiri yoki tug'ruqning I davrida qon ketishi kuzatilsa, laparatomiya kesar kesish yo'li bilan homila tug'diriladi. Agar qon ketish tug'ruqning II davrida kuzatilsa, akusherlik qisqichlari qo'yish kerak bo'ladi.

Toksoplazmoz. Toksoplazmoz homilaning rivojlanish anomaliyalariga va o'lik tug'ilishga sabab bo'lishi so'nggi yillarda aniqlandi.

Homilador ayolda toksoplazmoz bo'lsa homilaga yuqishi va bu homilaning nobud bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Bola tirik tug'lsa ham taraqqiyot anomaliyalari (gidrosefaliya, mikrocefaliya va hokazo), markaziy asab tizimini zararlanishi (talvasa, falaj parez), ko'z to'r pardasining kasalligi (xorioretinit), jigar, buyrak va boshqa a'zolarining kasalliklari kuzatiladi.

Sil kasalligi. Sil bilan og'rish homiladorlikning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Homiladorlikning o'zi esa kasallikning kechishini ko'pincha og'irlashtiradi. Sildan sog'ayayotgan bemorga va bu kasallikning yaxshi kompensatsiyalangan shakllarining kechishiga homiladorlik aksari ta'sir etmaydi.

Sil belgilari. Ayolning tinkasi qurib, tez charchaydi, kalta-kalta yo'taladi, tana harorati ko'tariladi. Homiladorlikda ayniqsa keyingi oylarida silning faol shakllari og'irroq o'tadi. Hiqildoq sili homiladorlikda tez kuchayadi, chilla davri va bola emizish sil jarayoniga yomon ta'sir qiladi. Sil og'ir kechganda homilador ayol chala tug'ishi mumkin. Sil mikobakteriyalarining onadan homilaga o'tishi kam kuzatiladi, yangi tug'ilgan bolalar kasal onasi bilan birga bo'lganda sil yuqishi oson.

Shu bois sil bilan og'rigan, homiladorlar majburiy tartibda akusher-ginekologga, ftiziatorga yuboriladi. Dispanser nazoratiga olinadi.

O'pka va boshqa a'zolarining faol sili, ayniqsa hiqildoq silida homiladorlikni to'xtatish, sil kompensatsiyalanganda homiladorlikni saqlab qolishga ruxsat etiladi.

Yangi tug'ilgan bolalardagi silning oldini olish uchun hayotining dastlabki kunlarida ularga sil mikobakteriyalarining kuchsizlartirilgan kulturasi (BSJ vaksinasi) yuboriladi.

JINSIY A'ZOLARNING NOTO'G'RI RIVOJLANISHI VA KASALLIKLARIDA HOMILADORLIK

Jinsiy a'zolarining noto'g'ri rivojlanishi (anomaliyalari). Ayol jinsiy a'zolarining anomaliyalariga quyidagilar kiradi:

a) anatomik jihatdan noto'g'ri tuzilish, masalan bachadon va qinning ikkitaligi, qizlik pardasi, qin, bachadon va boshqa a'zolarining bitib qolganligi (atreziya);

b) to'g'ri shakllangan jinsiy a'zolarining chala yetilganligi.

Jinsiy a'zolarining ro'y-rost anomaliyalarida hayz ko'rish va tug'ish jarayoni ko'pincha buziladi. Jinsiy a'zolarining ba'zi anomaliyalarida ayol bo'yida bo'lib, hatto tug'ishi mumkin.

Jinsiy a'zolarining chala yetilganligi quyidagi xususiyatlari bilan ta'riflanadi: qovda jun yetarli o'smaydi, oraliq ichiga tortiladi, qin kamar, tor,

bachadon bo'yni tor, konus shaklida, bachadon tanasi kichkina, bachadon bo'yni bilan tanasi o'rtasida o'tkir burchak mavjud bo'ladi.

Jinsiy a'zolar chala yetilganda hayz ko'rish funksiyasi kechroq boshlanadi, ko'pincha noto'g'ri tipda bo'ladi (qon og'riq bilan va kam keladi yoki aksincha hayz ko'rish uzoq davom etib, ko'p qon ketadi) aksari ayolning bo'yida bo'lmaydi.

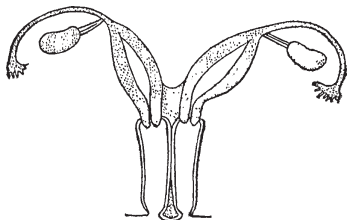
Ayol homilador bo'lgan taqdirda ham ko'pincha bolasi tushadi yoki chala tug'iladi.

Homiladorlik oxiriga yetgan taqdirda bachadon muskullarining qisqaruvchanligi sust bo'lgani uchun tug'ruq og'irlashadi.

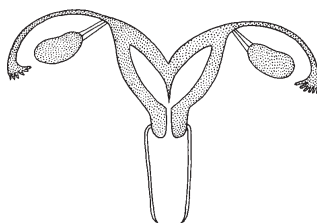
Dard tuta boshlaganda yoki homila tug'iladigan davrda kuchaniq sust bo'ladi. Yo'ldosh tushish davrida ko'pincha qon ketib, chilla davrida bachadon involutsiyasi sust boradi.

Bachadon va qinning ikkitaligi. Bachadon va qin ona qornidagi hayotning dastlabki oylarida ikkita kanalchadan (Myuller yo'llaridan) hosil bo'ladi. Myuller yo'llarining qo'shilish jarayoni buzilsa, bachadon va qinning ikkitaligi degan anomaliya ro'y beradi.

Bularning turli darajalari kuzatiladi: ayrim-ayrim ikki bachadon (yarim bachadon) va ikkita qin (157-rasm), ikki shoxli bachadon (158-rasm), egarsimon bachadon, rudimentar shoxli bachadon.



157-rasm. Bachadon va qinning ikkitalidan bo'lishi.

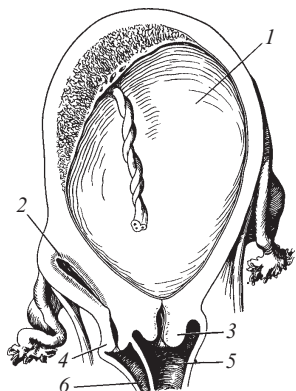


158-rasm. Ikki shoxli bachadon.

Bachadonning ikkitaligi ayolning bo'yida bo'lishiga to'sqinlik qilmaydi. Homiladorlik bachadonning bir yarmida (ba'zan ikkalasida) rivojlanadi; homilasiz ikkinchi yarmi birmuncha kattalashadi, yumshaydi, shilliq pardasida desidual reaksiya ro'y beradi (159-rasm). Bachadon ikkita bo'lganda ko'pincha homiladorlik barvaqt to'xtaydi, tug'ruq vaqtida yetarli qisqarmaydi, yo'ldosh tushish va chilla davrida qon ketadi.

Egarsimon bachadon homilaning ko'ndalang va qiyshiq yotishiga sabab bo'ladi. Ammo bachadon egarsimon bo'lganda homiladorlik va tug'ruq normal o'tishi mumkin (160-rasm).

Bachadonning rudimentar (boshlang'ich) shoxidagi homiladorlik kamroq kuzatiladi, rudimentar shox bachadonning rivojlangan shox bo'shlig'iga tor kanal

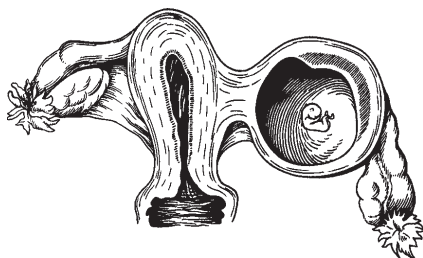


159-rasm. Bachadon va qinning ikkitaligida homiladorlik.

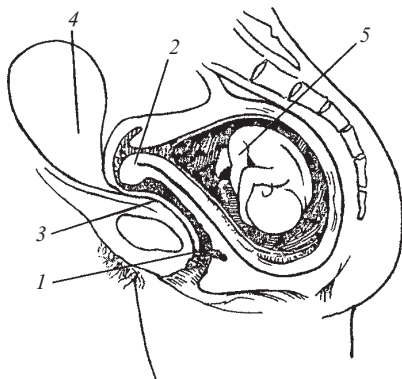
1-homilali bachadon;
2-homilasiz bachadon;
3-homilali bachadon bo'yni; 4-homilasiz bachadon bo'yni; 5-chap qin; 6-o'ng qin.



160-rasm. Egarsimon bachadondagi homiladorlik.



161-rasm. Bachadonning rudimentar shoxidagi homiladorlik.



162-rasm. Bachadon orqaga qayrilib qolganda homilali bachadonning chanoqda qisilib qolishi.

1-qin; 2-bachadon bo'yni; 3-uretra; 4-o'ta cho'zilgan qovuq; 5-qisilib qolgan homilali bachadon.

bilan tutashadi. Homilali rudimentar shoxning uzilish simptomlari bachadondan tashqaridagi homiladorlikning klinik manzarasiga o'xshaydi. Bunday hollarda zudlik bilan rudimentar shox olib tashlanishi kerak. Bachadonga tutashmagan rudimentar shoxda homilaning rivojlanish holatlari ham tasvir etilgan (161-rasm).

Bachadonning noto'g'ri vaziyatlari bepustlikka sabab bo'ladi. Ammo bachadon pastga tushganda va chiqib qolganda ham, o'rnidan siljib, qayrilib qolganda ham ayolning bo'yida bo'lishi mumkin. Bachadon pastga tushib yoki chiqib qolganda ayolning bo'yida bo'lishi bilan ayol ahvoli vaqtincha yaxshilanadi. Ammo tug'ruqdan keyin bachadon yana chiqib qoladi, ba'zan hatto kattalashadi.

Bachadonni orqaga qayrilishi – retrofleksiyadir, bunday hollarda ham homiladorlik to'g'ri rivojlanadi. Bachadon orqaga qayrilib qolganda homilali bachadonning chanoqda qisilib qolishi ham kuzatiladi (162-rasm).

Jinsiy a'zolarining o'smalari hamisha ham bo'yida bo'lishga to'sqinlik qilavermaydi. Bachadon

fibromasining tugunlari bachadon bo'shlig'i tomonga o'sgan bo'lsa ayolning bo'yida bo'lmaydi yoki bo'lsa ham tushadi. O'sma tugunlari bachadon seroz pardasining ostida bo'lsa, ayolning bo'yida bo'lib, homiladorlik oxiriga yetishi mumkin. Tug'ruq vaqtida bachadon yetarlicha qisqara olmaydi, yo'ldosh tushish davrida va chilla davrining dastlabki kunlarida qon ketadi.

Kichik chanoqda yoki chanoq og'zida joylashgan yirik tugunlar homilaning tug'ilishiga to'sqinlik qiladi (163-rasm). Bunday hollarda homila **kesar kesish** operatsiyasi qilinib olinadi, bunday tugunlar o'z vaqtida aniqlansa, olib tashlanadi.

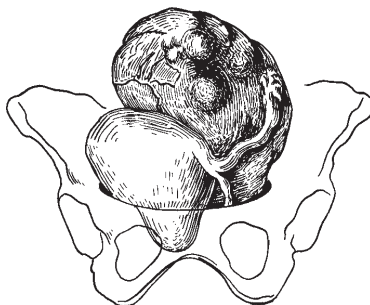
Tuxumdon kistomasida ayolning bo'yida bo'lishi mumkin (164-rasm). Oyoqchali harakatchan kichkina kistomalar homilaning rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi, katta kistomalar bachadonning o'sishiga xalaqit beradi va bola tushishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari kistoma devori homilali bachadon bilan qisilib, irishi mumkin. Kichik chanoqda qimirlamayotgan kistomalar homilaning tug'ilishiga to'siq bo'ladi. Kistomalar kichkina, harakatchan bo'lsa, homiladorlik oxiriga yetadi va tug'ruq normal o'tadi, lekin tug'ruqdan keyin o'sma oyoqchasi ko'pincha buralib iriydi va yiringlaydi, bu esa ayol uchun xavflidir.

Davosi – jarrohlik yo'li bilan o'sma olib tashlanadi. Operatsiyani avaylab qilib va operatsiyadan keyingi davrni to'g'ri boshqarib, homiladorlikni saqlab qolish mumkin. Bachadon bo'ynining raki homilador bo'lishga ta'sir qilmaydi.

Homiladorlikda rak ayniqsa tez o'sib, parametral kletchatkaga, qinga, qovuqqa va boshqa a'zolariga o'tadi. Bachadon bo'yni rakini aniqlashda bachadon bo'yni ko'zgular yordamida ko'zdan kechiriladi. Bachadon bo'yni rakini davolash homilali bachadonni, ortiqlarini, parametral (bachadon atrofidagi) kletchatkasini va qinning yuqori bo'lagini olib tashlab, keyin Rentgen nurlari bilan davolashdan iborat.



163-rasm. Bachadon fibromiomasida homiladorlik. Bachadon pastki segmentidagi (kichik chanoqdagi) tugun homilaning tug'ilishiga to'sqinlik qiladi.



164-rasm. Tuxumdon kistomasi va homiladorlik.

Nazorat uchun savollar

1. Gripp kasalligining homiladorlikka ta'siri.
2. Yurak poroklarida homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
3. Anemiyada homiladorlikning kechishi va tug'ruqni olib borish.
4. Gipertoniya kasalligi va homiladorlik.
5. Jinsiy a'zolarining noto'g'ri rivojlanishi va kasalliklarida homiladorlikning kechishi.
6. Buyrak kasalliklarida homiladorlik va tug'ruq.

XIX BOB. HOMILA PARDALARI VA PLASENTANING TARAQQIYOT NUQSONLARI HAMDA KASALLIKLARI

Homila pardalari, plasenta rivojlanish anomaliyalari va homilaning ko'plab murakkab kasalliklarining sabablari hali to'la o'rganilgan emas. Homila pardalari va plasenta rivojlanishining buzilishi etiologiyasi ham yetarli darajada aniqlanmagan.

Tajribalar va klinik kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, homilaning tug'ma kasalliklari va rivojlanish anomaliyalari quyidagi sabablarga ko'ra sodir bo'lishi mumkin.

a) irsiy yo'l bilan nasldan-naslga o'tuvchi belgilar;

b) xromosomalarning buzilishi – bu urug'lanishdan va homiladorlikdan oldin (gameopatiya), jinsiy hujayralarga tashqi zararli omillar ta'sir etishi natijasida kelib chiqishi mumkin. Masalan: ionlovchi radiatsiya va zaharlanish natijasida.

d) zararli (faktor) omillarni murtakka (embriopatiya) yoki homilaga (fetopatiya) zararli odatlar ta'siri natijasida (alkogol, narkotik ta'siri), ba'zi farmakologik preparatlar (narkotik) ni anchagina katta dozalarda ishlatish natijasida, endi taraqqiy etib kelayotgan homilaga patogen mikroba va viruslarning ta'sir qilishi tufayli yuqoridagi anomaliyalar vujudga kelishi mumkin.

Zararli omillar homilaning ona qornida rivojlanishining har xil davrlarida turlicha ta'sir ko'rsatadi. Urug'lanish sodir bo'lgan zahoti va implantatsiya davrigacha zararlovchi omillar homila yetilishini sekinlashtiradi va nobud qiladi.

Implantatsiyadan so'ng 8–10 haftagacha homilaning va placentaning a'zolari rivojlanadi (organogenez), bu davrda murtak tashqi zararli omillarga juda sezuvchan bo'ladi, natijada murtakning har xil a'zolari noto'g'ri taraqqiy etadi yoki murtak yetilishini sekinlashtiradi hamda nobud bo'lishiga olib keladi. Aytib o'tilgan ta'sirlar natijasida asoratlar faqatgina homilada emas, balki plasenta va homilani o'rab turgan pardalarda ham taraqqiyot nuqsonlari sodir bo'ladi.

Ta'sir etuvchi omillar homila a'zolari shakllanishi to'xtagandan so'ng ham homilani o'sishini susaytiradi va homilada har xil xastaliklarni (gemolitik

kasallikni, yuqumli kasalliklarni va moddalar almashinuvi buzilishini) keltirib chiqaradi.

Taraqqiyot nuqsonlari ko'pincha homilaning hayot uchun muhim bo'lgan a'zolarida bo'lsa uning rivojlanishiga imkon bermaydi, homila ona qornidayoq yoki tug'ilgandan keyin tez orada nobud bo'ladi. Agar taraqqiyot anomaliyalari homila tanasining biror qismida (jinsiy a'zolar, qo'l-oyoqlar, lab-tanglayda) bo'lsa, bu anomaliyalar tug'ilgan bolaning o'sishiga to'sqinlik qilmaydi.

Embriyon rivojlanishining ilk bosqichlarida asosan homiladorlikning 2–3 haftasidan 8 haftasigacha bo'lgan vaqt (homila a'zolarining shakllanishi) mobaynida asosan noqulay ta'sirga sezuvchan va o'jiz bo'ladi, natijada homilada taraqqiyot nuqsonlari sodir bo'ladi.

Homila yuqumli va boshqa kasalliklar bilan kasallanganda bu homila organizmida kattalarga nisbatan boshqacha kechadi, chunki homila organizmida chidamlilik kamroq bo'ladi. 12–14 haftalik homiladorlikda chinakam rivojlanish nuqsonlari uchraydi.

Asosan kam suvlikda oyoq va umurtqalar qiyshiqligi, gormonal preparatlar (androgenlar, AKTG, gestagenlar) ta'sirida ayollik a'zolarida taraqqiyot nuqsonlari (klitorni katta bo'lishi, urogenital sinuslar) paydo bo'ladi.

Isib ketish, sovuq urishi, reaksiyaning o'zgarishi va ionli reaksiyalar, ionlashtiruvchi reaksiya, patogen mikroblar, viruslar (qizamiq, gripp, parotit, sitomegaliya, listerioz, toksoplazmoz, lyamblioz), alkogolli ichimliklar, narkotiklar, kimyoviy birikmalar ta'siri ham homilada rivojlanish nuqsonlariga, hamda turli xil xastaliklarga sabab bo'ladi.

Ayol homiladorlikda o'rinsiz ravishda turli gormonal, barbituratlar yoki antibiotiklar (tetrasiklin, streptomitsin va h.k.) bilan davolangan bo'lsa, homilada shu preparatlarni asorati albatta kuzatiladi.

Ayollarda ichki sekretiya bezlarining xastaligi, yurak xastaligi, moddalar almashinuvi funksiyasining buzilishi va boshqa a'zolar funksiyasining buzilishi qorindagi homila pardalari va plasentaning taraqqiyot anomaliyalarini keltirib chiqarishda asosiy o'rin egallaydi.

Endokrin buzilishlar, alkogolizm, giyohvandlik hamda 35 yoshdan o'tib birinchi marta tug'ayotgan ayollarda ko'proq nuqsonli tug'ilish uchrashi mumkin.

HOMILANING TARAQQIYOT NUQSONLARI

Gidrosefaliya – bosh istisqosi (165-rasm) tashqi va qin orqali tekshirish hamda ultratovush tekshirish ma'lumotlariga asoslanib aniqlanadi.

Homila boshining chanoqqa suqila olmaydigan darajada katta ekanligiga tashqi tekshirishda e'tibor beriladi. Choklarning favqulodda kengligi, liqildoqlarning kattaligi, kalla suyaklarining yupqa-mayin ekanligi tug'ruq vaqtida qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Diagnostika aniqlangach bachadon teshigi yetarlicha ochilishi



165-rasm. Bosh
istisqosi
(gidrosefaliya).



166-rasm. Anensefal.

bilan homila boshi troakarda yoki uzun ignada teshilib, suyuqlik chiqariladi. Suyuqlik oqib ketgach, bosh hajmi kichrayadi va homila o'zicha tug'iladi. Tug'ruqni tezlashtirish zarurati tug'ilsa homila kranioklast qo'yish yo'li bilan olinadi.

Anensefaliya – homila kalla gumbazi va bosh miyasining ko'p qismining bo'lmashligi (166-rasm). Bunda kallaning yuz qismi yetarlicha rivojlangan bo'ladi, kichkina bosh bevosita yelka kamarining ustida joylashadi. Ko'zlari chaqchayib turadi (baqabosh). Anensefallar o'lik tug'iladi yoki tug'ilgandan keyin tez orada nobud bo'ladi. Ayol qiynalmasdan ko'zi yoriydi.

Miya churrasi – miyaning katta liqildoq, ensa yoki qanshar sohasidan bo'rtib chiqishi. Ayol, odatda, qiynalmasdan ko'zi yoriydi, bunda homila tirik tug'ilishi mumkin, lekin aksari chaqaloqlik davrida nobud bo'ladi.

Bo'ri og'iz – yuqori lab, yuqori jag' va qattiq tanglayning yoriqligi. Bunda og'iz va burun bo'shliqlari tutashgan bo'lib, shuning uchun bola sut emganda burnidan oqib chiqadi. Shuning uchun bolani emizganda tikka ushlash kerak bo'ladi. Shunda sut qizilo'ngachga o'tadi.

Tirtiq lab – yuqori labning yoriqligi. Bu anomaliya sut emishga va bolaning to'g'ri rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi. Bo'ri og'iz va tirtiq lab plastik operatsiya qilish bilan bartaraf qilinadi. Bola tug'ilgandan bir necha oy keyin va hatto kechroq operatsiya qilinadi.

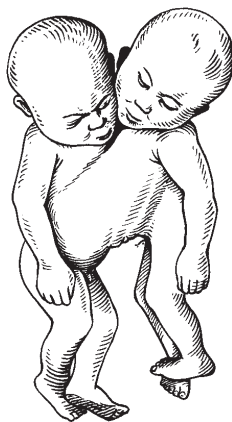
Umurtqa pog'onasining yoriqligi (spina bifida). Umurtqa pog'onasi istagan joyidan, ko'pincha bel sohasidan yoriq bo'lishi mumkin. Miya pardalari va yupqa teri bilan qoplangan orqa miya teshik orqali orqa miya kanalidan bo'rtib chiqishi mumkin. Bu rivojlanish anomaliyasi odatda tug'ruqning o'tishiga xalal bermaydi.

Kindik churrasi katta-kichik bo'lishi mumkin. Churra teshigi katta bo'lsa, churra xaltasiga ichakning katta bir qismi va hatto jigar, charvi so'rilib tushishi mumkin. Kindik churralarining hatto kattasi ham tug'ruqning kechishiga ta'sir qilmaydi. Kichkina churralar operatsiya qilib tuzatiladi, katta churrasi bo'lgan bolalar ko'pincha nobud bo'ladi.

Orqa chiqaruv teshigining bitib qolganligi (atrezia ani) bola hayotiga xavf tug'diradi. Bu anomaliyada shoshilinch xirurgik yordam ko'rsatish talab qilinadi. Bu rivojlanish anomaliyasi bolani sinchiklab ko'zdan kechirish va chaqaloq hayotining birinchi kunida ichak funksiyasini e'tibor bilan kuzatish natijasida aniqlanadi.

Barmoqlarning ko'pligi – qo'l va oyoq barmoqlarining odatdagidan ortiqchaligi. Ko'pincha barmoqlar ba'zan yaxshi rivojlanmagan bo'ladi.

Qo'shilib o'sgan egizaklar (Siam egizaklari). Bir tuxumli monoamniotik egizaklar bir-biriga qo'shilib o'sishi, to'g'risi bir-biridan batamom ajralib ketmasligi mumkin. Egizaklar bosh, ko'krak qafasi, qorin sohasi va dumbasidan (167-rasm) qo'shilib o'sgan bo'lishi mumkin. Embrional kurtakning chala ajralishi natijasida tananing turli bo'limlari ikkitaligi bilan ta'riflanadigan, mayriqlar (tana bitta bo'lgani holda boshning ikkitaligi, boshi bitta bo'lgan holda tananing ikkitaligi va hokazo) vujudga keladi. Qo'shilib o'sgan egizaklar tug'ilganda aksari bartaraf qilib bo'lmaydigan qiyinchiliklar vujudga keladi. Ba'zilarini esa operatsiya yo'li bilan bartaraf etish mumkin.



167-rasm. Qo'shilib o'sgan egizaklar.

Qo'shilib o'sishning ba'zi turlarida (bosh, dumba qo'shilib o'sganda) ayol o'zicha tug'ishi mumkin. Ko'z, quloq, qo'l-oyoq, jinsiy a'zolar, yurak-tomir tizimi va boshqa a'zolarining rivojlanishi nuqsonlari uchraydi.

Gigant homila. Tug'ilishdagi vazni 5000 g dan oshgan homila **gigant homila** deb ataladi. Bunday homilalar vaqtidan o'tib ketgan homiladorlikda, ba'zan muddati yetib tug'ishda dunyoga keladi. Yirik yoki gigant homila diabet, parediabet va boshqa kasalliklar natijasida rivojlanadi. Gigant homilada tug'ruq uzoqqa cho'ziladi, bachadondagi homilada ko'pincha asfiksiya kuzatiladi, tug'ruq shikastlari ro'y beradi.

Boshning o'zigina emas, balki homilaning yelka kamari va tanasi ham tug'ruqqa to'sqinlik qiladi.

Vaqtidan o'tib ketgan homila. Muddati 14 kundan ortiqroq cho'zilib ketgan homiladorlik vaqtidan o'tib ketgan homiladorlik deb ataladi. Vaqtidan o'tib ketgan homila odatda yirik kalla suyaklari zich, boshning konfiguratsiya qobiliyati kamaygan bo'ladi. Muddati o'tib ketgan homilada pishloqsimon shilimshiq bo'lmaydi, terisida maseratsiya belgisi bo'lishi mumkin. Vaqtidan o'tib ketgan homila vazni odatdagiday bo'lishi mumkin.

Homiladorlik vaqtidan o'tib ketganda plasentada regressiv o'zgarishlar ro'y beradi, shu o'zgarishlar homilaga zarur miqdorda kislorod yetib borishi sharoitni qiyinlashtiradi. Homiladorlik uzoq muddatga vaqtidan o'tib ketganda homila

ko'pincha tug'ruq boshlanguncha yoki tug'ruq vaqtida nobud bo'lishi mumkin. Tug'ruq aksari og'irlashib ona va homilaning hayotiga xavf tug'iladi. Yangi tug'ilgan bolalarda tug'ruq shikastlari ko'p uchraydi. Homiladorligi vaqtidan o'tib ketgan ayollarni tug'ruqxonaga jo'natish zarur, bu yerda dard tutishini qo'zg'ash choralari ko'riladi.

HOMILANING PATOLOGIK HOLATLARI

Homilaning taraqqiyot nuqsonlari quyidagicha ifodalanadi.

Aplaziya – tananing biror qismining yoki a'zosining bo'lmasligi.

Gipoplaziya – tananing yoki uning a'zosining o'smay qolishi.

Gipergeneziya – biror a'zoning ortiqcha bo'lishi.

Atreziya – teshiklar va kanallarning yopilish yoki bitib qolishi.

Gidrocefaliya – homila miya qorinchalarida suyuqlikning ortiqcha yig'ilishi.

Suyuqlik miqdori turlicha bo'ladi, ba'zan 2–3 l gacha yetadi. Suyuqlik to'planishi natijasida bosh kattalashib, choklar bir-biridan uzoqlashadi, kalla suyaklari yupqa va yumshoq bo'ladi, miya suyuqlik tazyiqi ostida kichrayadi. Bosh istisqosida aksari boshning kattaligi ona chanog'ining kattaligiga mos keladi.

Haddan tashqari katta bosh chanoq og'zida qisilib qolib, bachadonning pastki segmenti o'ta cho'ziladi, bunda bachadon yorilish xavfi kuzatiladi.

DAUN KASALLIGI

Bu tug'ma kasallik bo'lib, markaziy asab tizimining rivojlanish nuqsonlari, aqliy zaiflik va endokrin tizim funksiyasi va boshqa a'zo hamda tizimlardagi buzilishlar bilan ifodalanadi. Asosan asab tizimining rivojlanmaganligi tufayli yuzaga keladi. Bunday bolalar aqlan zaiflashib, jismonan yaxshi o'smay qoladilar.

Homila o'ziga xos ko'rinishga ega bo'ladi: boshi kichkina (mikrocefaliya), ensa qismi yapaloq, ko'zlari qiyshiq joylashgan, burni chiqqan, og'zi yarim ochiq, qulog'ining shakli o'zgargan bo'ladi. Bundan tashqari suyak va yurak - tomir tizimlari, jinsiy a'zolari va boshqalar nuqsonli bo'lishi mumkin.

Bunday patologik holatning yuzaga kelishi genetik (nasliy) omillarga yoki xromosomalar aberfasiyasiga bog'liq deb hisoblanadi. Ammo tashqi sharoit ham yomon ta'sir ko'rsatishi mumkin.

HOMILA VA CHAQALOQLARNING GEMOLITIK KASALLIGI

Rezus-faktor deb ataluvchi antigen ko'p odamlarning (85%) qonida bo'ladi. Taxminan 15% kishilarning qoni rezus-manfiy hisoblanadi.

Qoni rezus-manfiy ayol, qoni rezus-musbat erkakdan homilador bo'lsa homilaning qoni ko'p hollarda ota qoni bo'yicha, ya'ni rezus-musbat bo'ladi.

Bunday hollarda rezus faktor homila qonidan plasenta orqali ona qoniga o'tadi va antirezus–antitelolar paydo bo'lishiga olib keladi.

Antirezus – antitelolar plasenta orqali homila qoniga o'tadi va eritrositlarni gemolizlaydi, natijada gemolitik kasallik vujudga keladi. Gemolitik kasallikning belgilari:

- a) anemiya (kamqonlik) – yengil turi;
- b) sarig'lik turi – yengil turi;
- d) shishli turi (to'qimalarning shishishi) – og'ir turi.

Ona qornida rezus-antitelolar hosil bo'ladigan homilada yuqoridagi belgilari bor kasallik vujudga keladi. Gemolitik kasallikning sariq turi ko'pincha kamqonlik bilan o'tadi. Izoimmunizatsiya tufayli eritrositlar parchalanib, gemolizga uchraydi, bilirubin to'planadi. Kasallikning og'ir shaklida, kamqonlikdan tashqari plasenta katta va shishgan, taloqning kattalashuvi, miya po'stloq osti mag'zining sarg'ayishi, miyaning shishishi, istisqo, gidrotoraks kuzatiladi.

Gemolitik kasallikning haddan tashqari og'ir shaklida homila ona qornida nobud bo'ladi yoki juda og'ir holatda tug'iladi. Gemolitik kasallik bilan tug'ilgan chaqaloqlarning kindigi 12 sm uzunlikda qoldirilib kesiladi va kindik venasidan gemoglobin, qon guruhi, bilirubin, rezus faktorni aniqlash uchun qon olinib, laboratoriyada tahlil qilinadi.

Og'ir gemolitik kasallik bilan tug'ilgan chaqaloqlarning qoni almashlab quyiladi, ya'ni kindik venasidan shpris bilan 20 ml qon so'rib olinib, o'rniga 20 ml rezus manfiy chaqaloq qon guruhiga mos guruh qoni quyiladi. Shu tariqa 100–150 ml gacha qon almashlab quyiladi. Bundan tashqari venaga vitaminlar, intoksikatsiyani yo'qotuvchi eritmalar, zarurat bo'lganda gormonlar (prednizolon) yuboriladi.

Homilaning gemolitik kasalligini oldini olish maqsadida oila va nikoh maslahatxonalarida rezus-faktorlari mos bo'lgan kelin-kuyovlarga turmush qurish tavsiya etiladi. Agarda rezus manfiy qoni bo'lgan ayol rezus musbat qonli erkak bilan turmush qurgan hollar uchrasa homiladorlik paytida xotin-qizlar maslahatxonasida davriy ravishda ayol qonida antirezus antitelolar titri aniqlanib boriladi va dezintoksikatsiyalovchi davo vositalari qo'llaniladi.

HOMILANING NOBUD BO'LISHI

Homilaning nobud bo'lishiga asosan uning rivojlanish sharoitining buzilishlari sabab bo'ladi. Asosan gipoksiya chaqiruvchi patologik jarayonlar katta ahamiyatga ega. Masalan: homilaning zaharlanishi, gemolitik kasalligi va infeksiyaga chalinishi, homilador ayollarda o'tkir yuqumli kasallik (gripp, virusli kasalliklar, tif, listerioz, malyariya, toksoplazmoz, lyambliya) gestozni og'ir ko'rinishlarida (preeklampsiya, eklampsiya), buyrak kasalliklarida, yurak

dekompensatsiyasi, yurak porogi, gipertoniya va boshqa og'ir kasalliklarda ham homila nobud bo'lishi mumkin.

Homila ba'zi bir taraqqiyot nuqsonlari bo'lishi natijasida ham nobud bo'ladi. Bularga homilador ayolning zaharlanishi (oksidlangan uglerod, simob, spirtli ichimliklar, nikotin, narkotik moddalar), homila kindigida chin tugunni bo'lishi va kindikka o'ralib qolishi, plasentani barvaqt ko'chishi va yelbo'g'oz ham sabab bo'ladi.

Homila tug'ilishigacha nobud bo'lishi antenatal, tug'ruq vaqtida nobud bo'lishi intranatal o'lim deb ataladi.

Perinatal o'lim 3 ga bo'linadi

- a) antenatal;
- b) intranatal;
- d) postneonatal.

**28 haftadan
tug'ruqqacha**
antenatal o'lim

**Tug'ruq
davrida**
intranatal o'lim

**Tug'ruqdan keyin 6
sutka ichida o'lim**
postneonatal o'lim

Homilaning o'lganini quyidagi belgilarga asoslanib aniqlanadi:

1. Homila yuragining urmay qo'yishi va qimirlamay qolishi.
2. Bachadonning o'smay qolishi (qorindagi homila o'sishdan to'xtashi va ha deganda tug'ilavermasa, qog'onoq suvlari sekin-asta shimilib ketishi sababli).
3. Sut bezlarining bo'rtishi barham topadi, qorinda og'riq seziladi, ayol betoblik, charchash his qiladi. Ba'zan ayollarning umumiy ahvoli o'zgarmaydi.
4. Homilador ayol siydigida xoreal gonadotropinning keskin darajada kamayganligi va ultratovush tekshiruvida homila yurak tonlarining yo'qligi uning nobud bo'lganligidan dalolat beradi. Homila nobud bo'lgach tez orada tushadi yoki bachadon bo'shlig'ida birqadar uzoq vaqt ushlanib qoladi. Bachadonda ushlanib qolgan o'lik homila turli o'zgarishlarga uchraydi.

O'LIK HOMILANING MASERATSIYASI

Maseratsiya – homila to'qimalarining chirmasdan namligicha irishi demakdir. Qog'onoq suvi va qon zardobi homila to'qimalariga shimiladi.

Dastlab teri pufakchalar bilan qoplanib, keyin palaxsa-palaxsa bo'lib ko'chadi. Keyinchalik homila ilvillab, kalla suyaklari harakatchan bo'lib, to'qimalar esa sarg'ish tusga kirib qoladi.

Mumifikatsiya – (mumiylanish) – homilaning quruq irishi – maseratsiyaga nisbatan kamroq kuzatiladi. Egizaklardan biri nobud bo'lganda, ba'zan kindikning o'ralib qolganligi natijasida mumifikatsiya ro'y beradi. Bunda qog'onoq suvlari shimilib ketib homila, nobud bo'ladi. Uning tanasi burishib yoki qurishib qog'ozga o'xshab qoladi («qog'oz homila»).

Kamdan-kam hollarda o'lik homila **toshday qotib** qoladi (petrifikatsiya). Bu nobud bo'lgan homila to'qimalariga ohak tuzlarining o'tirishi bilan bog'liq bo'ladi.

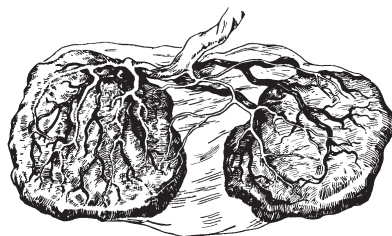
Homila o'lishining oldini olish vrach va akusherlarning eng muhim vazifasidir.

Homila tug'ilguncha o'lib qolishining oldini olishda homiladorlik gigiyenasi qoidalariga, ovqatlanish rejimlariga qat'iy rioya qilish, ayolni yuqumli va boshqa kasalliklardan saqlashning hamda gestozlar, yurak qon-tomirlar tizimi va boshqa a'zolarining kasalliklari bo'lgan homiladorlarni o'z vaqtida aniqlab, kasalxonada davolashning ahamiyati katta.

Tug'ruq profilaktikasi homila ahvolini e'tibor bilan kuzatish, tug'ruq vaqtida kuzatilishi mumkin bo'lgan noxushliklarni o'z vaqtida aniqlash va to'g'ri yordam ko'rsatishdan iborat. Bunda homila asfiksiyasining oldini olish katta ahamiyatga ega.

PLASENTANING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Plasenta odatda yumaloq yoki oval shaklda bo'ladi. Ba'zan u uzunchoq, dukkaksimon, taqasimon shaklda, ikki bo'lak (placenta bipartita) (168-rasm), yoki tomirlar bilan o'zaro bog'langan bir necha qismdan iborat bo'ladi. Haddan tashqari yupqa va keng plasenta (placenta membranacea) kam uchraydi, bitta yoki bir necha qo'shimcha bo'lagi bor plasenta (placenta succentriata) esa ko'proq uchraydi (169-rasm).



168-rasm. Ikki bo'lak plasenta.

Homiladorlikka qadar bachadonning endometriy qavatidagi o'zgarishlar (yallig'lanish, distrofik o'zgarishlar, operatsiyadan so'nggi chandiqlar) plasentada turli taraqqiyot anamoliyalarini keltirib chiqaradi.

Ba'zan plasenta shaklan o'zgarishi mumkin. Gemolitik kasallikning shishli ko'rinishida, zaxmda va boshqa bir qancha kasalliklarda plasenta hajmi katta bo'lishi natijasida, u noto'g'ri joylashishi mumkin.

Plasentada ba'zan qo'shimcha bo'laklar uchraydi, bu bo'laklar plasentadan sal uzoqroq joylashadi, ammo pardalar orasidan o'tuvchi tomirlar yordamida plasentaga ulangan bo'ladi.

Qo'shimcha bo'laklar bachadonda ushlanib qolib, qon ketishiga va chilladagi septik kasalliklarga sabab bo'ladi.

Modomiki shunday ekan, tushgan plasentani ko'zdan kechirganda uning chetidan tomirlar chiqqan-chiqmaganligiga ahamiyat berish zarur. Bunday holat aniqlansa bachadon bo'shlig'ini darhol qo'l bilan tekshirish kerak.



169-rasm. Plasenta va uning qo‘shimcha bo‘laklari.

Bachadon shilliq pardasining holati va plasentaning yopishgan joyi uning shakliga taʼsir etadi. Plasenta tuxum yoʻllari (bachadon naylari)ning bachadondan boshlangan burchagiga yopishganda alohida plasenta rivojlanadi. Bachadon shilliq pardasida yalligʻlanish va distrofik jarayonlar roʻy berganda yupqa va keng plasenta hosil boʻladi.

Plasentada qon aylanishining buzilishi, natijada voronkalarining irishi sababli infarktlar paydo boʻladi, keyinchalik bu yerga fibrin toʻplanadi. Infarktlar 10–20 tiyinlik tangaday keladigan oqimtir yumaloq blyashkalarga oʻxshaydi. Ular plasentaning homilaga va onaga qaragan yuzasida joylashadi.

PLASENTANING BACHADON DEVORIGA YOPISHIB QOLISHI

Normada plasenta vorsinkalari koʻchuvchi pardaning zich qavatiga yopishib oʻsadi, bachadon muskullariga yetib bormaydi. Tugʻruqdan soʻng, plasenta zich qavatdan oson ajraladi. Baʼzan u soxta yoki chin yopishib qolishi mumkin.

Plasenta soxta yopishib qolganda (placenta adhaerens) vorsinkalar bachadon shilliq pardasining bazal qatlamiga chuqur kiradi-yu, bachadon muskul qavatiga yetib bormaydi, bu holda plasentani qoʻlda koʻchirsa boʻladi.

Plasenta chin yopishib qolganda (placenta accreta) vorsinkalar bachadon muskul qavatiga yetib boradi va unga oʻsib kiradi. Chin yopishib qolgan plasentani bachadon devoridan koʻchirib boʻlmaydi. Plasentaning chin yopishib qolishi juda kam uchraydi.

Plasentaning butun yuzasi (toʻla) yoki faqat bir qismi (qisman) yopishib qolishi mumkin. Ilgari boshdan oʻtkazilgan yalligʻlanish kasalliklari (metroendometrit) natijasida roʻy bergan oʻzgarishlar bachadonni qirish va operatsiyadan qolgan yamoqlar, fibromiomalar, bachadonning notoʻgʻri rivojlanganligi, plasentaning yopishib qolishiga sabab boʻlishi mumkin. Shuningdek, koʻp abort qildirgan ayollarda ham plasenta koʻpincha yopishib qoladi.

Plasentaning yopishib qolganligi homiladorlik vaqtida, shuningdek, bachadon boʻynining ochilish va homilaning tugʻilish davrida hech qanday belgi bermaydi. Tugʻruqning III davrida qon keta boshlaydi. Plasentani butun yuzasi yopishib qolsa qon ketmaydi.

Plasenta yopishib qolganda shoshilinch yordam koʻrsatish zarur boʻladi. Plasenta soxta yopishib qolganda qoʻl bilan koʻchiriladi va yoʻldosh bachadon

bo'shlig'idan olib tashlanadi. Plasenta chin yopishib qolganda uni qo'lda ko'chirib bo'lmaydi, shuning uchun bachadonni amputatsiya yoki ekstirpatsiya qilishga to'g'ri keladi.

KINDIK (ANOMALIYALARI) NUQSONLARI

Kindikda juda xilma-xil nuqsonlar uchraydi: ba'zan 3 ta arterial qon tomir, tipik bo'lmagan anastamozlar, haddan tashqari uzun va kalta kindik, chin va soxta tugunlar bo'ladi.

Haddan tashqari uzun va kalta kindik amaliyotda uchrab turadi, lekin yetilgan homila kindigi 50 sm gacha bo'lishi kerak.

Uzun kindik (70–80 sm) kam uchraydi. Kindik biroz uzun bo'lganda tug'ruq yaxshi o'tishi mumkin, ammo haddan tashqari uzun bo'lsa homilaning bo'yniga, tanasiga yoki qo'l-oyoq'iga o'ralib qoladi (170-rasm). Bunday hollarda homila tug'iladigan davrda kindik va undagi tomirlar taranglashib homila asfiksiyasi ro'y berishi mumkin.

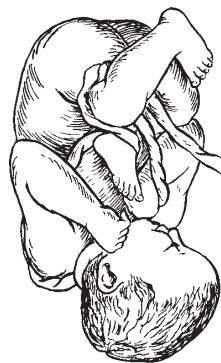
Homila boshi harakatchan bo'lsa, qog'onoq suvlari ketgan vaqtda u kindik uzunligidan qinga chiqib qolishi mumkin va homilani oldinda yotgan qismi qisilib qoladi, yordam berilmasa homila asfiksiyadan nobud bo'ladi.

Kindikni kaltaligi mutloq va nisbiy bo'ladi. Uzunligi 40 sm dan kam bo'lgan kindik mutloq kalta deb ataladi. Uzunligi odatdagicha bo'lib, homilaning bo'yniga yoki tanasiga o'ralish natijasida qisqargan kindik nisbiy kalta kindik deb yuritiladi.

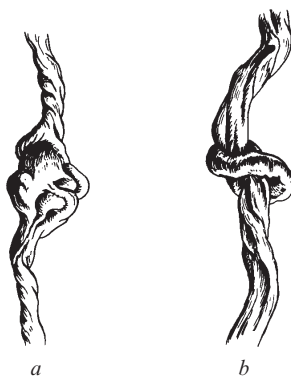
Homila tug'iladigan davrda kalta kindik taranglashadi, buning oqibatida homilaning tug'ruq kanalidan o'tishi sekinlashuvi yoki plasenta bachadon devoridan barvaqt ko'chishi mumkin.

Kindikning chin tugunlari unchalik ko'p uchramaydi (171-a rasm). Ular homiladorlikni dastlabki oylarida, kichik homila kindik qovuzlog'idan sirg'anib o'tgan davrda hosil bo'ladi. Kindik tuguni qattiq tortilmasa, homila tirik tug'iladi.

Kindik tushishi homiladorlik yoki tug'ruq vaqtida qattiq tortilishi mumkin, unda ham homila asfiksiyadan nobud bo'ladi.



170-rasm. Homilaning bo'yni va oyoqlariga kindik o'ralib qolishi.



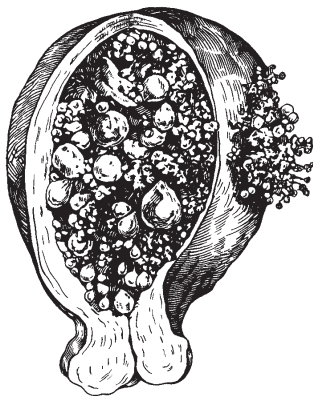
171-rasm. Kindik tugunlari. a—chin tugun; b—soxta tugun.

Kindikning soxta tugunlari (171-b rasm), kindik venasidan bir qismining varikoz kengayishi va varton dirildog'ining to'planishi sababli kindik tizimchasining u joy-bu joyidan qalin tortishi demakdir.

Soxta tugunlar hech qanday patologiyaga sabab bo'lmaydi. Kindik plasentaning markaziga yoki yoniga yopishadi, chetiga yopishish kam uchraydi. Ba'zan kindik plasentaning chetidan birmuncha narida pardalarga yopishadi. Kindikning pardaga yopishishi deb shunga aytiladi. Kindik shu tariqa yopishganda kindik tomirlari plasentaga amnion bilan xorion parda orasidan o'tadi. Pardalarni shu qismi bachadoning pastki segmentida joylashsa, tug'ruq vaqtida yorilishi mumkin, shu payt uzilgan kindik tomirlaridan qon ketib, qorindagi homila hayotiga xavf tug'diradi.

HOMILA TUXUMI PARDALARINING KASALLIKLARI

YELBO'G'OZ (MOLA HYDATIDOSA)



172-rasm. Yelbo'g'oz
(destruksiyalovchi shakli).

Yelbo'g'oz homila tuxumining kasalligi bo'lib, unda xorion vorsinkalari och rangli suyuqlik bilan to'lgan pufakchalarga aylanadi (172-rasm). Pufakchalar tizimchasimon poyachalarda joylashib kattaligi tariqdan tortib to'olchadek keladi. Pufakchalarning konglomeratlari (to'plamlari) tashqi ko'rinishiga ko'ra uzum shingiliga o'xshaydi.

Xorion yelbo'g'ozga aylanganda vorsinkalar epiteliysi (sinsitiy va sitotrofoblast) o'sib, vorsinkalar stromasi shishadi. Pufakchalar desidual pardaga o'sib kiradi, bu parda yupqa tortadi, ko'pincha desidual pardaning uzilgan tomirlaridan pufakchalar atrofiga qon quyiladi. Pufakchalar ba'zan desidual pardani teshib o'sib, bachadon muskullarining orasiga kiradi, bachadon devorlarini yemirib, qorin bo'shlig'iga o'tadi. Yelbo'g'ozning yemiruvchi shakli kam uchraydi.

Yelbo'g'oz to'liq va qisman bo'ladi. **To'liq yelbo'g'ozda** xoriondagi hamma vorsinkalar pufakchaga aylanadi (degeneratsiyasi). Homiladorlikning dastlabki oylarida, placentaga hali to'la shakllanmaganda xorion kasallansa yelbo'g'ozning to'liq shakli kuzatiladi. **Qisman yelbo'g'oz** homiladorlikning keyingi oylarida ro'y beradi, bunda placentaga vorsinkalaridan bir qismi yelbo'g'ozga aylanadi.

To'liq yelbo'g'ozda homila hamisha nobud bo'lib, parchalanadi va shimilib ketadi. Qisman yelbo'g'ozda ham homila ko'pincha nobud bo'ladi, plasentaning kichikroq bir qismi ayniganidagina homila rivojlanishi mumkin, lekin bunday hollar kam uchraydi.

Homila nobud bo'lgach, yelbo'g'oz o'saveradi va bachadon tez kattalashadi. Tuxumdonlarda ko'pincha kistalar hosil bo'ladi, ular sariq tanalardan kelib chiqadi. Yelbo'g'oz olib tashlangandan keyin bu kistalar odatda kichrayib yo'qoladi.

Yelbo'g'ozning klinik manzarasi quyidagi asosiy belgilar bilan ta'riflanadi:

1. Homiladorlik muddati bilan bachadon kattaligi bir-biriga mos kelmaydi. Bachadon normal homiladorlikning tegishli oyidagiga nisbatan ancha kattaroq bo'ladi (homiladorlikning III oyida bachadon 4–5 oylik homiladorlikka mos keladi va hokazo). Bachadon berch elastik bo'ladi.

2. Homiladorlikka xos belgilar bo'lmaydi: homila qismlari paypaslab topilmaydi, homilaning yurak tonlari eshitilmaydi va qimirlashi sezilmaydi.

3. Yelbo'g'ozning eng muhim simptomi – bachadondan qon ketishi dastlabki oylarda boshlanadi, u goh susayib, goh kuchayib, yelbo'g'oz tug'ilguncha davom etadi. Qon suyuq to'q rangda bo'ladi, unga bazan yelbo'g'oz pufakchalari aralashib chiqadi. Odatda qon ko'p ketmaydi, yelbo'g'oz tug'ilgan vaqtda qon ketishi kuchayadi.

4. Yelbo'g'oz davom etayotganda ko'pincha homiladorlik gestozlari (qusish, preeklampsiya, eklampsiya) paydo bo'ladi. Qon uzoq vaqt ketavergach ayolda kamqonlik kuzatiladi.

Yelbo'g'oz homiladorlikning V–VI oyida o'zicha tug'ilishi mumkin, ba'zan yelbo'g'ozning tug'ilishi X oygacha cho'ziladi va undan ham kechikadi. Tug'ilayotgan yelbo'g'oz bachadon devorlaridan ko'chib, dard tutishi bilan chiqib ketadi. Yelbo'g'ozning destruksiyalovchi shaklida qon ketishi ayol hayoti uchun xavf tug'diradi. Yelbo'g'ozning xavfi yana shundaki, undan keyin ba'zan xorionepitelioma avj oladi. Xorionepitelioma tez o'sib, uzoqdagi a'zolariga metastaz beradi.

Yelbo'g'oz yuqorida ko'rsatilgan asosiy klinik belgilariga qarab aniqlanadi. Ashgeym – Sondek reaksiyasi diagnostikaning qo'shimcha usuli bo'lib xizmat qiladi. Yelbo'g'oz bo'lgan ayol organizmida bir talay gonadotrop gormon hosil bo'ladi. Modomiki shunday ekan, ayolning hatto suyultirilgan siydigi sichqonlarga yuborilganda ham Ashgeym – Sondek reaksiyasi musbat bo'lib chiqadi.

Yelbo'g'oz aniqlanganda va hatto unga shubha tug'ilganda ham ayolni tug'ruqxonaga yotqiziladi. Qon ko'p ketmayotgan bo'lsa, yelbo'g'ozni tushirish chora-tadbirlari ko'riladi.

Yelbo'g'ozni bachadon devoridan ko'chirish va tushirish maqsadida oksitosin, pituitrin va bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan boshqa dorilar buyuriladi. Qon ko'p ketganda va bachadon teshigi yetarli darajada ochilganda bir yoki ikki barmoqni bachadon bo'shlig'iga suqib yelbo'g'oz olib tashlanadi. Qon ko'p ketayotgan bo'lsa-yu bachadon teshigi ochilmagan bo'lsa, servikal kanali metall kengaytirgichlar bilan kengaytirilib, shundan keyin yelbo'g'ozni barmoqda yoki vakuum ekskoxleatorda avaylab olib tashlashga to'g'ri keladi.

Yelbo'g'oz bo'lgan ayolning bachadonini qirish xavflidir, chunki yupqa tortgan bachadon devori teshilishi mumkin. Ko'p qon ketganda va bachadon

bo'shlig'iga barmoq suqishning iloji bo'lmagandagina yelbo'g'ozni to'mtoq kyuretki bilan avaylab olishga to'g'ri keladi. Yelbo'g'oz tug'ilgach bachadon qisqarib, teshilish xavfi kamayadi, shundan keyin bachadonni tekshirish maqsadida qiriladi va yelbo'g'ozning ushlanib qolgan zarralari olib tashlanadi. Yelbo'g'oz olib tashlangach xorionepitelioma paydo bo'lishining oldini olish maqsadida ayol 1–1,5 yilgacha muntazam kuzatib turiladi.

XORIONEPITELIOMA

Xorionepitelioma – xorion hujayralaridan paydo bo'lib, tez o'sadigan xavfli o'smadir. Makroskopik tekshirishda xorionepitelioma bachadon devoridagi ko'k-qizil tugunlar yoki diffuz o'simalarga o'xshaydi. O'sma tomirlarda joylashadi, shuning uchun zarralari gemotogen yo'l bilan turli a'zolariga tarqaladi.

Xorionepitelioma metastazlari o'pka, qin, miya, jigar, ichak va boshqa a'zolarida kuzatiladi. Xorionepiteliomaning muhim xususiyati shuki, metastazlar tez paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi: bachadon qisman kattalashgan, xamirsimon, bo'shashgan, asiklik qon ketishi yoki qonli - yiringli chiqindi kelishi bilan ta'riflanadi. Bachadon kattalashib, tuxumsimon shaklga kiradi. Keyinchalik kamqonlik avj oladi, tana harorati ko'tariladi, yo'tal paydo bo'ladi, ayol qon tuflaydi (o'pkada metastaz paydo bo'lgani alomati) va muayyan a'zoda metastaz paydo bo'lganidan darak beruvchi boshqa buzilishlar yuzaga keladi. Qindagi metastaz ko'k-qizil tugunga o'xshaydi.

Xorionepiteliomani o'z vaqtida aniqlamoq uchun Galli-Maynini yoki Ashgeym-Sondek reaksiyasini muntazam qo'yib tekshirish kerak. Xorionepitelioma paydo bo'lganda bu reaksiyalar musbat bo'ladi, hattoki siydikning 1 ml ni 100 ml suv bilan aralashtirganda ham.

QOG'ONOQ SUVINING KO'PLIGI

Qog'onoq suvining ko'pligi (hyperhydramnion) amnion bo'shlig'ida qog'onoq suvlarining ortiqcha to'planishi bilan ta'riflanadi. Homiladorlikda qog'onoq suvlarining normal miqdori 1 l (0,5 l dan 1,5 l gacha). Qog'onoq suvi ko'payganda 3–5, ba'zan 10–12 l ga yetadi va hatto undan ham oshadi.

Qog'onoq suvining ko'payish sabablari ham yetarlicha aniqlanmagan, bu anomaliyani amnion epiteliysi fuksiyasining buzilishiga aloqador deb taxmin qilishadi. Egizaklar rivojlanishida, homilaning rivojlanish anomaliyalarida va onaning ba'zi kasalliklari (diabet, nevril) da ko'pincha qog'onoq suvi ko'payadi. Egizaklar rivojlanishida bir homilaning qog'onoq suvi ko'p, ikkinchisini kam bo'lishi ham mumkin.

Qog'onoq suvi odatda homiladorlikning o'rtasida yoki ikkinchi yarmida ko'paya boshlaydi. Qog'onoq suvining ko'pligi o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir turi tezlik

bilan, surunkali turi esa sekin-asta avj oladi. O'tkir turi surunkali turiga qaraganda kamroq uchraydi. Qog'onoq suvi kam bo'lganda homiladorlik va tug'ruq og'irlashadi.

Qog'onoq suvi haddan tashqari ko'p bo'lganda bachadon juda kattalashib, qo'shni a'zolari qisib qo'yadi va diafragmani yuqoriga ko'tarib yuboradi. Homilador ayol tez charchab, halloslaydi, tobi qochadi, oyoqlari shishadi, qornida og'irlik va og'riq sezadi, ko'pincha homiladorlik gestozlari ro'y beradi.

Qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homila harakatchanligidan chanog'i oldinda yotadi, homila ko'ndalang va qiyshiq vaziyatlarni oladi.

Qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homiladorlik odatda barvaqt tug'ish bilan tugaydi. Ayni vaqtda tug'ruq cho'zilib ketadi, kuchanish aksari sust bo'ladi. Suv ketgan vaqtda homilaning yumshoq qismlari, ayniqsa kindigining qinga chiqib qolishi oson bo'ladi. Yo'ldosh tushish va chilla davrlarida ko'pincha qon ketadi.

Qog'onoq suvining ko'pligi quyidagi belgilarga asoslanib aniqlanadi. Bunda bachadon haddan tashqari katta, tarang, berch-elastik bo'ladi. Qorin hajmi kindik ro'parasida 100 sm dan oshib, 110–120 sm ga yetadi va hatto undan ham oshadi.

Qog'onoq suvi haddan tashqari ko'p to'planganidan homila qismlari qiyinlik bilan paypaslanadi, homilaning yurak tonlari bo'g'iqtuyuladi yoki eshitilmaydi. Homila pufagining dard tutgan vaqtdagina emas, ular orasidagi pauzalarda ham juda taranglashganligi tug'ruq vaqtida qin orqali tekshirishda aniqlanadi. Qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homilador tug'ruqxonaga yotqizilishi kerak.

Qog'onoq suvi ko'pligining o'tkir turida qon aylanish va nafas olish funksiyasi buziladi, shunda homila pufagi tug'ruqqa qadar sun'iy yo'l bilan yirtiladi, surunkali turida esa homiladorlik vaqtida operatsiya qilish tavsiya etilmaydi. Qog'onoq suvi ko'p bo'lganda tug'ruq ko'pincha og'irlashuvi mumkin, shuning uchun (tug'ruq kuchlarining sustligi, kindik chiqib qolishi, homilaning noto'g'ri yotishi, qon ketishi va hokazo) homilador ayol vrach nazorati ostida tug'ishi lozim.

Tug'ruqning birinchi davrida bachadon teshigi 2–3 barmoq eniga ochilishi bilan homila pufagini yirtish (pufakni markazdan emas, balki yonidan teshish kerak) va kindik chiqib ketmasligi uchun qo'lni qindan darrov tortib olmay, suvni sekin-asta chiqarish kerak. Homila noto'g'ri yotganda oyog'iga burish operatsiyasi qilinadi.

QOG'ONOQ SUVINING KAMLIGI

Qog'onoq suvining kamligi (oligohydramnion) gipergidroamnionga qaraganda kamroq uchraydi. Amnion (qog'onoq pardasi) epiteliysi sekretor funksiyasining susayishi qog'onoq suvining kam bo'lishiga sabab bo'ladi deb hisoblanadi.

Qog'onoq suvi kam bo'lsa bachadon bo'shlig'i kichkina bo'lib, o'sayotgan homila amnionga va bachadon devorlariga zich taqalib turadi. Shu sababli homilaning to'g'ri o'sishi qiyinlashadi.

Qog'onoq suvi juda kam bo'lsa, homilaning umurtqa pog'onasi va qo'l-oyog'i qiyshayadi, panjasi qiyshiq bo'lib qoladi, terisining ayrim joylari amnionga yopishib

ketadi. Bu joylari ba'zan cho'zilib tortiladigan va iplar (Simonart boylamlari) ni hosil qiladi, bular esa homilaning qo'l-oyoqlariga, kindigiga va panjasining boshqa qismlariga o'ralib qolishi mumkin. Homilaning qo'llari, oyoqlari, barmoqlari uzoq vaqt bu iplar bilan o'ralib qolishi va oziqlana olmasligi natijasida uzilib tushishi mumkin.

Kindik tomirlari tortilib qolganda homila nobud bo'ladi. Qog'onoq suvi kam bo'lganda tug'ruq davri cho'zilib ketadi, dard tutishi og'riqli bo'ladi. Tug'ruqni tezlatish uchun bachadon bo'ynining to'la ochilishini kutib o'tirmasdan homila pufagini yirtishga to'g'ri keladi.

Amnion gidroreyasi shu bilan ta'riflanadiki, homiladorlik vaqtida pardalarning ichki teshik yuqorisidan yirtilishi sababli qog'onoq suvlari oz-ozdan oqib ketadi. Bunday hollarda homiladorlik aksari chala tug'ish bilan tugaydi. Homilaning tanasi va qo'l-oyoqlari ko'pincha qiyshiq bo'lib tug'ilishi mumkin.

HOMILA PARDALARINING O'Z VAQTIDA YIRTILMASLIGI

Tug'ruq normal o'tganda bachadon bo'yni teshigi to'la yoki deyarli ochilgandan keyin homila pufagi yoriladi. Homila pufagi bachadon bo'ynining tekislashishiga va teshikning ochilishiga yordam beradi; homila pufagining o'z vaqtida yorilishi tug'ruqning o'tishi va homila hayoti uchun katta ahamiyatga ega.

HOMILA PARDALARINING BARVAQT VA ILK YIRTILISHI

Homila pardalarining tug'ruq boshlanguncha yirtilishi **barvaqt yirtilish** deb, tug'ruq boshlangan paytdan tortib to bachadon bo'yni teshigi to'la (yoki deyarli to'liq) ochilguncha yirtilishi **ilk yirtilish** deb ataladi.

Homilaning oldinda yotgan qismi kichik chanoq og'ziga tushmay, tegish belbog'i bo'lmaganda, shu tariqa oldingi va orqa suvlar bir-biridan ayrilmaganda homila pardalari ko'pincha barvaqt va ilk yirtiladi (qog'onoq suvlari barvaqt va ilk ketadi.) Chanoq tor bo'lganda, homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda, chanoq oldinda yotganda, oyoq oldinda yotganda, qog'onoq suvi ko'p bo'lganda homila pardalari barvaqt ilk yirtiladi.

Bachadon bo'yni yumshamaganda (rigidlik) va yoki elastikligi kam bo'lganda ham qog'onoq suvi barvaqt va ilk yirtilishi mumkin.

Qog'onoq suvlarining barvaqt va ilk yirtilishi tug'ruqning jiddiy og'irlashuvi hisoblanadi. Bachadon bo'yni teshigi ochiladigan davr odatda cho'zilib ketadi, dard og'riqli bo'ladi, ko'pincha kuchaniq sustlashib qoladi. Homilaning oldinda yotgan qismi bilan tug'ruq yo'llari o'rtasida tegish belbog'i hosil bo'lmasdan turib qog'onoq suvi ketganda homilaning mayda qismlari, ayniqsa kindigi chiqib qolishi mumkin. Bachadon bo'shlig'i uzoq vaqtgacha qinga bemalol tutashib turadi, shu sababli bachadonga mikroob kiradi. Tug'ruqda suvsizlik davri uzoq davom etganda, bachadon shilliq pardasining yallig'lanishi oson, ayni vaqtda tana harorati ko'tariladi, puls tezlashadi, qindan loyqa chiqindi keladi.

Qog'onoq suvi barvaqt ketganda ko'pincha homila asfiksiyasi kuzatiladi.

Qog'onoq suvlari barvaqt ketganda ayolni darhol tug'ruqxonaga yotqizish zarur bo'ladi. Tug'ruqxonada mikroob tushishining va homila asfiksiyasining oldini olish choralari ko'riladi.

Qog'onoq suvi ko'p ketganidan so'ng dard tutmasa darhol bachadon qisqaruvchanligini oshiruvchi dorilar buyuriladi. Dard sust tutsa, bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytirish choralari ko'riladi, dard tutish og'riqli bo'lsa, og'riqni qoldiradigan dorilar buyuriladi.

HOMILA PARDALARINING KECHIKIB YIRTILISHI

Bachadon bo'ynining tegishli ochilgani holda homila pufagi yorilmay butun tursa va oldingi suv ketmasdan turib homilaning tug'ilish davri boshlansa, homila pardalari **kechikib yirtilishi** deyiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lib o'z vaqtida yirtilmaganda yoki aksincha, haddan tashqari cho'ziluvchan bo'lganda kechikib yirtiladi.

Homila pardalarining kechikib yirtilishi ba'zan oldingi suvning kamligiga bog'liq bo'ladi. Oldingi suv kam bo'lganda homila pufagi kam bo'linadi, pardalar homilaning boshiga yaqin joylashadi va hatto unga taqalib turadi (**yassi pufak**).

Homila pardalari kechikib yirtilganda tug'ruq cho'zilib ketadi, dard tutishi og'riqli bo'ladi, homila tug'iladigan davrda oldinda yotgan qism sekin harakatlanadi.

Bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilgani holda, pardalarning butunligi aniqlangan holda ularni sun'iy yo'l bilan yirtish zarur. Tarang turgan homila pufagi ishora barmog'ini botirib yoki ikki barmoq orasiga olib yirtiladi. Homila pardalari haddan tashqari zich bo'lsa, o'qsimon (pulevoy) qisqich branshasi, uzun pinset yoki kornsang bilan teshish mumkin. Homilaning oldinda yotgan qismi chanoq og'zining ustida turgan bo'lsa, qog'onoq suvi sekin-asta chiqariladi.

Homila pufagi jinsiy yoriqdan do'ppayib chiqib turgan bo'lsa, barmoq bilan yirtiladi. Odatda shundan keyin homila boshi tez orada suqilib kira boshlaydi.

Chaqaloq homila pardalari bilan ("ko'ylakda") tug'ilgan bo'lsa, nafas yo'llarini bo'shatish uchun birinchi navbatda uning yuzidagi pardalarni darhol olish kerak. Aks holda chaqaloq asfiksiyasi ro'y beradi.

Nazorat uchun savollar

1. Homila rivojlanishi nuqsonlarining turlari.
2. Homila rivojlanishi nuqsonlarini keltirib chiqaruvchi sabablar.
3. Homila va chaqaloqlar gemolitik kasalligining sabablari, asoratlari va profilaktikasi.
4. Yelbo'g'oz kasalligining turlari va klinikasi.
5. Homila pardalarining barvaqt va ilk yirtilishi.
6. Plasentaning rivojlanish anomaliyalari.
7. Plasentaning yopishib qolish turlari va ularning bir-biridan farqi.

XX BOB. HOMILADORLIKNING BARVAQT TO'XTASHI

ABORT (BOLA TASHLASH)

Homiladorlikning dastlabki 28 haftasida (akusherlik hisobicha 7 oyda) to'xtashi **abort** (abortus) deb ataladi. Homiladorlikning 29 haftadan 38 haftagacha to'xtashi **chala tug'ish** (partus prematurus) deb ataladi.

28 haftagacha tug'ilgan homila yashab ketishi qiyin (juda kam istisnolarni qo'shmaganda). **Chala tug'ilgan** bola yaxshilab parvarish qilinsa (masalan, vazni 1000 – 2500,0 g, bo'yi 35 sm dan – 47 sm gacha) bo'lganda ham yashab va rivojlanib ketadi.

Dastlabki 14 haftadagi abort **ilk abort** deb, 14 haftadan 28 haftagacha bo'ladigan abort **kech abort** deb ataladi.

Abort o'z-o'zidan va sun'iy bo'ladi. **O'z-o'zidan** bo'ladigan abortga (bola tushish) (abortus spontaneus) – ayolning ixtiyoridan tashqari ro'y beradi. Bola tushishi takrorlanib tursa, **odat bo'lib qolgan** abort deb ataladi.

Homiladorlikni ataylab to'xtatish **sun'iy abort** (abortus artificialis) deb yuritiladi.

Tibbiyot muassasalaridan tashqarida tib ilmidan bexabar yoki chalasavod kishilar tomonidan qilingan abort **kriminal** (jinoiy) **abort** deyiladi.

Ko'pgina mualliflarning fikricha o'z-o'zidan bo'ladigan abort (bola tushish) 2–8% uchraydi.

N.S.Baksheyev bo'yicha sun'iy abort qilish 2,5–4% gacha, homiladorlikning muddatidan oldin to'xtashi 3,5–4% ga yetadi. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, bunday holatlar shaharda yashovchi ayollar o'rtasida qishloqda yashovchilarga nisbatan 2–3 marotaba ko'p uchrar ekan. Ayniqsa, bu 25 yoshgacha bo'lgan bitta tug'gan, yoki birinchi homilasini abort qildirgan ayollarda ko'proq kuzatiladi.

O'Z-O'ZIDAN BO'LADIGAN ABORT (BOLA TASHLASH)

Bola tushishining sabablari har xil: o'tkir yuqumli kasalliklar (gripp, qorin tifi va boshqalar) ning mikroblar toksinlari homilaga o'tib, uni nobud qiladi yoki bemor ayolning tana harorati ko'tarilishi natijasida bachadon vaqtidan ilgari qisqaradi. Bu holat bola tushishiga sabab bo'ladi.

Surunkali yuqumli kasalliklar (brusellyoz, zaxm, toksoplazmoz, bezgak va boshqalar) da intoksikatsiya sababli yo'ldoshdagi xorion tukchalar tomiri atrofiyalanib, hatto ba'zan yo'q bo'lib ketadi. Natijada bu ham homilaning vaqtidan ilgari tushishiga sabab bo'ladi.

Qon tizimlarining chunonchi, ona bilan homila qonining rezus jihatdan bir-biriga mos kelmasligi ham, homilaning o'lik tushishiga sabab bo'ladi (ona qonida rezus omil manfiy, homilada esa musbat bo'lsa).

Yurak, buyrakning og'ir kasalliklarida (yurak porogi, nefrit, piyelonefrit qaytalashida, bola tushishiga moyil sharoit vujudga keltirishi mumkin), oziq-ovqatlarda vitaminlar (A,B,C,E va boshqalar) ning yetarli bo'lmashligi ham bola tushishiga sabab bo'lishi mumkin.

Listerioz, toksoplazmoz, ornitoz kasalliklari ham homiladorlikning barvaqt to'xtashiga sabab bo'ladi.

Ba'zi bir mualliflarning aytishicha, trixomonoz kasalligi, virusli infeksiyalar ham bola tushishiga sabab bo'lishi mumkin.

Infantilizm va neyroendokrin tizim faoliyatining buzilishi yoki yetishmovchiligi, ko'pincha birinchi homiladorlikda bola tushishiga va keyinchalik bola tushishi takrorlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Jinsiy a'zolarining chala yetilganligi (infantilizm) va bachadonning surunkali yallig'lanish kasalliklari (metrit, endometrit), shuningdek, abort hamda operatsiyadan keyin bachadon bo'g'zi va ichki teshigi atrofidagi doira muskullarining shikastlanishi o'z-o'zidan bo'ladigan abortning ko'p uchraydigan sabablariga kiradi.

Ba'zan bachadon bo'ynining shikastlanishi natijasida, kanali ochilib qolib, homila tuxumi bachadonda ushlanib qolmaydi. Shuningdek, asabi bo'sh ayollar kuchli ruhiy hayajonlanganda (masalan qo'rqqanda) bola tushishi mumkin.

Homilador ayol organizmining kimyoviy moddalar: simob, qo'rg'oshin, uglerod (II)-oksid, benzin, anilin bo'yoqlar, alkagol, morfin, nikotinlar va boshqa moddalardan zaharlanishi ham bola tushishiga sabab bo'ladi.

Adabiyotlarda ko'rsatilishicha, homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtashining 12-41,5% ida sababi aniqlanmagan.

I.Z.Zokirov, F.Yu.Garib va boshqalar homilador ayollar organizmida T-limfasitlar asta-sekin kamaya borib, nihoyat homiladorlik oxirida genetik jihatdan ona bilan homila antigenlarining mos kelmasligi natijasida homilaning vaqtidan oldin tug'ilishini kuzatganlar. Mualliflar transplantagenning ko'chishi asosan T-limfasit tizimiga bog'liqdir, – degan fikrni ilgari suradilar.

So'nggi yillarda ona-yo'ldosh-homila tizimida immunologik buzilish hollari ko'p kuzatilmoqda. Bir qator holatlarda yo'ldoshdagi immunodepressiv omillarning kamayishi natijasida, fetoplasentar kompleks o'rnidan ko'chadi va natijada homiladorlik vaqtidan oldin to'xtaydi deydlar.

Homiladorlikning normal kechishida immunitetning gumoral zvenosi ham bir qator o'zgarishlarga uchraydi. I.Z. Zokirov va F.Yu. Gariblar abort xavfi paydo bo'lib, homila tuxumi bachadon devoridan ajrala boshlaganda antiplasentar antiteloning yuqori titrda bo'lishini va homiladorlikning barvaqt to'xtashida patogenetik ahamiyatga ega ekanligini yozadilar.

Bachadonning noto'g'ri taraqqiy qilishi (ikki shoxli bachadon) ham bola tushishiga sabab bo'ladi. Bunda bachadon bo'shlig'i juda kichik, muskul qavati zaif bo'ladi, u yetarli darajada cho'zila olmaydi. Homilaning bachadon devoriga yetarli darajada payvandlanmasligi ham homilaning barvaqt tug'ilishiga sabab bo'ladi.

Bachadon orqaga qayrilgan bo'lsa, homiladorlik tufayli o'sa borganda, chanoq ichida siqilib, homila erta muddatda tushadi.

Bundan tashqari homiladorlik vaqtida yiqilish, og'ir yuk ko'tarish, biror sababdan shikastlanish, qo'pol jinsiy aloqa va boshqalar ba'zan homilaning chala tug'ilishiga olib keladi. Homiladorlikning kechki muddatlarida homilaning chala tug'ilishiga ko'pincha yuqumli kasalliklar sabab bo'ladi.

Homiladorlikning barvaqt to'xtalishiga yuqoridagilardan tashqari yo'ldoshning bachadonda noto'g'ri joylashishi, qog'onoq suvining ko'pligi va ko'p homila, yo'ldoshning barvaqt ko'chishi kabi muammolar sabab bo'ladi.

Abort vaqtida homila tuxumi sekin-asta bachadondan ko'chadi, shu payt bachadonning desidual pardasidagi qon tomirlari shikastlanadi. Ko'chgan homila tuxumi nobud bo'ladi va quyilgan qonni shimib oladi.

Bachadon muskullarining qisqarishi (dard tutishi) tufayli bachadon bo'ynining kanali ochiladi va homila tuxumi butunlay (bir momentli abort) yoki bo'lak-bo'lak bo'lib (ikki momentli abort) tushadi.

Bachadon qisqarishlari tufayli ayol qornining pastki qismida tez-tez og'riq tutayotganligini sezadi, shu bilan birga kech abortda og'riq qattiqroq bo'ladi.

Ilk abortda og'riq kam bo'ladi yoki butunlay sezilmaydi. Kech abort odatda tug'ruqqa o'xshab o'tadi: bachadon bo'yni tekislanadi va teshigi ochiladi, qog'onoq suvlari ketadi, homila tug'iladi so'ngra yo'ldosh tushadi. Yo'ldoshning ko'chishi va tushish jarayoni buzilganda qon ketishi mumkin.

Abortning o'tishi quyidagi bosqichlarga bo'linadi:

1. Abort xavfi, yoki tahdid qiluvchi abort (abortus imminens).
2. Boshlangan abort (abortus insipiens).
3. Jadallashgan abort (abortus progrediens).
4. Chala abort (abortus incompletus).
5. To'liq abort (abortus completus).

1. Tahdid qiluvchi abortda (abortus imminens) homila tuxumi bachadon shilliq pardasiga yopishgan, hali ko'chmagan bo'ladi. Qonli chiqindi kelmaydi. Qorin pastida yoki bel sohasida og'riq seziladi. Qin orqali tekshirganda abort xavfi bo'lsa, bachadon bo'ynining shakli o'zgarmagan va ochilmagan bo'ladi. Bachadon biroz taranglashgan bo'ladi. Bunday abort xavfi davolash natijasida yo'qoladi (og'riq to'xtaydi), ya'ni homila tuxumining bachadon devoridan ajralish jarayoni to'xtaydi. Demak homilani saqlash mumkin bo'ladi.

2. Boshlangan abort (abortus insipiens) beixtiyoriy abortning ikkinchi bosqichi hisoblanadi. Bunda qorin pastki og'rib, qon keladi. Qin orqali tekshirilganda yuqorida aytilgan belgilar bo'lib, faqat bachadon bo'ynining tashqi teshigi barmoq uchi sig'adigan darajada ochiq va bachadon birmuncha taranglashgan bo'ladi.

Boshlanayotgan abortda ham homiladorlikni saqlab qolish mumkin. Agar homila tuxumi bachadondan ko'chishi natijasida nobud bo'lgan bo'lsa, boshlangan abortni to'xtatib bo'lmaydi va bu abortning keyingi bosqichiga o'tib ketadi.

3. Jadallashgan abort (abortus progrediens). Bunda homila tuxumi butunlay ko'chadi va bachadon bo'ynining kengaygan kanali orqali bachadon bo'shlig'idan chiqayotgan bo'ladi. Bachadon bo'ynining kanali ochilganligi, unda homila tuxumi borligi, tuxumning pastki qismi qinga kirganligi qin orqali tekshirganda aniqlanadi. Jadallashgan abortda, ayniqsa ilk abortda qon ko'p ketadi.

Davosi ko'chgan homila tuxumini asbobda olib tashlanadi. Kech abortda homila tuxumining o'zicha tushishini kutish tavsiya etiladi. Ko'p qon ketgandagina homila pufagi yoriladi, homila tug'ilgach yo'ldosh qo'lda yoki asbobda olib tashlanadi.

4. Chala abort (abortus incompletus) homila tuxumi butunlay chiqmay, uning bachadon devoridan ko'chmagan qismlari qoladi. Odatda amnion, xorion, desidual parda va plasenta yoki ularning qismlari bachadonda ushlanib qoladi. Bunday abortda kuchli qon ketishi mumkin, aksari qon laxtalari, bachadonda ushlanib qolgan pardalarning zarralari chiqadi. Qin orqali tekshirganda bachadon bo'yni kanali barmoqni o'tkazadi (ichki, tashqi zev ochiq). Bachadon kattaligi, homiladorlik muddatiga mos kelmaydi: bachadon bo'shlig'i qisman bo'shaganligi uchun, bachadon homiladorlik muddatidan kichikroq bo'ladi. Bachadon yumshoqroq tuyuladi.

Chala abortda homila tuxumining qoldiqlarini tibbiy asbob yordamida olib tashlash tavsiya etiladi. Bachadon bo'shlig'ida homila tuxumining qoldiqlarining bo'lishi ayol hayoti uchun xavfli bo'lgan darajada qon ketishiga va infeksiya kirishi bilan aloqador kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Shu sababli chala abortda ayol shoshilinch ravishda vrachga jo'natiladi. Ayolning ahvoli og'ir bo'lsa, o'sha joyning o'zida yordam berish uchun vrach chaqiriladi.

5. To'liq abort (abortus completus) homila tuxumi bachadon bo'shlig'idan batamom chiqqanda (homila tuxumi ba'zan yaxlit chiqadi) to'liq abort yoki tugallangan abort deyiladi. To'liq abortda bachadon qisqarib, uning bo'yin kanali berkiladi, qon oqishi to'xtaydi.

Homiladorlikning dastlabki oylarida to'liq abort, kech oylariga qaraganda kamroq uchraydi. Ilk abortda, bachadondan shikastlanmagan homila tuxumi chiqib ketgan taqdirda ham, desidual parda aksari bachadonda qoladi. Qolgan desidual parda uzoq vaqt qonli chiqindi kelishiga, infeksiya avj olishga sabab bo'ladi (desidual endometrit). Shu sababli homiladorlikning ilk oylarida to'liq abortdan keyin desidual pardani olib tashlash uchun bachadonni qirish tavsiya etiladi. Kech to'liq abortda bachadonni qirish zaruriyati tug'ilmaydi.

Homilaning rivojlanishdan qolib bachadonga yopishishi (misched abortion). Homilaning ona qornida nobud bo'lganligini, bachadonning o'sishdan to'xtab so'ngra tobora kichrayganligiga va homiladorlikka xos belgilarning (ko'ngil aynish, qayt qilish va boshqalar) yo'qolganiga qarab aniqlanadi va UTT (ultratovush tashxisi)ga tushirib aniqlanadi. Bundan tashqari sut bezlarini siqqanda, og'iz suti o'rniga sut chiqadi. Tashxisni to'g'ri qo'yish uchun bir marta ko'rib qo'ya qolmay, 2–3 hafta kutish va biologik reaksiyalardan (Ashgeym – Sondek, Galli–Maynini) dan foydalanish lozim. Agar bu reaksiyalar manfiy bo'lsa, bu homilaning nobud bo'lganligidan dalolat beradi. Reaksiya homila nobud bo'lgandan so'ng 7–10 kun o'tgach manfiy bo'ladi.

SEPTIK (ISITMALI) ABORT

Bola tushishi uzoq davom etganda mikroblar ko'pincha qindan bachadonga kiradi. Davolash muassasasidan tashqarida, taqiqlangan usullar bilan abort

qilinganda bachadonga infeksiya ayniqsa ko'p kiradi. Abort vaqtida bachadonga kirgan mikroblar rivojlanishi uchun qulay muhit tug'iladi. Homila tuxumining ko'chgan qismlari va qon qulay muhit hisoblanadi.

Bachadonga kirgan mikroblar homila tuxumining qismlariga infeksiya yuqtiradi, keyinchalik jarayon bachadonga, bachadon naylariga, tuxumdonlarga, chanoqning qorin pardasiga va kletchatkasiga o'tishi mumkin. Infeksiyalangan abort oqibatida ayol hayoti uchun xavf tug'diradigan umumiy septik kasalliklar ro'y berishi mumkin.

Jarayonning homila tuxumi sohasida chegaralanishi yoki bachadonga va undan tashqariga tarqalishi mikroblarning virulentligiga hamda ayol organizmining qarshilik ko'rsatishiga bog'liq.

Infeksiyaning qanchalik tarqalganligiga qarab, abort quyidagi turlarga bo'linadi: 1) og'irlashmagan isitmali abort; 2) og'irlashgan isitmali abort; 3) septik abort.

Og'irlashmagan isitmali abortda infeksiya bachadondan tashqariga chiqmaydi. Bachadon palpatsiyada bezillamaydi, uning ortiqlari, chanoqning qorin pardasi va kletchatkasi o'zgarmaydi. Bunda ayolning harorati ko'tarilib, pulsi tezlashgan-u, haroratiga mos, umumiy ahvoli qanoatlanarli bo'ladi.

Og'irlashgan isitmali abortda infeksiya bachadondan tashqariga yoyiladi, tekshirishda bachadonning bezillab turganligi, bachadon ortiqlari, chanoqning qorin pardasi yoki kletchatkasi o'zgarganligi (bezillab turganligi, infiltratlar va hokazo) aniqlanadi. Ayolning umumiy ahvoli jiddiy, harorati ko'tarilgan, og'riq bezovta qilayotgan bo'ladi.

Septik abortning klinik manzarasi murakkabligi va og'ir o'tishi bilan farq qiladi. Bemorning ahvoli og'ir bo'lib, uyqusi notinch, ishtahasi yo'qolgan, tili quruq, terisi rangsiz, ko'pincha sarg'ish yoki za'faron bo'ladi.

Septik abortning ilk belgilari shuki, ayol qaltirab, harorati ko'tariladi va pulsi ancha tezlashib, haroratga mos kelmaydi. Ko'pincha tromboflebitlar ro'y beradi, o'pka, buyrak, teri osti kletchatkasida va boshqa sohalarida metastatik absesslar paydo bo'ladi. Kichik chanoqda ro'y-rost yallig'lanish jarayonlari bo'lmasligi mumkin. Infeksiyalangan abortni davolash akusher-ginekologning muhim vazifasi hisoblanadi. Infeksiyalangan abortli ayolni albatta kasalxonaga yotqizish kerak.

Og'irlashmagan isitmali abortda antibiotiklar (antibiotikka sezgirligi aniqlangandan keyin) yoki sulfanilamid preparatlar buyuriladi, homila tuxumining qoldiqlari normal harorat qaror topganidan 5–6 kun keyin kyuretkaga yoki vakuum apparat bilan olib tashlanadi.

Ba'zi muassalarda homila tuxumining qoldiqlari ayol statsionarga kelgandan keyin darrov olib tashlanadi. Og'irlashgan va septik abortga konservativ davo qilinadi, jumladan antibiotiklar, sulfanilamidlar, organizmni umuman mustahkamlaydigan, og'riqni bosadigan dorilar buyuriladi, bemor yaxshi parvarish qilinadi.

Bunday hollarda homila tuxumi qoldiqlarining o'zi tushishi kutiladi, chunki bachadon bo'shlig'ining devorlarini qirish infeksiyaning yanada tarqalish xavfni tug'diradi.

Ayolning hayoti uchun xavfli darajada ko'p qon ketgandagina bachadon qiriladi. Homila tuxumining infeksiyalangan qoldiqlarini tezroq tushirish maqsadida bachadonning qisqaruvchanligini oshiradigan dorilar (xinin, pitutrin) buyuriladi.

SUN'IY ABORT (BOLA TUSHIRISH)

Davolash muassasalarida ayolning istagi yoki tibbiy ko'rsatmalarga muvofiq homiladorlik 12-haftasigacha sun'iy yo'l bilan to'xtatiladi, ya'ni abort qilinadi.

Ayol shu payt biron sababga ko'ra farzand ko'rishni istamasa, akusher uni vrachga yuboradi. Vrach homiladorlik muddatini va homiladorlikni to'xtatishga moneliklar (jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va hokazo) bor-yo'qligini aniqlaydi.

Moneliklar bo'lsa, abort qilinmay, ayol davolanadi.

Kasalxona sharoitida faqat vrach aseptikaning hamma qoidalariga rioya qilingan holda, abort qilishga haqli. Sun'iy ilk abortda quyidagi usullar qo'llaniladi:

I. Bachadonni qirib homilani olish.

II. Vakuum apparatidan foydalanish usullari.

Og'riqsizlantirish:

a) Og'riqsizlantiradigan va qisqa muddatga ta'sir qiladigan preparatlar (5% li sambrovin) qo'llash.

b) Novokaindan blokada qilish yoki bachadon bo'yni kanaliga va bo'yniga 2% li dikain eritmasidan surtish.

I. Bachadonni qirib, homilani olish usuli.

1. Bemor ginekologik stolga yotqiziladi.

2. Qin orqali tekshiriladi.

3. Bachadon bo'yni ginekologik ko'zgu va ko'targichlar bilan ochiladi.

Aseptik eritmalar surtgandan keyin, bachadon bo'ynining oldingi labi pulevoy qisqich bilan qisib olinadi.

4. Bachadon bo'yniga qisqich qo'yilgandan keyin qin ko'zgusi ko'targich qindan olinadi.

5. Qin va bachadon bo'yni dezinfeksiya qilinadi.

6. Bachadon bo'ynini pastga tortib, maxsus bachadon zondi bilan uning (bachadonning) uzunligi va turish holati aniqlanadi.

7. Bachadon bo'yni maxsus kengaytiruvchi asbob—Gegar kengaytirgichi yordamida kengaytiriladi. Kengaytirishni 4-nomerdan boshlab, asta-sekin nomeri oshirib boriladi.

8. Homila tuxumini olishda kyuretk (qirg'ich) va abortsangdan foydalaniladi. Dastlabki katta kyuretk № 6 bilan homila tuxumining asosiy qismi qirib olingandan keyin bachadon qisqaradi, uning bo'shlig'i torayib kichiklashadi, keyin o'rta o'lchamdagi kyuretk (№ 4) va kichkina kyuretk (№ 2) bilan qiriladi. Agar homila tuxumi bachadondan kyuretk bilan ko'chirilgan bo'lsa, uning kattaroq qismlarini abortsang yordamida olish mumkin (abortsangni ishlatganda bachadon devori jarohatlanmasligiga harakat qilish kerak).

9. Bachadon ichiga 1% li yodonat eritmasi surtiladi.
10. Bachadon bo'ynidan pulevoy qisqichlar yechib olinadi.
11. Bachadon bo'yniga antiseptik eritmalar surtiladi.
12. Agar qon ketish xavfi bo'lsa, bachadonni qisqartiruvchi dorilardan foydalaniladi.

II. Vakuüm-ekskoxleator apparati yordamida abort qilish (vakuum-ekskoxleatsiya).

Bu xil abortda ham yuqoridagi abort qilish usuliga o'xshash ko'rsatmalardan foydalaniladi, operatsiyaga ham shu tariqa tayyorlaniladi.

1. Apparatning holati yaxshilab tekshiriladi.
2. Bachadon bo'shlig'idan homila tuxumini apparat yordamida olishdan oldin bachadon bo'yni vibrodilyatorlar bilan ochiladi.
3. Bachadon ichiga vakuum so'rg'ichining naychasi yuboriladi, bunda manfiy bosim bo'lganiga ko'ra bosim 50,6–60,7 kPa (0,6–0,7 atm) gacha beriladi.
4. Apparatning ishlayotgani va bachadondan homila tuxumi olinayotgani maxsus bankaga tushgan homila tuxumi bo'laklaridan bilinadi.
5. Tozalab bo'lgandan keyin vakuum-apparat olinib, bachadon bo'yni pulevoy qisqichdan bo'shatiladi.
6. Bachadon bo'yin qismi aseptik eritmalar bilan artib chiqiladi.

12 HAFTALIKDAN OSHGAN HOMILANI OLIB TASHLASH

12 haftadan keyin faqat tibbiy ko'rsatmalarga muvofiq, homiladorlikda og'irlashadigan va ayolning hayoti hamda sog'lig'iga xavf soladigan kasalliklar bo'lgandagina abort qilinadi. Yurak kasalliklari, gipertoniya kasalligi, o'pka va boshqa a'zolarining faol sili, buyrak, jigar kasalliklari, me'da va 12 barmoq ichakning yara kasalliklari, ilgari qorin bo'shlig'ida qilingan operatsiyalar va hokazo abort uchun tibbiy ko'rsatma hisoblanadi.

Naslga o'tadigan kasalliklar (zaxmning yuqumli shakli, ruhiy kasalliklar va hokazo) va onaning bola parvarish qila olmaydigan ahvoli (qo'l-o'yoqsizligi, ankilozlar, karlik, ko'rlik va hokazo) homiladorlikni to'xtatishga tegishli tibbiy ko'rsatmalardan hisoblanadi.

Homiladorlikning keyingi oylarida bachadonni qirish yo'li bilan homiladorlikni to'xtatish taqiqlanadi, chunki bunda bachadon teshilib, boshqa shikastlar yetishi va bu ayol hayotiga xavf solishi mumkin. Shu sababli 12 haftadan keyin homiladorlikni qin yoki qorin devori orqali kesar kesish operatsiyasi qilish, metreyriz yoki 10% steril osh tuzi eritmasini parda orasiga yuborish yo'li bilan to'xtatiladi.

Dastlab ayolga bachadon bo'ynini tayyorlash maqsadida 1–5 kun davomida estrogen, vitamin-glukoza-kalsiydan ukol qilib boriladi.

Ayol ginekologik stolga yotqizilib, qin orqali tekshiriladi. Tashqi jinsiy a'zoga antiseptik eritmalar surtiladi. Bachadon bo'yni qin ko'zgusi va ko'targich bilan ochilib, yana antiseptik eritmalar surtiladi, bachadon bo'ynining oldingi labi pulevoy qisqich bilan qisib olinadi.

Shundan so'ng amnion ichiga gipertonik eritmalar yuboriladi. Eritma yuborish nina orqali quyidagi usullarda bajariladi.

1. Vagner usuli:

- a) pulevoy qisqich yordamida bachadon bo'yni pastga orqaga tortiladi;
- b) nina uzunligi 15 sm va bo'shlig'ining diametri 1 mm bo'lib, bunda ninani oldingi qin gumbazining o'rta chizig'iga bachadon bo'yni bilan qovuq orasida sanchiladi, keyin bachadonga va undan keyin qog'onoq ichiga yuboriladi;
- d) qog'onoq suvi yetarlicha chiqarib yuboriladi;
- e) shu nina orqali shpris (Jane) yordamida chiqarib tashlangan qog'onoq suvi miqdorida 33% li osh tuzi eritmasi yuboriladi.

2. Atanasov usuli:

Qog'onoq suvi qinning oldingi gumbazidan emas, orqa gumbazning o'rta chizig'i sohasi orqali olinadi.

3. Volkov usuli:

- a) ayol abortga tayyorlangan kabi tayyorlanadi;
- b) bachadon bo'yni kanaliga sterillangan metall silindrni, ichki diametri 4 mm uzunligi 10 sm ninani kirgizib qog'onoq (amniosentez) suvi olinadi;
- d) qog'onoq suvi imkonli boricha olinadi;
- e) 20% li osh tuzi eritmasini homiladorlikning har haftasiga 10 ml dan hisoblab yuboriladi.

Hamma usullarda ham eritmalarni, u glukozaning 40% li eritmasi bo'ladimi (homilador ayol diabet bo'lsa, mumkin emas) yoki osh tuzining 0,9–20% li eritmasi bo'ladimi, 1,0 g penitsillin bilan olingan qog'onoq suvi miqdori bilan teng miqdorda yuborish kerak.

Agar qog'onoq ichiga eritma yuborilishiga qaramay, tug'ruq dardi boshlanmasa, unda tug'ruqni qo'zg'atishning boshqa dorilaridan foydalaniladi.

KRIMINAL (JINOIY) ABORT

Tibbiy muassasalardan tashqarida tib ilmidan bexabar yoki chalasavod kishilar tomonidan qilingan abort *kriminal abort* deyiladi. Bachadonga kimyoviy moddalar, bujlar tiqishadi, turli moddalar ichirishadi.

Odatda kriminal abortdan keyin: endometrit, parametrit, tromboflebit, sepsis, septikopiyemiya kabi og'ir asoratlar kuzatiladi. Bular ayol o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Davolash. Bola tushish xavfi bo'lganda ayollarni albatta ayrim bo'lim yoki palataga yotqizish kerak. Bu yerda unga tinch sharoit yaratish lozim. Ayolga homiladorlikning barvaqt to'xtashiga sabab bo'lgan patologik holatlar hamda klinik manzarasiga qarab davo choralari qo'llaniladi.

Bola tushish xavfi bo'lgan ayollarning asab tizimida bir qator o'zgarishlar kuzatiladi (miya po'stlog'ining tonusi pasayadi, qo'zg'alish va tormozlash jarayoni susayadi). Ularda bezovtalik, ko'ngil g'ashligi kuzatiladi. Nevrasteniya va psixasteniya holatlari paydo bo'ladi. Bunday holatlarda arslonquyruq va valerianka nastoykasidan 30 tomchidan kuniga 2–3 mahal, nozepam, tazepamlardan 0,01 g kuniga 2 mahal, sebazon (seduksin) dan 0,005 g kuniga 2 mahal beriladi.

Bachadon taranglashishi va qisqarish xususiyatini kamaytirish uchun spazmolitik preparatlardan papaverin gidroklorid, no-shpa, magniy sulfat va boshqalar buyuriladi.

Papaverin gidroksloriddan tayyorlangan shamchalardan kuniga 2–3 mahal to‘g‘ri ichakka qo‘yiladi, tabletkasi bo‘lsa 0,02 g dan 2–3 mahal tayinlanadi yoki 2% li eritmasidan 1–2 ml dan teri ostiga yuboriladi.

No-shpaning 2% li eritmasidan 2–4 ml dan muskul orasiga kuniga 2–3 mahal, magniy sulfatning 25% li eritmasidan 10 ml dan kuniga 1–2 mahal muskul orasiga (novokain bilan) yuboriladi.

Tropasin 0,02 g dan har kuni 1–2 mahal ovqatdan keyin 5–7 kun davomida buyuriladi.

Fizioterapevtik usullardan burunga vitamin B bilan elektroforez qilinadi. Bu usul gipofiz beziga ta‘sir qilib, gormonal muvozanatni yaxshilaydi. Natijada homiladorlikning erta muddatlarida normal rivojlanishi ta‘minlanadi. Bu usul homiladorlikning birinchi 3 oyida qo‘llaniladi.

Magniy sulfat bilan elektroforez qilishda «amplipuls» apparati yordamida kuniga 3–5 marta muolaja qilinadi. Muolajani homiladorlikning ikkinchi yarmida 12–15 martagacha qo‘llash mumkin.

Hozirgi paytda markaziy elektroanalgeziya usulidan foydalaniladi. Bu usul markaziy asab tizimi faoliyatini yaxshilaydi, steroid gormonlar konsentratsiyasini oshiradi, bachadonning qisqarish xususiyatini kamaytiradi. Elektroanalgeziya «Elektronarkon-1» apparati yordamida kuniga bir soatdan 5–10 kun davomida o‘tkaziladi.

Bola tushish xavfi bo‘lganda nina sanchib davolash usuli ham qo‘llaniladi. Bu usul yordamida ayolning umumiy ahvoli ancha yaxshilanadi, qon bosimi normallasadi, bachadon ancha bo‘shalib, progesteron konsentratsiyasi oshadi. Homilaning nafas va yurak faoliyati yaxshilanadi. Nina sanchib davolash usuli statsionar sharoitida kuniga 20–30 daqiqadan 10–20 kun qo‘llaniladi.

Agar mikroninadan foydalaniladigan bo‘lsa, poliklinikada akusher nazoratida bu usulni 10–14 kun davomida olib borish mumkin. Bunda ninalar leykoplastir bilan teriga yopishtirib qo‘yiladi. Ayol nina qo‘yilgan sohani kuniga 10–15 martadan bosib turadi. Bu ninalar har ikki haftada (homiladorlikning 35–36-haftasida) almashtirib turiladi.

Ba‘zi ayollarda bola tushishi odat bo‘lib qoladi, ularga immunodepressiv davolash usuli qo‘llaniladi, bu ayol organizmida immunologik reaksiyani kamaytiradi.

Desensebilizatsiya uchun 0,05 g dimidrol, 0,02 g suprastindan 1–2 mahal, diprazin yoki pipofenning 0,025 g eritmasi 2 mahal, plasentar gamma-globulin 5–6 ml dan bir mahal muskul orasiga yuboriladi. Shuningdek, 8–10 kun davomida 0,005 g prednizolon kuniga ikki marta yoki deksametazon 0,0005 g dan 1–2 mahal inyeksiya qilinadi. Davolash mobaynida albatta 17– ketosteroidlar konsentratsiyasini aniqlab turish zarur.

Immun raqobatli homilador ayollarda teri (allogen) ni va allogen limfasitlarni ko‘chirib o‘tkazish ham yaxshi natija beradi.

Homiladorlikning dastlabki davrida asosan gormonlar bilan davolash o‘tkaziladi. Gormonlar ta‘sirini kuzatib borish lozim. Gormonlar asosan homiladorlikning 14–16-haftasigacha minimal dozada beriladi.

Estrogenlar, homiladorlikning 5-haftasida gestogenlar, 8-haftasidan keyin estrogenlar bilan birgalikda progesteron tayinlanadi. Gormonlar konsentratsiyasi

kamayganda mikrofolllindan 0,0005 g dan yoki etinil estrodiolning 0,0001 g dan bir kecha-kunduzda 0,5–0,25 tabletkadan ichish buyuriladi.

Homiladorlikning 5-haftasida dastlab gestogen preparatlar 0,01 g dan progesterondan muskul orasiga yuboriladi. 7–8 haftalik homiladorlikda 1–2 tabletkadan turinaldan beriladi. Xoreal gonadotropindan 750 mg dan haftasida 2 mahal homiladorlikning 9–10-haftasigacha inyeksiya qilinadi.

Bola tushishi odat boʻlib qolganda va turli kasalliklar tufayli homilaning barvaqt tugʻilishi xavfi boʻlgan ayollarda homiladorlikning dastlabki 14–16 haftasida steroid gormonlar ishlatish tavsiya qilinadi.

Glukokortikoidlar bilan davolashda buyrak usti bezining androgenlarni sintez qilish qobiliyati kamayadi. Buning uchun dastlab 0,0005 mg dan deksametazon buyuriladi, keyin dori miqdori asta-sekin kamaytirib boriladi: homiladorlikning 32–33-haftasida bu preparatlardan foydalanish toʻxtatiladi. Aks holda homilaning buyrak usti bezi faoliyati pasayib ketadi. Agar giperandrogeniya tufayli estrogenlar konsentratsiyasi kamaygan boʻlsa unda kortikosteroidlar (deksometazon, prednizolon) bilan birga estrogenlar (mikrofolllin) ham homiladorlikning 5–6-haftasidan boshlab kamroq dozada qoʻllaniladi. Bu xildagi preparatlardan foydalanilganda androgen va estrogenlar konsentratsiyasini muntazam ravishda tekshirib turish kerak.

Homiladorlikning 2–3 oyida turinal–sintetik progesteron buyuriladi. Preparat trofoblastlardan steroidogenezni kuchaytirib, endogen progesteron va estrodiol sekretsiyatsini oshiradi.

Preparat 15–20 kun davomida 0,005 g dan kuniga 3 mahal homiladorlikni 6-haftasidan to 33-haftasigacha 2 hafta tanaffus bilan buyuriladi.

Soʻnggi yillarda bachadonning qisqarishini susaytirish maqsadida homiladorlikning 20–27-haftasida betta-adrenomimetik moddalar (tokolitiklar) ishlatiladi.

Beta-adrenomimetik preparatlar bachadonda, plasentada, xorion kipriklar oraligʻida qon almashinuvini yaxshilaydi. Buning uchun partusisten, ritodrin ishlatiladi. Partusistendan 0,0005 g olib reopoliglukinga aralashtiriladi va 12–15 tomchidan 6–12 soat davomida venaga yuboriladi. Uni ichishga ham buyurish mumkin. Bunda preparat dozasini asta-sekin kamaytirib boriladi.

Baʼzan tokolitiklar ishlatilganda homilador ayolning yurak urishi tezlashib, diastolik bosimi kamayadi, eti uvishib, boshi ogʻriydi, koʻngil aynishi kuzatiladi. Bunday holatlarda kuniga 3–4 mahal 0,04 g dan veropamil (izoptin) buyuriladi.

Qogʻonoq yorilganda bachadon va uning ichki yuzasi infeksiyalanganda, homila ona qornida oʻlib qolganda, plasenta vaqtidan ilgari koʻchganda, qand kasalligida, buqoq va yurak-tomir kasalliklarida bu preparat buyurilmaydi.

Soʻnggi paytlarda homiladorlikning toʻxtash xavfi boʻlganda 0,1 g dan bir kunda 1–2 mahal indometatsin buyuriladi. Bachadon tonusi susaygandan keyin esa preparat 0,025 g dan har 6 soatda 7–20 kun davomida beriladi.

Asetilsalitsil kislotada dastlabki 2 kunda 0,5 g dan kuniga 2–3 marta ovqatdan keyin 5–8 kun davomida ichishga tayinlanadi.

Homiladorlikning 24–28-haftalarida chala tugʻish xavfi boʻlganda (qogʻonoq butun, homila asfiksiyaga uchramagan, bachadon boʻyni va boʻyin kanali 2 sm ochiq

va infeksiya bo'lmasa) magniy sulfatning 25% li eritmasi 10 ml dan kuniga 2 mahal, 2% li papaverin gidroklorid 2 ml dan muskul orasiga kuniga 3 mahal buyuriladi.

Homiladorlikning 34-haftasida agar chala tug'ish xavfi bo'lsa, tug'ruqni konservativ usulda olib borish mumkin.

Homiladorlikning 34-haftasigacha qog'onoq suvi ketib qolgan, ammo bachadon bo'yni berk, homila boshi chanoq kirish sathida, homilada asfiksiya bo'lsa, va onada infeksiya, ekstragenital kasalliklar bo'lmasa, bunda konservativ usul qo'llaniladi. Bunda ayol o'rin-ko'rpa qilib yotishi, vaqti-vaqti bilan tana haroratini o'lchashi, tomir urishini va homilaning yurak urishini eshitib turish kerak. Bundan tashqari, antibiotiklar, tokolitiklar va kortikosteroidlar, asfiksiyaga qarshi preparatlar buyurish zarur.

Agar biror patologik holat vujudga kelsa va homila tez muddatda mos bo'lib yetilgan bo'lsa, 36 haftalikda tug'ruqni qog'atuvchi preparatlar buyurib tabiiy yo'l bilan tug'dirish choralari ko'rish kerak. Buning uchun ayolga oldin vitaminlar va gormonlar buyuriladi, keyin oksitosin va prostaglandinidan foydalaniladi.

Homiladorlikning barvaqt to'xtashi odat tusiga kirib qolganda ayollarda homila chanoq bilan oldin kelsa va bola yetilgan bo'lsa yaxshisi kesar kesish usuli yordamida tug'dirish kerak.

Homiladorlikning quyidagi muddatlari bola tushishi uchun eng xavfli hisoblanadi:

- homila tuxumining bachadon devoriga yopishish davri (homiladorlikning 2–5 haftalik payti, plasentaning shakllanish davri);
- homiladorlikning 4–12 haftalik davri;
- bachadonning so'nggi o'sish (18–22 hafta) davri. Shu muddatlarda bola tushish xavfi bo'lsa, ayolni statsionarga yotqizish kerak.

Agar homilaning nobud bo'lgani aniqlansa, uni tug'dirish omillari muddatiga qarab belgilanadi (abort qilish, tabiiy yo'l bilan tug'dirish).

Agar o'lgan homila ona qornida uzoq qolib ketsa, bu qonning ivish xususiyatiga putur yetkazadi. Shu sababli homilaning tug'ilishini tezlashtirish kerak bo'ladi.

Agar homiladorlikning 26–27-haftasida suv ketib qolsa, bunda ko'pincha bola tushadi. Agar homiladorlikning kechroq muddatida qog'onoq suvi keta boshlasa, avvalo buni qog'onoq suvi yoki siydik ekanini aniqlash kerak. Buning uchun ayolga quruq taglik berib qo'yiladi. Bundan tashqari oqayotgan suv lakmus qog'ozi yordamida aniqlanadi. Ma'lumki, qog'onoq suvi ishqorli bo'ladi. Qizil lakmus qog'oziga tomizilsa, u ko'karib qoladi. Mabodo qog'onoq yuqoridan yirtilgan bo'lsa, homiladorlikni saqlab qolish mumkin.

Ayolning karavotda chanoq qismini ko'tarib yotishi, o'z vaqtida siyishi, ichi kelishini kuzatib turish lozim. Shuni ta'kidlash kerakki, qog'onoq suvi surunkali ketaversa u qinning nordon reaksiyasini neytrallaydi yoki ishqoriy reaksiyaga aylantiradi. Buning natijasida qin orqali bachadonga mikroba tushib, bachadon shilliq pardasini yallig'lantiradi (endometrit). Oqibatda homila ham infisirlanib vaqtidan ilgari tug'iladi yoki qorinda nobud bo'ladi. Bola tushish xavfi bo'lgan ayolga to'g'ri davo qilinsa, 70–75% holda homila saqlanib qolinadi. Bolasi

tushgan ayollar albatta poliklinikada akusher hisobida turishi kerak. Abort qilingan ayol albatta vrachdan maslahatlar olishi zarur.

Bachadon bo'ynida nuqson bo'lsa va u homila yo'lini bekitib tura olmasa, bachadon bo'ynini tikish kerak. Buning uchun quyidagi usullar qo'llaniladi:

A.I.Lyubimova va M.M.Mamadaliyevalar (1981) usuli bo'yicha bachadon bo'yni P shakliga o'xshab tikiladi. Buning uchun qin ko'zgulari yordamida bachadon bo'yni teshigining orqa old labi Myuzo qisqichi bilan qisilib, tashqariga va pastga tortiladi. Qin oldingi gumbazining bachadon bo'yni bilan birikkan joyining o'rta chizig'i bo'ylab 0,5 sm o'ng tomoniga lavsan ip bilan uning butun qalinligi bo'yicha nina suqiladi. Keyin ipni chap yon gumbazga o'tkazib, bachadon bo'ynining oldingi gumbazi tomonga nina kirgiziladi. Ipning uchi Koxer qisqichiga olinadi. Ikkinchi lavsan ipi nina xuddi shunday qilib o'rta chiziqdan 0,5 sm chapga o'ng tomonga yo'naltirilib suqiladi. Ninalar bir sathda suqilishi kerak. So'ngra ip uchlarini tortib, oldingi qin gumbazi sohasida 3 marta boylanadi.

Bu xildagi operatsiyadan keyin 1–2 kun o'tgach homilador o'rnidan turishi mumkin. 1–3-kunlari va operatsiyadan oldin bachadon qisqarmasligi uchun davo omillari qo'llaniladi. Buning uchun qin turli aseptik moddalar bilan qin ko'zgusi yordamida artib turiladi (spirt bilan). Agar murakkablanishlar kuzatilmasa, homilador ayolga 5–7-kuni uyiga javob beriladi va unga poliklinika vrach-akusheri kuzatuvida bo'lish tayinlanadi.

Agar operatsiya to'g'ri qilingan bo'lsa, 94% ayollarda homiladorlikni saqlab qolish mumkin. 1961-yilda Sendi bachadon bo'ynini tashqi teshigini to'la tikishni tavsiya etgan.

Bunda bachadon bo'yni tashqi teshigi shilliq qavati 0,5 sm kenglikda kesib olinib, keyin ketgut bilan har ikki chekkasi, (oldingi va orqa labi) qo'shib tikiladi. Bu joyda hosil bo'lgan chandiq tug'ruq vaqtida skalpel bilan qirg'iladi.

A.I.Lyubimova (1965) operatsiyaga o'zgartirish kiritdi. U bachadon bo'ynining chiqish sohasini kyuretka yordamida 0,5–1 sm kenglikda qirib tikishni tavsiya etadi. Shunda chandiq qattiq bo'lmay, tug'ruq jarayonida bachadon bo'yni oson ochiladi.

Bu xildagi operatsiyadan keyin homiladorlar 1–3 kun o'rinda yotishlari kerak. Bachadon bo'yniga aseptik moddalar surtib turiladi.

Homilador ayolga operatsiyadan 10–14 kun keyin, boshqa asoratlar bo'lmasa uyiga ketishga javob berish mumkin.

Bachadon bo'yni kanali hamda ichki va tashqi teshiklari nuqsonlariga homiladorlikning 11–16-haftalarida jarrohlik usuli bilan davo qilinadi. Agar qog'onoq pardasi bo'yin kanaliga tushgan bo'lsa, A.I.Lyubimova tavsiya etgan chok bilan tikish kerak. Bachadon bo'yni chuqur yirtilganda uning anomaliyasida, ko'p homilali homiladorlikda Sendi bo'yicha tikish maqsadga muvofiqdir.

ABORTNING OLDINI OLISH

Tug'ruqxonalar, ayollar maslahatxonasi, kasalxonalar, QVP larning tibbiyot xodimlari abortga qarshi kurash olib borishadi. Abortni oldini olishda akusherlar katta rol o'ynaydi.

Homiladorlikning normal rivojlanishiga to'sqinlik qiladigan sabablarni bartaraf etib, bola tushishining oldi olinadi. Infantilizm belgilari bo'lgan, bolasi tushib va chala tug'adigan homiladorlar ayollar maslahatxonasi tomonidan hisobga olinadi. Bu ayollarga qat'iy rejim (jinsiy hayotni taqiqlash, yengil mehnat, to'g'ri ovqatlanish va hokazo) tavsiya etiladi. Tahdid qiluvchi abort belgilari kuzatilsa uni zudlik bilan kasalxonaga yotqiziladi. Homilador ayollarni yuqumli kasalliklardan saqlash, bezgak, gripp, angina va boshqa kasalliklar bilan og'rigan ayollarni o'z vaqtida davolash katta ahamiyatga ega. Homilador ayolning to'g'ri ovqatlanishi, ayniqsa vitaminlarni yetarlicha iste'mol qilishi bola tushishini oldini olishda muhim chora hisoblanadi.

Mehnat gigiyenasi: homiladorlarni kimyoviy moddalar, yuqori harorat ta'siri, yuk ko'tarish, tananing tebranishi va shu kabilar bilan bog'langan ishdan ozod qilishning roli katta.

Abortning oldini olish sanitariya maorifi ishini keng yo'lga qo'yish va bo'yida bo'lishdan saqlaydigan vositalarni qo'llashdan iborat. Ayollarga abortning zararini tushuntirish, buning uchun individual suhbatlar, ma'ruzalar o'tkazish, radio, matbuotdan foydalanish zarur.

OY-KUNI YETMASDAN TUG'ISH (CHALA TUG'ISH) (PARTUSPRAEMATURUS)

Oy-kuni yetmasdan, chala tug'ish deb, homiladorlikning 28-haftasidan keyin to 38-haftasigacha yetmasdan turib tug'ishga aytiladi. Chala tug'ilgan chaqaloq vazni 1000 g dan kam, bo'yi 35 sm gacha bo'lsa ham, yashab ketishi mumkin.

Homilaning nechog'lik erta tug'ilganligi va homilaning qanchalik yetilganligi anamnez, homilador ayol va tug'ilgan bolani obyektiv tekshirishda olingan jami ma'lumotlarga qarab bilib olinadi.

Bolaning bo'yi, vazni va homilaning ona qornida qancha yashaganini ko'rsatib beradigan boshqa belgilarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Oy-kuni yetmasdan tug'ish umumiy tug'ruqning 5–6% tini tashkil qiladi.

Muddatidan oldin tug'ishning sabablari xilma-xildir. Ular ona organizmi, homila holati hamda yo'ldoshning patologik xususiyatlariga bog'liq. Sabablar orasida homilador ayol kasalliklari alohida o'rin tutadi. Bunga yuqumli kasalliklar (gripp, virusli gepatit, toksoplazmoz va boshqalar), yurak va qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, ichki sekretsia bezlari patologiyasi, kamqonlik va boshqalar, jinsiy a'zolar yallig'lanishi, *infantilizm*, bachadon bo'ynidagi nuqsonlar (yetishmovchiligi) kirishi mumkin. Bundan tashqari shuni ham ta'kidlab o'tish kerakki, bizning region sharoitimizda chala tug'ishning asosiy sabablaridan biri, homiladorlik gestozlaridir.

Zaxm kasalligi, OITS (SPID) ham chala tug'ishga sabab bo'lishi mumkin. Shuningdek, homila qonining rezus-faktor, ABO jihatidan bir-biriga mos kelmasligi chala tug'ishga olib kelishi mumkin. Oy-kuni yetmasdan tug'ish sabablarining yana bir katta guruhi homila va yo'ldosh xususiyatlari bilan bog'liq. Unga quyidagilar kiradi: homilaning noto'g'ri joylashishi, anomalialari, ko'p va kam suvlilik, amnion pardasining yallig'lanishi, plasenta anomalialari va boshqalar kiradi.

Chala tug'ishning kechishi. Chala tug'ish muddati yetib tug'ishga o'xshaydi. Dard va to'lg'oq tutadi, bachadon bo'yni tekislanadi, bachadon bo'ynining teshigi ochiladi, qog'onoq suvi ketadi, homila tug'iladi, so'ngra yo'ldosh tushadi. Ammo chala tug'ish muddati yetib tug'ishga qaraganda og'irroq kechadi. Avvalo qog'onoq suvlari barvaqt (va ilk) ketib qoladi, kuch aniq sust bo'ladi.

Chala tug'ishda ko'proq homilaning chanoq tomoni oldinda yotadi, homila qiyshiq va ko'ndalang vaziyatlarni oladi, tug'ruq vaqtida va ayniqsa yo'ldosh tushish davrida qon ketadi.

Homila asfiksiyasi, tug'ruq shikastlari – kalla ichi jarohati va o'lik tug'ish, muddati yetib tug'ishdagiga qaraganda ko'proq uchraydi.

Chala tug'ishni davolash va tug'ruqni boshqarish. Tug'ruq alomatlari boshlangan paytda chala tug'ishning oldini olish choralarini ko'rishga harakat qilish, tug'ruq jarayonini to'xtatish mumkin.

Ayolni tug'ruqxonaning patologiya bo'limiga yotqiziladi. O'rinda qimirlamay yotish buyuriladi. Uyquning normal bo'lishi va davolash-muhofaza rejimini saqlash katta ahamiyatga ega. Shu bilan bir vaqtda bachadon muskullari qo'zg'aluvchanligini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Bular vitamin E, magniy sulfat eritmasi, tokolitik preparatlardan partusisten 0,5 mg, ritodrin 1 mg va boshqalar. Ritodrin 1 mg 250–400 mg natriy xlor eritmasi bilan vena ichiga yuboriladi. Qon bosimi pasayib, ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rishi kuzatiladi. Shamchalardan papaverin gidroxlorid, indometatsinli shamchalar qo'llaniladi.

Fizioterapevtik usullardan: endonazal galvanizatsiya, elektroforez Mg bilan bachadon elektorelaksatsiyasi qo'llaniladi.

Asab tizimiga ta'sir qiluvchi (bromidlar, valeriana, trioksazin) askorbinat kislotasi sutkasiga 200–300 mg, vitamin B₁ sutkasiga, 20–30 mg, vitamin A₁, PP buyuriladi.

Infantilizmda – esterogenlar (estriol) bilan progesteron buyuriladi.

Tug'ruq jarayoni rivojlangan holda, bu dorilar samarasiz bo'lgan paytda tug'ruqni quyidagicha davom ettirish kerak.

Chala tug'ishda akusherlik taktikasi tug'ruq jarayoni bosqichiga, homila pufagining holatiga (suv ketgan-ketmaganligi), bachadon bo'yni teshigining ochilish darajasiga, infeksiya alomatlari bor-yo'qligiga, tug'ruq kuchlarining muntazamligiga ya'ni akusherlik holatiga bog'liq.

Chunonchi, agar muntazam tug'ruq dardlari, infeksiya alomatlari, og'ir ekstragenital patologiya, homila nuqsonlari bo'lsa, tug'ruq faol olib boriladi. Agarda homiladorlik muddati 34 haftagacha bo'lib, ona va homila ahvoli yaxshi bo'lsa, muntazam tug'ruq kuchaniqlari bo'lmasa, bachadon bo'ynining kanali 4 sm dan kam ochilgan bo'lsa, kutish vaziyatiga amal qilinadi.

Ayol organizmining tug'ruqqa tayyorligi tekshiriladi. Buning uchun oksitosin testi, Xechinashvili usuli, kolpositogramma ma'lumotlari katta ahamiyatga ega.

Agar qog'onoq suvlari barvaqt yoki vaqtdan oldin ketgan bo'lsa, kutish vaziyati homiladorlikning 34 haftalik muddatigacha davom etishi mumkin. Bunday taktika tug'ruq yo'llari infeksiyasi bo'lmasa, homilaning ahvoli qoniqarli hisoblanadi.

Tugʻruqni olib borishda ona va homilani juda avaylash kerak. Tugʻruqning birinchi davri odatdagiday olib boriladi. Ikkinchi davrda birinchi marta tugʻayotgan, vulvar halqasi tor, tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari qattiq boʻlgan ayollarda *perineotomiya* yoki *epiziotomiya* qilinadi. Yetilmagan homila tomirlar tizimining yengil jarohatlanish xususiyatiga ega ekanligi sababli, oraliqni himoya qilmay tugʻruqni qabul qilish lozim (ayniqsa, homiladorlikning 34 haftalik muddatigacha boʻlgan tugʻruqda).

Chala tugʻruqda *kesar kesish* operatsiyasi faqat ona tomonidan akusherlik koʻrsatmasi paydo boʻlgandagina bajariladi.

Chala tugʻish ona hamda homilaga yomon taʼsir etgani uchun uning oldini olish choralarini ayniqsa sinchiklab amalga oishirish zarur.

Homilador ayolning toʻgʻri turmush kechirishini va ovqatlanishini nazorat qilish, uni infeksiya va intoksikatsiyadan saqlash, kasalliklarini oʻz vaqtda aniqlash va davolash shunday choralardan hisoblanadi. Bu borada ayollar maslahatxonasining roli kattadir.

Chala tugʻishga olib keluvchi omillar toʻrt guruhga boʻlinadi: 1) ijtimoiy biologik omillar; 2) akusher-ginekologik anamnez; 3) ekstragenital patologiya; 4) homiladorlik asoratlari. Shu omillarga qarshi kurash chala tugʻishning oldini olishning garovidir.

Istmiko-servikal yetishmovchilikni aniqlab oʻz vaqtda bachadon boʻyni tikib qoʻyiladi va bu choklar tugʻruq vaqtidan 15 kun oldin olib tashlanadi.

Chala tugʻilgan chaqaloq belgilari

Boʻyi – 47 sm dan kam.
Ogʻirligi – 2499,0 g va undan kam.
Terisi qizil rangda.
Teri osti kletchatkasi – yaxshi rivojlanmagan.
Butun tanasi – tuk bilan qoplangan.
Quloq toʻgʻayi yumshoq, boshiga yopishgan.
Choklar keng.
Kindigi pastroqda joylashgan.
Katta uyatli lablar kichigini yopmaydi.
Moyaklar yorgʻoqqa tushmagan.
Tirnogʻi barmogʻini yopib turmaydi.
Ovozi past.
Sochlar uzunligi – 2 sm dan kam.

Muddatida tugʻilgan chaqaloq belgilari

Boʻyi – 47 sm dan uzun.
Ogʻirligi – 2500,0 g dan ortiq.
Tugʻilganda chinqirib yigʻlaydi
Teri osti yogʻ kletchatkasi yaxshi rivojlangan.
Katta uyatli lablar kichigini yopib turadi
Moyaklar yorgʻoqqa tushgan.
Tirnogʻi barmogʻining uchigacha yetadi.
Sochlar uzunligi – 2 sm dan koʻp
Kindigi – qov va xanjarsimon oʻsimta oʻrtasida teng masofada joylashgan
Quloq toʻgʻayi – qattiq, boshdan ajralib turadi.

MUDDATIDAN OʻTIB KETGAN HOMILADORLIK (PARTUS PROTSACTUS)

Odatda normal fiziologik homiladorlik 280 kun – 39–40 hafta davom etadi. Agar homiladorlik 41–42 haftagacha davom etsa uni *muddati choʻzilgan homiladorlik*; muddati 42 haftadan oshsa *muddatidan oʻtib ketgan homiladorlik* deb ataladi. Muddatidan oʻtib ketgan homiladorlik kech tugʻilishi (partus serotinus) bilan tugallanadi. Bunday homiladorlik 2% gacha uchraydi. Serfarsand ayollarda 5–10%, birinchi tugʻuvchi ayollarda 4–5% uchraydi.

Muddatidan o'tib ketgan homiladorlikni 2 xil ma'noda tushinish mumkin:

a) homila ona organizmida tug'ilish darajasida rivojlanmaganligi sababli homiladorlik muddatidan 1–2 haftagacha ko'proq davom etadi. Ko'pchilik olimlar buni biologik holat yoki homiladorlikning *muddatidan vaqtincha uzayishi* deyishadi;

b) agar homiladorlik muddatidan 2 haftadan ko'proq o'tib tug'ilib, homilada vaqtdan o'tib tug'ilgan belgilar bo'lsa, bu patologik holat hisoblanadi. *Muddatidan o'tib ketgan homiladorlik* deyiladi.

Muddatidan o'tib ketgan homiladorlikning sabablari ko'p va murakkab, ular yetarlicha o'rganilmagan. Markaziy va vegetativ asab tizimining funksional o'zgarishlari, endokrin bezlar faoliyatining buzilishi asosiy sabablardan biri hisoblanadi. Bu omillar miometriyning qo'zg'aluvchanligi va qisqarish qobiliyatining osayishiga olib keladi.

Estrogen gormonlar asosan estradiol kamayib, progesteron ko'payishi natijasida homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi kuzatiladi. Muddatidan o'tib ketgan homiladorlikda plasentaning gormonal faoliyati, bachadon – plasentar qon aylanishining buzilishlari va homila kattalashib ketish alomatlari ro'y beradi. Homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi chala tug'ishga nisbatan kamroq uchraydi.

Muddatidan o'tib ketgan homiladorlikda kechki gestozlar, homila gipoksiyasini kuzatishimiz mumkin.

Tug'ruq esa asoratsiz o'tmaydi. Eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri qog'onoq suvining barvaqt ketishi. Bu o'z navbatida bachadonga infeksiya kirishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tug'ruq kuchlarining birlamchi va ikkilamchi sustligi kuzatiladi. Qog'onoq suvining barvaqt ketishi va tug'ruq kuchlarining sustligi tug'ruq I–II davrining cho'zilishiga olib keladi.

Intranatal o'lim – muddatidan o'tib ketgan homiladorlikda ko'proq uchraydi. Tug'ruqning uchinchi davrida gipotonik qon ketishlar kuzatiladi.

Diagnostikasi: bunda ayollarni har taraflama tekshirish kerak bo'ladi. Ayolni umumiy tekshirish bilan birga, qorin aylanasi o'lchash katta ahamiyatga ega. Homiladorlikning oxirgi oyida qorin aylanasi 80–100 sm, muddatidan o'tganda esa (5–10 sm) ko'proq bo'ladi.

Ayrim hollarda 3–4 haftadan ko'proq o'tsa, qog'onoq suvining shimilishi natijasida qorin aylanasi aksincha kichik bo'ladi (5–10 sm). Bola vazni ham kamayadi. Bunda ayol qorin tubining pastga tushganini sezib 3–4 hafta o'tgach vrachga murojaat qiladi.

Oxirgi hayz ko'rish va homilaning birinchi qimirlagan vaqti, hamda ayollar maslahatxonasida birinchi marta aniqlangan homiladorlik muddati aniq diagnoz qo'yishga yordam beradi. Bulardan tashqari *amniioskopiya* (qog'onoq suvi yashil rangda), *amniosentez* va qin hujayralarining sitologik ko'rinishi diagnoz uchun katta ahamiyatga ega.

Tashqi akusherlik tekshiruvi homila o'lchamlarining yirikligini, suyaklarining qattiqligini ko'rsatadi. Tug'ruq paytida qin orqali tekshirganda bosh suyaklarining qattiqligi, kalla choklarining torligi, liqildoqning torayganligi, katta va kichik liqildoq orasidagi masofaning haddan ortiq uzoqligi aniqlanadi.

So'nggi yillarda homiladorlikni aniqlashda ultratovush to'liqlaridan keng foydalanilmoqda.

Homila EKG va FKG si surunkali gipoksiya rivojlanib, homila yuragi faoliyatida o'zgarishlar hosil bo'lganligini ko'rsatadi. Homilaning terisi bichilib, kindikda mekoniy shimiladi. Plasentada ko'plab *petrifikatlar*, ohakli yuzalar va *infarktlar* (distrofik o'zgarishlar) ro'y beradi.

Homilaning vaqtidan o'tib ketganligi belgilari: homila ustini qoplagan moy kam, uning bosh suyagi qattiq, choklari tor, liqildoqlar kichkina bo'ladi. Terisi birmuncha shalpaygan: *maseratsiya* (teri yuza qavati oson ko'chib tushadi, kafti bujmaygan – kir yuvuvchining qo'liga o'xshaydi) terisi kul rang.

Homilaning muddatidan o'tib tug'ilishi ko'pincha bahor va qish paytlarida, organizmda vitaminlar kamaygan davrda uchraydi.

Davosi: ayol organizmining tug'ish jarayoniga tayyorligini aniqlash uchun oksitosin testini qo'llash mumkin. 1 ml yoki 5 TB oksitosin olib 5% li 500 ml glukoza eritmasiga qo'shilib yaxshilab aralashtiriladi. Ayol venasiga 15–20 tomchidan yuboriladi va har 5 daqiqada bachadon qisqarishi tekshiriladi. Agar oksitosin vena ichiga yuborilayotganda kaftimiz bilan bachadonning ritmik qisqarishini sezsak, oksitosinli test musbatligini, ya'ni ayol organizmi tug'ish jarayoniga tayyorligini bildiradi.

Agar oksitosin testi manfiy bo'lsa, ayol organizmini estrogen, vitaminlar, ATF, kalsiy xlarning 10% li eritmasidan venaga yuborib, 3–5 kun tayyorlanadi.

Ayolga estrogen-glukoza-vitamin-kalsiyli kompleks bilan birga dardni zo'raytiruvchi dorilar qilinadi. 20000 TB follikulin yoki har ikki soatda muskul orasiga 0,5 ml efir bilan sinestrol yuboriladi. So'ngra kanakunjut yog'idan 30 g ichiriladi. 2 soatdan keyin huqna qilinadi. Har 45 daqiqada hammasi bo'lib, 4–5 marta 0,15–0,2 xinin beriladi. Qon tomirga 40% li – 20 ml glukoza, 6%–1,0 vitamin B₁, 5%–5,0 askorbin kislota, vitamin C, 10%–10,0 ml kalsiy glukonat yuboriladi.

Bu aytib o'tgan vitamin – glukoza gormonal – kalsiyli fondan tashqari 5 TB oksitosin 5%–500,0 glukozaga qo'shib har daqiqasiga 8 tomchidan 30–40 tomchiga yetkazib tomiziladi. Tomchini ko'paytirilayotganda ayolning ahvolidan xabardor bo'lish, bachadon qisqarishiga e'tibor berish kerak.

Oksitosinni spazmolitik va og'riqni qoldiruvchi preparatlar bilan birga yuboriladi. Muskul orasiga aprofen 1%–1,0, promedol 2%–1,0 yuboriladi.

Agar ayol bir sutkadan ortiq sust dard chekib charchagan bo'lsa va dardni kuchaytiruvchi dorilar foyda bermasa, narkoz qilinadi.

Oldin teri orasiga 0,1% atropin so'ngra vena ichiga 20% 10,0 natriy oksibutirat eritmasi yuboriladi.

Viadril yoki GOMK qilib ayolni uxlatish mumkin. Keyin tug'ruq yo'llari tekshirilib, qon bosimi o'lchanadi va homilaning yurak urushi eshitib ko'riladi, so'ngra vena ichiga oksitosin yuboriladi.

So'nggi vaqtlarda venaga dardni zo'raytiruvchi yangi preparatlar prostoglandin F₂^α (2,5 mg va 2,5 TB oksitosin 5% 500,0 glukozada) yuborilmoqda.

Tugʻruq vaqtida har 3 soatda asfiksiyaga qarshi profilaktik choralar koʻriladi. Qogʻonoq suvi ketgandan soʻng 4–5 soat oʻtgach, tugʻruq vaqtida endometrit va chilla davridagi asoratlarni oldini olish maqsadida muskul orasiga 500000 TB penitsillin har 6 soatda, norsulfazol va sulfademizin beriladi, 0,5 x 3 mahal.

Nazorat uchun savollar

1. Oʻz-oʻzidan boʻladigan abortning bosqichlari.
2. Oʻz-oʻzidan boʻladigan abort turli bosqichlarining klinik belgilari va davolash.
3. Oy-kuni yetmasdan tugʻish va muddatidan oʻtib ketgan homiladorlik etiologiyasi, tugʻruqning kechishi va profilaktikasi.
4. Sunʼiy abort, koʻrsatmasi, shart-sharoit va texnikasi.

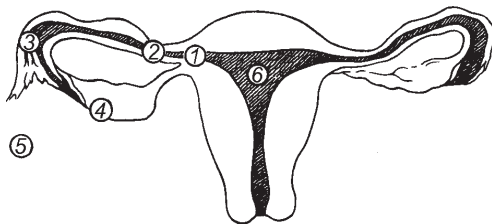
XXI BOB. BACHADONDAN TASHQARIDAGI HOMILADORLIK (GRAVIDITAS EXTRAUTERINA)

Urugʻlangan tuxum hujayra normal sharoitda tuxum yoʻllari orqali bachadonga borib, uning shilliq qavatiga payvandlanadi. Tuxum hujayraning harakatlanish sharoiti buzilgan boʻlsa, u bachadondan tashqariga payvandlanadi. Bachadondan tashqari homiladorlik deb shunga aytiladi.

Bachadondan tashqari homiladorlikning rivojlanishida (graviditis exerauterina) spermatozoid bilan qoʻshilgan tuxum hujayra odatdagicha bachadon ichiga emas, balki bachadon naylarida (graviditis exerauterina tubria), qorin boʻshligʻida (graviditis exerauterina abdominalis), tuxumdonda (graviditis exerauterina ovarialis), bachadonning qoʻshimcha shoxida, bachadon boʻynida rivojlanishi ham mumkin (173-rasm). Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning 98–99% i bachadon naylarida uchraydi.

173-rasm. Bachadondan tashqaridagi va bachadondagi homiladorlikda otalangan tuxum hujayraning payvandlanadigan joylari:

1–bachadon nayining interstitsial qismiga; 2–boʻgʻiz (istmik) qismiga; 3–ampular qismiga; 4–tuxumdonga; 5–qorin boʻshligʻiga; 6–bachadon boʻshligʻiga.



1611-yilda Riolani oʻlgan ayollarda bachadondan tashqarida joylashgan homilani aniqlagan. Undan keyin Manrican 1937-yilda bachadondan tashqarida homiladorlik roʻy berishini tasdiqlagan. Uzoq vaqtgacha bu patologiyani konservativ usulda orqa gumbazi orqali nina yordamida qon olib, davolaganlar. Ammo bu koʻpincha ayol oʻlimiga sabab boʻlgan. 1882-yilda N.N.Fenomenov qorin devori orqali operatsiya qilishni ilmiy adabiyotlarda bayon qilgan.

Etiologiyasi. Homilaning bachadon naylarida rivojlanishida naycha muskullarining sust bo'lishi, naychalardagi yallig'lanishdan keyin qolgan chandiqlar, o'smalar, endometrioiz, bachadon va uning naychalari sili, asabiy ruhiy holatlar sabab bo'lishi mumkin.

Infantil ayollarning naychalari uzun va egri-bugri bo'lib, natijada spermatozoid qo'shilgan tuxum hujayra bachadonga yetib kelmay, u naychaning biror qismida to'xtab rivojlana boshlaydi.

Agar ayol bolasini uzoq vaqt emizsa, bachadon shilliq qavati atrofiyaga uchrab, bu ham bachadondan tashqaridagi homiladorlikka sabab bo'lishi mumkin. Bachadon bo'shlig'iga yod kiritilgan taqdirda bachadon nayining teshigi berkilib qoladi, shuning natijasida bachadondan tashqaridagi homiladorlik ro'y berishi mumkin.

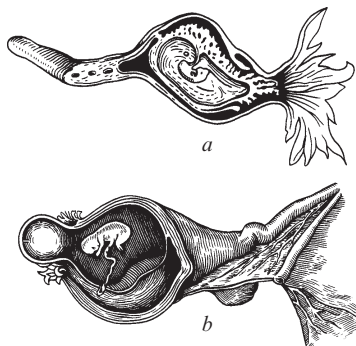
Klinik kechishi: spermatozoid bilan qo'shilgan tuxum hujayra bachadon naylarida, tuxumdonda va qorin bo'shlig'ida, bachadon bo'ynida joylashishi mumkin.

Ko'pincha homiladorlik 5–6 haftaligidayoq embrion joylashgan a'zo yoriladi va u yerdan qon ketadi. Homiladorlik qorin bo'shlig'ida bo'lganda kamdan-kam holatlarda muddatiga yetgan homila kuzatiladi.

Homiladorlik bachadon naychalarida ro'y berib, keyin naychalarning teskari peristaltik qisqarishi natijasida homila qorin bo'shlig'iga tushishi mumkin. (naychalarning homila tashlashi – aborti). Yoki ayol jinsiy hujayrasining spermatozoid bilan qorin bo'shlig'ida qo'shilishidan kelib chiqadi.

Homiladorlik qayerda bo'lishidan qat'i nazar ayol boshqorong'i bo'lib, achchiq, sho'r, nordon narsalarni ko'ngli tusay boshlaydi. Sut bezlari qattiqlashadi, qin shilliq qavati va bachadon bo'ynining qin qismi ko'kimtir bo'lib, barmoqlar bilan qin orqali tekshirganda bachadon bir oz kattalashgan bo'ladi. Hali homila tuxumi o'rnidan ko'chmagan, naycha yorilmagan bo'lsa, shu homilali naycha yo'g'onlashgan va yumshagan, homila tuxumi joylashishiga qarab shu yer ko'proq yo'g'onlashgan bo'ladi (kolbasasimon).

Biologik, serologik va immunologik reaksiyalar homila tuxumi ko'chmagan bo'lsa, musbat bo'ladi. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda ko'pincha homiladorlik to'xtaganda (naycha yorilganda yoki naychadagi abort bo'lganda) tashxis qo'yish oson.



Bachadon naylaridagi homiladorlik.

Bu homiladorlik 5–6 haftaligidayoq to'xtaydi. Chunki naycha shilliq qavatida shilliq osti qavati bo'lmaydi. Desidual reaksiya sust bo'ladi. Muskel qavati ham sust rivojlanadi.

Homila tuxumi naychalarda ancha chuqurga hatto muskul qavatiga, seroz qavati va undan ham chuquroqqa joylashib rivojlanadi.

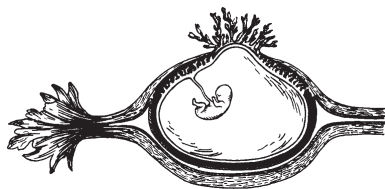
174-rasm. Bachadon nayidagi abort.

a–homila tuxumining nay devorlaridan ko'chishi;
b–homila tuxumining naydan chiqa boshlashi.

Bunda qon tomirlar yemiriladi. Agar homila tuxumi naychaning ampulyar qismiga joylashgan bo'lsa, naycha qisqarishi natijasida u ko'chib, qon laxtalari bilan qorin bo'shlig'iga tushadi (174-rasm). Shunday qilib bachadon naylaridagi homiladorlik ikki yo'l bilan tugallanadi:

- a) naychalar aborti (abortus tubaria);
- b) naychalarning yorilishi (ruptura tube uterina).

Tuxum hujayra urug'langach, gurkirab o'sgan shilliq parda bag'riga kiradi: xorion vorsinkalari shilliq pardaning ko'takt qavatidan ichkari kirmaydi. Bachadon nayining shilliq pardasi yupqa bo'lib, shuning uchun xorion vorsinkalari tez yemiriladi. Shilliq parda yemirilgach, xorion vorsinkalari bachadon nayining muskul qavatiga kirib, muskul tolalarini, duch kelgan qon va limfa tomirlarini eritib yuboradi. Naychalarning yorilishi klinik jihatdan o'ziga xos kechadi (175-rasm).



175-rasm. Bachadon nayining yorilishi.

Ayol qorni pastida birdaniga kuchli og'riq sezadi, qoni kamayishi tufayli boshi aylanib, hushidan ketadi, pulsi tezlashadi. Qon qorin bo'shlig'ida, qinning orqa gumbazi sohasiga (Duglas bo'shlig'iga) bachadon ortidagi gematomani hosil qiladi. Qorin bo'shlig'ida ham yig'ila boradi.

Agar homila naychalarning bachadon qismida joylashgan bo'lsa u IV–V oylikgacha o'sishi mumkin, so'ngra shu qism yorilib ayol ko'p qon yo'qotadi.

Naychalardagi homila tuxumi turli muddatlarda so'rilib, qorin bo'shlig'iga tug'ilishi, bu 1–2 hafta mobaynida sodir bo'lishi mumkin. Homila tuxumi nay devoridan ko'chib, nobud bo'ladi. Qon shimadi va sekin-asta parchalanadi. Bachadon nayi zo'r berib qisqara boshlaydi, ko'chgan homila tuxumi naydan qorin bo'shlig'iga chiqadi.

Bachadon naychalari teskari qisqarganda (antiperistaltika) bemor dard tutgandagi kabi og'riq sezadi. Ko'pincha qorin pastining bir tomoni og'riydi.

Naydagi abortda qon naycha yirtilganga qaraganda kamroq ketadi. Bunda ayol bo'shashadi, bosh aylanishidan shikoyat qiladi, pulsi tezlashadi. Naychalar yirtilib, qon ko'p ketganda shok holati kuzatiladi. Ba'zan ayolning o'limi ham kuzatiladi.

Qorin bo'shlig'idagi homiladorlik. Homiladorlikning bu turi bachadondan tashqari homiladorlikning 0,3–0,4% ini tashkil etadi. Bu xildagi homiladorlik birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin.

Birlamchi homiladorlikda ayol tuxumi spermatozoid bilan qo'shilgandan keyin qorin bo'shlig'idan (qorin parda, charvi, ichaklar, jigar, taloq, oshqozon) da ro'y beradi. Bunday hollarda naychalarda, tuxumdonda, keng boylamda deyarli o'zgarish kuzatilmaydi.

Ikkilamchi homiladorlikda ko'pincha naychadagi homila tug'ilib, qorin bo'shlig'iga tushadi. Bunda plasenta bachadonning keng boylami, homila tuxumi turgan joyga, charvining bir qismiga, ichaklar orasiga joylashishi mumkin.

Homiladorlikning bu turida homiladorlikning ikkinchi yarmida homila o'sgan sari uning aniq belgilari namoyon bo'laveradi. Homila har qimirlaganda ayol kuchli og'riq sezadi. Homilaning mayda qismlari qorin devori ostida paypaslanadi.

Homiladorlik muddati qancha bo'lishidan qat'iy nazar homila o'rtnashgan joy yorilib ko'p qon ketishi natijasida ayolning hayoti xavf ostida qoladi. Odatda homila nobud bo'ladi.

Tuxumdondagi homiladorlik. Homiladorlik follikula ichida taraqqiy qiladi. Bu 0,1–0,15% uchraydi. Bunda spermatozoid ovulatsiyada yorilgan follikula ichiga kirib, tuxum hujayra bilan qo'shiladi va rivojlanadi.

Tuxumdondagi homiladorlik erta muddatlarda to'xtaydi. Bunda ko'p qon ketish holati kuzatiladi.

Bachadonning qo'shimcha shoxidagi homiladorlik. Bachadonning qo'shimcha shoxi, asosiy bachadonga, uning bo'ynini ichki teshigi sohasida birikkan bo'ladi. Ovulatsiya natijasida ajralgan tuxum hujayra va spermatozoid qo'shimcha shoxdagi naycha tomonga yo'nalib, bir-biri bilan qo'shiladi. Bunda shilliq qavatida desidual metamorfoz, giperplaziya va gipertrofiya kuzatiladi. Homiladorlik 3–4 oylarda to'xtaydi. Bunda juda ko'p qon ketadi.

Differensial diagnostikasi. O'tkir pelvioperitonitda kamqonlik kuzatilmaydi, tana harorati yuqori, tili quruq, arterial bosim pasaymaydi, puls tana haroratiga nisbatan baland. Qorin devori nafas olishda ishtirok etmaydi. Shetkin-Blyumberg belgisi musbat.

Tuxumdon o'smalari buralib qolganda kamqonlik kuzatilmaydi. Asosiy belgi og'riq. Palpatsiyada o'sma borligi aniqlanadi.

O'tkir appendisitda og'riq chanoq sohasidan yuqorida, o'ng yonbosh sohasida bo'ladi. Qon ketmaydi, ko'ngli aynib qusishi mumkin. Shetkin-Blyumberg va Rovzing belgilari musbat bo'ladi.

Me'da yarasi teshilganda anamnezdan gastrit yoki yara borligi, og'riq epigastral sohada ekanligidan bilinadi, bunda bemorda kamqonlik belgilaridan ko'ra shok belgisi kuchliroq bo'ladi.

Homiladorlik bachadonning qo'shimcha shoxida bo'lganda ham hayz ko'rish to'xtagan bo'ladi. Qin orqali tekshirganda bachadon yonida keng oyoqli tana (qo'shimcha bachadon shoxi) va dumaloq bog'lam aniqlanadi. Homila bo'lgan bachadon shoxi qo'zg'aluvchan bo'ladi.

Differensial diagnoz o'tkazilganda tuxumdon kistasi tarang, elastik qattqlikda bo'ladi. Bachadon shoxi hafta sayin o'sadi. Kista, kistomalarda tez o'smaydi. Seroz qavatdagi miomaga ham o'xshab ketadi, lekin mioma qattiq, tez o'smaydi.

Naychalardagi homiladorlik buzilganda, bachadon devori ichidagi homiladorlik buzilgandan jarayon o'tkir kechadi. Qorin pastida bir tomonda og'riq seziladi, boshi aylanadi, hushidan ketadi, to'g'ri ichak sathida bir narsa tiqilganga o'xshab og'riydi. Bu Duglas bo'shlig'iga qon quyilganidan darak beradi.

Naychalar abortida og'riq tutib-tutib paydo bo'ladi. Ayolda kamqonlik belgilari kuzatiladi. Tana harorati pasayib, pulsi tezlashadi, teri va shilliq pardalari oqaradi. Bemor hushidan ketishi mumkin. Sut bezi kattalashib, og'iz suti chiqadi. Shetkin-Blyumberg belgilari aniq bo'lmaydi. Qorin devori taranglashib, qindan biroz qoramtir chiqindi keladi. Orqa gumbazni punksiya qilib, tekshirganda eritrositlar tut donasiday burishib qolganligi aniqlanadi, qon ivimaydi.

Qin orqali tekshirganda bachadon homiladorlik muddatiga mos kelmaydi, qinning orqa gumbazi osilib tekislanib qoladi. Bachadon bo'yni qimirlatilganda

bemor qattiq og'riq sezadi. Kuldoskopiya yoki laparoskopiya, ultratovush tashxislaridan foydalanish mumkin.

Bachadon bo'ynidagi homiladorlik. Bachadon bo'ynida homilaning rivojlanishi uchun sharoit bo'lmaydi, uning shilliq qavati bachadonnikiga nisbatan yupqa. Ayolda homiladorlik belgilari bo'ladi (boshqorong'ilik, ko'ngil aynishi va h.k.). Undan homiladorlikning erta muddatlarida qon ketadi. Homila bachadon bo'ynini qaysi joyida joylashgan bo'lsa, o'sha joy kattalashadi, asimmetrik holatni oladi. Bachadon bo'yni tuxum shakliga o'xshab qoladi. Bachadondan tashqarida homiladorlik bo'lgan kasallarga xirurgik yo'l bilan davo qilinadi: qorin yorilib, bachadon nayi homila tuxumi bilan birgalikda olib tashlanadi. Naydagi homiladorlik nayning yorilishi tipida uzilgan va bemor postgemorragik kollaps holatida yotgan bo'lsa, qorin bo'shlig'i a'zolarini tez ko'zdan kechirib tekshirib chiqishga (reviziya qilishga) imkon beradi. Qon ketishini to'xtatish maqsadida qisqichlar solinadi va qorin bo'shlig'idan suyuq qonni tortib olib, qaytarib quyishga kirishiladi (reinfuziya).

Qorin bo'shlig'idan qon olinib, gemolizga tekshirib ko'riladi, natriy sitrat yoki geparin eritmasiga ho'llangan 8 qavat dokadan suzib o'tkazilib, shu eritmaning o'zi bilan aralashtiriladi (har 100 ml qonga 10 ml hisobidan natriy sitrat) va venaga qaytarib quyiladi.

Homiladorlik naydagi abort tipida uzilgan bo'lsa, uncha ko'p qon ketmaydi va reanimatsiya chora-tadbirlarini ko'rishga hojat bo'lmaydi.

Operatsiyadan keyingi davrda, ko'p qon ketib qolgan mahalda qilinadigan parvarish bekam-u ko'st bo'lishi kerak. Bemor yotadigan palatani tez-tez shamollatib turish, kisloroddan nafas oldirib turish kerak. Tibbiyot hamshirasi bemorning og'iz bo'shlig'ini, tashqi jinsiy a'zolar sohasini tozalashga hamda oldingi qorin devoridagi bog'larning qanday turganiga ahamiyat beradi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki ikki soat davomida qorinning pastiga sovuq narsa va yuk qo'yib qo'yiladi, bular oldingi qorin devoridagi jarohat sohasida joylashgan mayda tomirlarning tromblanib qolishiga yordam beradi.

Operatsiyadan keyin 5–6 soat o'tgach ayolga o'rinda bir yonboshdan boshqasiga o'girilib yotishga, ikkinchi sutkada o'rnida turib o'tirish va nafas gimnastikasini o'tkazishga, yurishga ruxsat beriladi.

Operatsiyadan keyingi birinchi sutkada bemorga suv ham ichirilmaydi (qusib yubormasin deb), ikkinchi sutkada mineral suv, sho'rva, kisel beriladi. 3-sutkada parhez biroz ochilib, suyuq bo'tqa, xom tuxum, suzma, kefir beriladi. 7-sutkadan boshlab hamma bilan birga barovar ovqat yeyaverishga ruxsat beriladi.

Ichak pareziga yo'l qo'ymaslik maqsadida venadan 10% li 40 ml natriy xlor eritmasi yuborib turiladi, teri ostiga kuniga 2 mahal 1 mldan 0,05% li prozerin eritmasi inyeksiya qilinadi va gipertonik huqna buyuriladi.

3-sutkada operatsiya jarohati ko'zdan kechirilib tozalanadi, choklariga 90° li etil spirti yoki 5% li yod eritmasi bilan ishlov beriladi, aseptik bog'larni alishtiriladi. Bemor o'z holicha siya olmasa, kateter yordamida siydik xaltasi bo'shatiladi.

Homiladorlikning birinchi yarmida qon ketishining profilaktikasi jinsiy infantilizm, ayol ichki jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, abortlarning oldini olish, samarali kontrasepsiya usullarini ishlab chiqishdan iborat.

Nazorat uchun savollar

1. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning turlari.
2. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikning etiologiyasi, klinikasi va davosi.
3. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda nayning yorilishi.
4. Naydagi abort.

XXII BOB.

PLASENTANING OLDINDA YOTISHI VA NORMAL JOYLASHGAN PLASENTANING BARVAQT KO'CHISHI

PLASENTANING OLDINDA YOTISHI

Plasentaning oldda yotishi (placenta praevia) homiladorlikning xavfli asorati bo'lib, placenta bachadonning pastki segmentiga yopishadi va bachadonning ichki teshigini to'la yoki qisman berkitib qo'yadi. Placenta homilaning oldinda yotgan qismidan pastroqda joylashib, homila tuxumining oldinda yotuvchi (oldinda keluvchi) qismi hisoblanadi.

Plasentaning oldda yotishining quyidagi turlari bor (tasnifi).

1. Placenta chetining oldinda yotishi (placenta praevia marginalis). Plasentaning faqat cheti ichki teshikka yaqin keladi. Teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda homila pufagining silliq pardalari va yonda plasentaning kambar chekkasi paypaslab topiladi (176-*a* rasm).

2. Placenta yonining oldinda yotishi (placenta praevia lateralis). Placenta ichki teshikni yoni bilan berkitib turadi, teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda placenta to'qimasi (deyarli boshdan oxirigacha) va pardalarning faqat kichik bir bo'lagi paypaslab topiladi (176-*b* rasm).

3. Placenta markazining oldinda yotishi (placenta praevia sentralis). Ichki teshik ustida placenta markazi (yoki deyarli markazi) joylashadi, teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda faqat placenta to'qimasi paypaslab topiladi (176-*d* rasm).

Placenta markazi ichki teshik ustida joylashganligini qin orqali tekshirishda hech bilib bo'lmaydi. Shu sababli ichki teshik 2–3 barmoq enicha ochilganda pardalar paypaslanmay, faqat placenta to'qimasi aniqlanganda placenta markazi oldinda yotibdi, deb diagnoz qo'yiladi.



176-rasm. Plasentaning oldinda yotish turlari.

a–chetining oldinda yotishi;
b–yonining oldinda yotishi;
d–markazining oldinda yotishi.

4. Plasentaning pastga yopishishi ham tafovut qilinadi. Plamenta pastki segmentga yopishadi, chekkasi ichki teshikka yaqin keladi, ammo ichki teshik to'la ochilganda ham,amenta cheti paypaslanmaydi.

Plamenta oldinda yotishining turlarini ba'zi akusherlar plasentaning **to'la va qisman** oldinda yotishini ajrata bilish kerak degan fikrni bildiradilar. Ichki teshik 2–3 barmoq eniga ochilganda har joydaamenta to'qimasi aniqlansa,amenta to'la oldinda yotgan bo'ladi, ichki teshik shuncha ochilganda pardalar vaamenta to'qimasi aniqlansa,amenta qisman oldinda yotibdi deyiladi.

Plasentaning bachadon bo'ynida yotishi (placenta cervicalis) kam uchraydi, bundaamenta bachadon bo'ynining kanalida rivojlanadi.

Etiologiyasi. Homila tuxumi bachadonning pastki segmentiga payvandlanib olsa,amenta oldinda yotadi. Bachadon shilliq pardasidagi yallig'lanish, atrofiya, septik va so'zak kasalligi, abort, ayniqsa takror abort va undan keyin ro'y bergan yallig'lanish jarayonlari plasentaning oldinda yotishi uchun qulay sharoit tug'diradi.

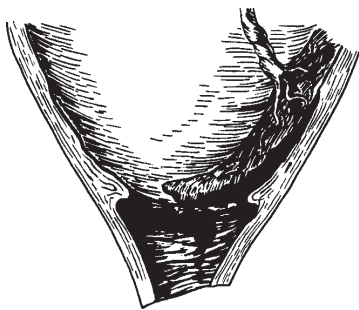
Bachadon shilliq pardasidagi yallig'lanish, atrofiya va boshqa patologik jarayonlar tuxumning pastki segmentga payvandlanishiga va plasentaning oldinda yotishiga imkon beradi. Patologik jarayon bilan o'zgargan shilliq pardada homilaning payvandlanish sharoiti buziladi, shuning uchun tuxum pastga tushib, pastki segmentda, ichki teshik yaqinida to'xtaydi va shu joyga payvandlanib oladi. Shilliq pardaning septik va so'zak kasalligi natijasidaamenta oldinda yotishi mumkin. Abort, ayniqsa takror abort va undan keyin ro'y bergan yallig'lanish jarayonlari plasentaning oldinda yotishi uchun qulay sharoit tug'diradi. Xorion vorsinkalari kattagina masofada rivojlanadi: ular decidua basalisga yondosh sohani egallaydi va decidua capsularisga o'tadi, shu munosabat bilanamenta oldinda yotishi mumkin. Vorsinkalar shunday keng o'sgandaamenta ichki teshikkacha davom etib uni berkitib qo'yishi mumkin.

Plamenta oldinda yotishining oqibatlari. Plasentaning oldinda yotishi ona va homilaga noqulay;amenta markazining (to'liq) oldinda yotishi ayniqsa xavfli.

Plamenta oldinda yotganda bachadonning pastki segmenti va bo'ynida qon tomirlari keskin darajada kengayib, uzayadi, ularda bir talay qon bo'ladi. Bachadon bo'ynining to'qimasi tomirlarga boy (g'orsimon to'qimaga o'xshash), yumshoq bo'lib, ehtiyotkorlik bilan ish tutilmasa, osongina uziladi. Uzilgan tomirlardan ko'p qon ketib, ayolning hayoti xavf ostida qoladi.

Homiladorlikning so'nggi oylarida bachadonning pastki segmenti kengayib, unga homila tuxumining kattalashayotgan pastki qutbi va oldinda yotgan qismi sig'adi, pastki segment devori cho'ziladi va ayrim joylariamenta yuzasidan siljiydi. Shu munosabat bilan plasentaning ayrim qismlari yopishgan joyidan ko'chadi, bachadon-plamenta tomirlari uzilib, qonaydi.

Plamenta oldinda yotganda qon ketishi homiladorlikning so'nggi oylarida boshlanib, tug'ruq vaqtida kuchayishi mumkin, ba'zan dard tutishi bilan qon oqa boshlaydi. Bachadon muskullarining retraksiyasi tufayli pastki segment va bachadon teshigining chetlariamenta yuzasidan tortiladi, natijadaamenta yopishgan joyidan ko'chadi (177-rasm). Bachadon qancha qattiq qisqarsa va teshigi qancha keng ochilsa,amenta o'shancha ko'proq ko'chadi. Plamenta



177-rasm. Bachadon muskullarining retraksiyasida plasentaning oldinda yotgan qismi ko'chib, qon ketishi.

ko'chgan sohadagi uzilgan tomirlardan qon oqishi ko'pincha tahlikali tus oladi. Qon ona organizmidan ketadi-yu, homila qon yo'qotmaydi, chunki plasentaning homiladagi tomirlari uzilmaydi. Ammo plasentaning ko'chgan qismi homiladagi gaz almashinuvida ishtirok eta olmagan uchun homilada asfiksiya xavfi tug'iladi. Plamenta oldinda yotgandagi holat homila uchun jiddiy bo'ladi, chunki tug'ruqda ko'pincha qo'llaniladigan operatsiyalar homila uchun farqsiz emas. Plasentaning oldinda yotishi infeksiya rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklarga yo'l ochib beradi. Plamenta ko'chgan joydagi laxta-laxta qon oqayotgan qin mikroblar

chirishi uchun yaxshi oziqli muhit hisoblanadi. Organizmning himoya kuchlarini susaytiradigan kamqonlik infeksiyaning avj olishiga sabab bo'ladi.

Ba'zan vorsinkalar oldinda yotgan plasentaga chuqur kirib boradi, bunday hollarda yo'ldosh tushish davri cho'ziladi, plamenta hadeganda ko'chmaydi, ayol tobora ko'p qon yo'qotaveradi.

Plasentaning oldinda yotishi 500–600 tug'ruqda taxminan bir marta uchraydi, bu patologiya abortdan keyin va chilla davrida bachadonning yallig'lanish kasalliklarini boshdan kechirgan, takror bo'yida bo'lgan ayollarda ko'proq kuzatiladi. Plamenta markazining oldinda yotishi yoni va chetining oldinda yotishiga qaraganda kamroq uchraydi.

Plasentaning oldinda yotishining asosiy belgisi jinsiy yo'llardan qon kelishidir, plasentaning markazi oldinda yotganda qon ketishi homiladorlikning aksari so'nggi 2–3 oyida, yoni oldinda yotganda homiladorlik oxirida yoki tug'ruq boshlarida, cheti oldinda yotganda tug'ruqni birinchi davrida boshlanadi. Plamenta pastda yopishganda ham qon oqishi bachadon bo'ynining ochiladigan davrida boshlanadi va odatda unchalik ko'p qon ketmaydi.

Homiladorlikning so'nggi oylarida qon ketishi aksari to'satdan, ko'rinarli hech qanday sabab bo'lmasdan turib, ba'zi tungi orom vaqtida boshlanadi. Qon ketganda og'riq sezilmaydi, ba'zan uzoq vaqtgacha surkaluvchi qon kelib turadi, ba'zan esa ozmi-ko'pmi suyuq yoki laxta qon keladi-da, keyin qon ketishi to'xtab, ma'lum vaqtdan keyin yana boshlanishi mumkin. Bunday tez-tez qon ketishi tug'ruqqacha davom etadi. Ba'zan anchagina qon ketadi va tug'ruq muddati kelmasdan turib, hayotiy ko'rsatmalar bilan operatsiya qilishga (bolani olishga) to'g'ri keladi.

Plamenta markazi oldinda yotganda dard tuta boshlashi bilan qon ketishi kuchayadi; qip-qizil, suyuq, ba'zan laxta-laxta qon keladi, ko'p qon ketadi yoki uzluksiz qon chiqib turadi; ayol qisqa vaqtda 1 litrgacha va undan ko'proq qon yo'qotishi mumkin; unga o'z vaqtida yordam berilmasa, u o'tkir kamqonlikdan o'lishi mumkin. Plamenta yoni oldinda yotganda qon oqishi homiladorlik vaqtida boshlansa, tug'ruq vaqtida kuchayib, tahlikali tus olishi mumkin. Plamenta cheti

oldinda yotganda bachadon bo'ynining teshigi ochilgan davrida qon ketadi-yu, odatda tahlikali tus olishi mumkin. Plasentaning ko'chishi to'xtaydi, homila boshi pastga tushadi. Plasentani qisib qo'yadi va qon oqishi aksari to'xtab qoladi.

Plasenta oldinda yotganining eng ravshan belgisi kamqonlikdir; kamqonlik darajasi jinsiy yo'llardan qon ketishi shiddatiga mos keladi. Teri va shilliq pardalar bo'zaradi, puls tezlashadi; qon ko'p ketganda arterial bosim pasayadi, ayolning boshi aylanadi, qulog'i shang'illaydi, ko'zi tinadi, tez yordam ko'rsatilmasa, ayol o'lishi mumkin.

Oldinda yotgan plasenta homila boshining bachadon pastki segmentiga tushishiga xalaqit beradi. Plasenta oldinda yotganda ko'pincha homilaning chanoq tomoni oldinda bo'ladi, homila ko'ndalang va qiyshiq yotadi. Chala tug'ish birmuncha ko'proq uchraydi.

Plasentaning oldinda yotganini aniqlash: homiladorlikning so'nggi oylarida va tug'ruqning birinchi davrida qon ketishining har qanday turi plasentaning oldinda yotishi jihatidan shubhalidir, og'riq sezilmasdan to'satdan qon ketishi ko'pincha plasentaning oldinda yotganidan darak beradi.

Diagnoz qin orqali tekshirilganda aniq bo'ladi. Vrach juda ehtiyotlik bilan ish ko'rishi kerak bo'ladi. Ehtiyotsizlik plasentaning yanada ko'chishiga va qon ketishining kuchayishiga sabab bo'ladi. Bachadon bo'ynining teshigi ochilgach, shu teshikning bevosita orqasida plasentaning yumshoqroq to'qimasi qo'lga unnaydi; plasenta qisman oldinda yotganda plasenta to'qimasining yonida homila pufagining pardalari aniqlanadi. Tekshirishda barmoqni teshik chetlaridan nariga kiritish yaramaydi, chunki bunda plasentaning ko'chishi kuchayib, qon ko'proq ketadi.

Qon ketishining boshqa sabablarini (bachadon bo'ynining raki, polipi, varikoz tugunining yorilishi, travmalarni to'la istisno qilmoq uchun qon ketayotgan har bir ayolni ko'zgular yordamida tekshirish zarur.

Plasenta oldinda yotganda davo qilish. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qon ketishi homilador ayolni kechiktirmasdan zudlik bilan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Hatto juda oz qon ketib, to'xtab qolganda ham, homilador ayolga akusher qo'shib, kasalxonaga jo'natish kerak, qon ketishi istagan paytda boshlanib, tahlikali tus olishi mumkin. Davo usulini tanlashda qon kelishining shiddati va kamqonlik darajasi, operatsiya qilib homilani olishga tug'ruq yo'llarining tayyorligi, homilaning yetilganlik darajasi va homilaning ahvoli tirikligi, asfiksiya va hokazolar hisobga olinadi. Ko'rsatilgan belgilarga qarab ba'zi ayollar esa darhol operatsiya (hatto kesar kesish) qilinadi.

Homiladorlik vaqtida ozgina qon ketib, ayolda aytarli kamqonlik kuzatilmasa konservativ davo qilinadi. Bunday holda ayolni yotqizib qo'yib, oz-ozdan qon quyib turiladi, vitaminlarga boy ovqat tayinlanadi. Homilador ayolning ahvoliga, jinsiy yo'llaridan kelayotgan chiqindiga, puls, arterial bosimiga e'tibor beriladi, chiqindi ko'p ketmasa-da uzoq vaqt qon aralash kelganda ko'pincha kamqonlik kuchayadi, bunga yo'l qo'ymaslik uchun muntazam ravishda tekshirib turiladi.

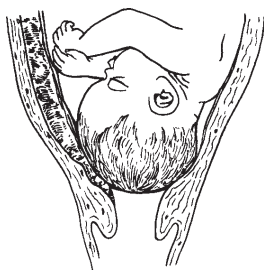
Qonli chiqindi kelishi davom etaversa va gemoglobin (Hb), eritrositlar kamayaversa, operatsiya qilib homila olinadi. Qon ko'p ketsa darhol (o'lim xavfi tug'ilganda) operatsiya qilib tug'ruq tugallanadi. Qon oqish kuchiga, ayolning

sog'lig'iga, plasentaning oldinda yotish turiga va shu kabilarga qarab, quyidagi operatsiyalardan biri qilinadi.

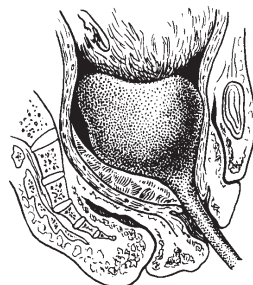
1. Homila pardalarini yirtish. Plasenta cheti oldinda yotganda, homilaning bo'ylama vaziyatida va bachadon bo'ynining teshigi 1 – 2 barmoq eniga ochilganda homila pufagini yirtish tavsiya etiladi.

Homila pardalari yirtilgach plasentaning ko'chishi to'xtaydi, homilaning pastga tushgan boshi oldinda yotgan plasentani va qonayotgan tomirlarini qisib qo'yadi (178-rasm), qon ketishi to'xtaydi va tug'ruq o'zicha tugaydi.

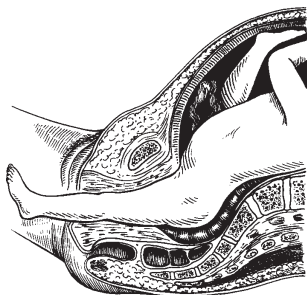
2. Metreyriz. Homila pardalari yirtilgach homila pufagining bo'shlig'iga nok shaklidagi steril rezina ballon – metreyrinter kiritiladi. Uni sigaraga o'xshash buklad kiritiladi so'ngra unga naychasi orqali steril fiziologik eritma quyiladi, naychaga ozgina (200 – 400 g) yuk osiladi. Yuk ta'sirida metreyrinter plasentaning ko'chgan qismini bachadonning pastki segmentiga taqab qon tomirlarini tamponada qiladi (179-rasm) va shu tariqa qon ketishining to'xtashiga va bachadon bo'yni teshigining ochilishiga yordam beradi. Bachadon tegishli yetarlicha ochilgan bo'lsa, avval metreyrinter chiqadi, ketidan homila ham tug'iladi.



178-rasm. Pardalar yorilgach homila boshi pastga tushib, oldinda yotgan plasentani va qonayotgan tomirlarni qisishi.



179-rasm. Oldinda yotgan plasentani metreyrinter bilan qisish.



180-rasm. Homila chanog'i bilan oldinda yotganda plasentaning qisilishi (bachadon bo'yni to'liq ochilmaganda homilani oyog'iga burish).

3. Bosh-teri qisqichini solish. Plasenta cheti va yoni oldinda yotganda homila pardalari yirtilgach boshi pastga tushmasa va qon ketishi to'xtamasa, teri-bosh qisqichini solish mumkin. Maxsus yasalgan qisqich bilan homila boshidagi teri burmasi ushlanadi, qisqich dastasiga ozgina (200–400 g) yuk osiladi, bu yuk homila boshini chanoq og'ziga tortadi. Pastga tushgan bosh plasentani bachadonning pastki segmentiga va chanoq devorlariga taqab qisadi, natijada qon oqishi to'xtaydi. Bosh ushlanib, qon oqish to'xtagach, qisqich olinadi va tug'ruq tabiiy holiga qo'yib beriladi.

4. Bachadon bo'yni to'liq ochilmaganda homilani oyog'iga burish (Brekston –Giks usuli). Homila oyog'i jinsiy yoriqdan tizzasigacha chiqarilib, unga ozgina (200 – 400 g) yuk osib qo'yiladi. Homilaning chanoq tomonida pastga tushib, plasentani bachadonning pastki segmentiga va chanoq devorlariga taqab qisadi va shu tariqa qon oqishining to'xtashiga yordam beradi (180-rasm). Hozirgi vaqtda bu usul kamdan-kam qo'llanib, asosan homila o'lib qolganda, chala bo'lganda, boshqa operatsiyalar uchun zarur sharoit bo'lmaganda bu usul qo'llanadi, chunki bu usul texnikasi jihatidan qiyin bo'lib, bachadon bo'ynini shikastlashi mumkin, ko'pincha homila o'lik tug'iladi.

5. Kesar kesish. Placenta oldinda yotganda ko'pincha kesar kesish operatsiyasi qilish zaruriyati tug'iladi. Ko'p qon ketganda bu operatsiya kechiktirmasdan qilinadi. Odatda placenta markazi, ba'zan yoni oldinda yotganda ko'p qon ketadi.

Placenta oldinda yotishi bilan birga homila noto'g'ri yotganda, yoshi o'tibroq birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda ham kesar kesish qilishga to'g'ri keladi.

Placenta oldinda yotganda operatsiya vadtida va operatsiyadan keyin kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi (qon quyiladi, glukoz bilan fiziologik eritma teri ostiga yuboriladi), yurakni quvvatlovchi dorilar qo'llaniladi va hokazo.

Placenta oldinda yotganda yo'ldosh tushishi ko'pincha qiyin kechadi. Placenta bachadonning yaxshi qisqarolmaydigan pastki segmentiga yopishgani uchun u hadeganda ko'chavermaydi; ba'zan placenta bachadonga qisman yopishib qolgan bo'ladi. Placentaning hadeganda ko'chavermasligi natijasida qo'shimcha qon ketadi, bu esa ayol hayotiga xavf soladi.

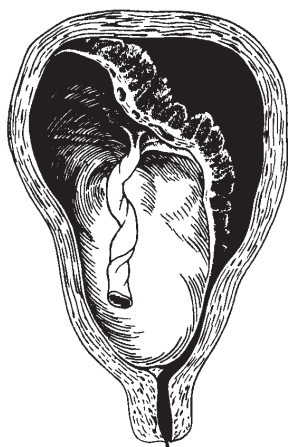
Shu sababli yo'ldosh tushish davrida ayolning umumiy ahvoliga, pulsiga, arterial bosimiga va jinsiy yo'llardan chiqayotgan qon miqdoriga ko'z-quloq bo'lib turish kerak. Kamqonlik belgilari paydo bo'lganda va normadan ortiq qon ketganda yo'ldoshni darhol qo'lda ko'chirish zarur. Yo'ldosh tushirilgach, bachadon bo'ynini ko'zgular bilan tekshirish va yirtilgan bo'lsa, choklab qo'yish kerak.

Chilla davrida infeksiya bilan bog'langan kasalliklar ro'y berishi mumkin. Plasentar maydonchani qinga yaqinligi va qon yo'qotish munosabati bilan organizm chidamining pasayishi infeksiya avj olishiga sabab bo'ladi. Shu sababli tug'gan ayolni ayniqsa e'tibor bilan kuzatish va parvarish qilish kerak. Zarur bo'lsa organizmni mustahkamlash choralari ko'riladi, takror qon quyiladi. Infeksiya bilan bog'langan kasalliklar davolanadi.

NORMAL JOYLASHGAN PLACENTANING BARVAQT KO'CHISHI (SEPARATIO PLACENTAE NORMALITER INSERTAE PRAEMATURA)

Homiladorlik va tug'ruq normal o'tayotganda placenta bachadonning yuqori segmanti devoriga yopishib turadi va tug'ruqning III davrida ko'chib tushadi.

Ba'zi patologik jarayonlarda normal joylashgan placenta homila tug'ilguncha ko'chadi (placentaning barvaqt ko'chishi). Placenta odatda bachadon bo'yni ochiladigan davrida barvaqt ko'chadi (181-rasm).



181-rasm. Normal yotgan plasentaning barvaqt ko'chishi (ichki va tashqi qon oqishi).

Sabablari. Homiladorlikning kechki gestozlari, nefrit, gipertoniya kasalligi, yurak poroklari, organizmda vitamin C yetishmasligi va boshqalar shunday kasalliklarga kiradi, oqibatda placentalar tomirlarida degenerativ o'zgarishlar ro'y beradi. Qon tomirlar sinuvchan bo'lib qoladi. Qon bosimi ko'tarilib tushib turishi tomirlar sinishiga olib keladi, plasentaga, bachadon muskullariga qon quyilishiga sabab bo'ladi. Bachadon devori bilan placentalar oralig'iga qon quyilishi sababli placentalar yopishgan joydan ko'chadi.

Plasentaning barvaqt ko'chishiga kindikning kalta bo'lishi, shilliq pardaning yallig'lanishi (endometrit), shilliq parda ostidan o'sib chiqqan bachadon fibromasi, bachadon devorlari o'ta taranglashganda (qog'onoq suvining ko'p bo'lishi, egiz homiladorlik, yirik homila) va boshqa hollarda placentalar barvaqt ko'chishi mumkin.

Placentalar barvaqt ko'chganda ro'y beradigan o'zgarishlar. Plasentaning barvaqt

ko'chishi to'liq yoki qisman bo'ladi. Plasentaning qisman (kichkina joyi) ko'chishi ayol organizmda aytarli o'zgarishga sabab bo'lmaydi.

Placentalar to'liq yoki ko'proq qismi (anchagina) ko'chganda bachadon devori bilan placentalar orasida tez kattalashuvchi gematoma hosil bo'ladi. Gematoma o'sgan sayin bachadonning muskul qavatlariga orasiga qon kirib, bachadonning seroz pardasigacha sizib chiqadi. Placentalar barvaqt ko'chganda ichiga qon ketadi, ammo retroplacentalar (placentalar ortidagi) gematoma kattalashgan sayin qon bachadon devori bilan pardalar orasidan bachadon bo'ynining kanaliga tomon yo'l ochib boradi. Shu sababli placentalar barvaqt ko'chganda ichki qon ketishiga tashqi qon oqishi ham qo'shiladi. Placentalar ortidagi gematoma katta bo'lganda va ayol juda kamqon bo'lib qolganda ham tashqi qon oqishi aksari yuqori darajaga yetmaydi.

Plasentaning to'liq va talaygina qismi ko'chishi ona va homilaga katta xavf tug'diradi. Onaning qon yo'qotishi va bachadonning o'ta cho'zilishi munosabati bilan kelib chiqadigan shok o'lim xavfini tug'diradi; homila ko'pincha asfiksiyadan nobud bo'ladi. Plasentaning uchdan bir qismi ko'chganda homila asfiksiya xavfida qoladi, plasentaning yarmi yoki hammasi ko'chganda esa homila tug'ilmasdan turib nobud bo'ladi.

Plasentaning to'liq yoki anchagina qismi ko'chganda klinik manzara quyidagi bir qancha og'ir simptomlar bilan ta'riflanadi.

1. Ayol qorni doimo qattiq og'rib turishidan shikoyat qiladi, teri va shilliq pardasi bo'zargan, puls – tezlashgan yumshoq, arterial bosimi pasaygan bo'ladi.

2. Placentalar ortidagi gematoma o'sganda bachadon ichidagi bosim oshadi va bachadon devorlari cho'zilib ketadi. Shu sababli bachadon kattalashadi, konsistensiyasi zich (yog'ochday qattiq bo'lishi mumkin), shakli ovoid yoki

noto'g'ri bo'lishi mumkin. Plasenta to'la ko'chganda bachadonning gematoma tomondagi devori bo'rtganidan bachadon asimmetrik bo'lib qolishi mumkin. Bachadon palpatsiya qilinganda juda ham bezillab turadi.

3. Bachadon juda ham taranglashganligi sababli homila qismlari arang paypaslab topiladi yoki qo'lga unmaydi, yurak urishi buziladi yoki to'xtaydi, homila qimirlamaydi.

4. Ayol tug'ayotgan bo'lsa, dard tutayotgan vaqtidagina emas, pauzalarda ham homila pufagining juda taranglashganligi qayd qilinadi. Homila tug'ilgach, ko'chgan plasenta darrov tushadi, jinsiy yo'llaridan plasenta bilan birga bir talay suyuq qon va laxtalari oqib tushadi.

O'ta cho'zilgan bachadon yaxshi qisqarmaydi, shu sababli tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda bachadon atoniya munosabati bilan ko'pincha qon yo'qotish davom etadi.

Davosi. Plasenta barvaqt ko'chganda kechiktirmasdan malakali yordam berish kerak: 1) tug'ruqni tezlik bilan avaylab tugallash; 2) o'tkir anemiya va shokka qarshi kurash.

Plasenta homiladorlik vaqtida yoki bachadon bo'ynining teshigi ochiladigan davrning boshlarida ko'chgan bo'lsa, kesar kesish qilinadi, chunki bunda homilani tabiiy tug'ruq yo'llaridan tez olishni iloji bo'lmaydi.

Bachadon bo'yni chala ochilgan, qon kam ketayotgan va ona bilan homilani ahvoli qoniqarli bo'lsa, homila pufagi yirtiladi, bunda plasentaning ko'chishi to'xtab, tug'ruq normal tugallanishi mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Plasenta oldinda yotishining turlari.
2. Plasenta oldinda yotishining etiologiyasi, klinikasi, asoratlari va davolash.
3. Normal joylashgan plasenta barvaqt ko'chishining etiologiyasi.
4. Plasenta barvaqt ko'chishi, klinikasi, diagnostikasi, davosi.

XXIII BOB. TUG'RUQ KUHLARI ANOMALIYALARI

Tug'ruq kuchlarining anomaliyalari zamonaviy akusherlikning aktual muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu patologiya barcha tug'ruqning 15–17% ini tashkil etadi. Bu asorat tug'ruqdan keyin patologik qon ketishi, tug'ruq jarohati va homilaning o'lik tug'ilishi hamda chaqaloqlar o'limi ko'payishiga olib keladi.

Tug'ruq kuchlari anomaliyalarining sabablari:

- homila boshi o'lchamlari va chanoq o'lchamlarining mos kelmasligi (tor chanoq, o'sma);
- ko'p suvlilik yoki ko'p homilalik natijasida bachadonning o'ta cho'zilib ketishi;
- gigant homila;
- bachadon bo'yni rigidligi;
- homila chanoq'ining oldinda yotishi;

- muddatidan oʻtgan homiladorlik;
- qogʻonoq pufagining yassiligi;
- modda almashinuvining buzilganligi;
- tugʻuvchi ayolning charchaganligi;
- bachadondagi neyrotrofik oʻzgarishlar;
- bachadonning rivojlanish nuqsonlari;
- infantilizm;
- jinsiy aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklari;
- homiladorlikda nefropatiyani davolash maqsadida magniy sulfatni koʻp ishlatilganligi;

– 30 yoshdan oshgan birinchi tugʻuvchilar;

– bachadonda oʻsmalar va hokazolar.

Tugʻruq kuchlari anomaliyalarining quyidagi tasnifi mavjud:

I. Tugʻruq kuchlarining sustligi (birlamchi va ikkilamchi);

II. Tugʻruq kuchlarining haddan tashqari zoʻrayishi;

III. Diskoordinatsiyalangan tugʻruq kuchlari.

Tugʻruq kuchlarining sustligi tugʻruq kuchlari anomaliyalari orasida asosiy oʻrinni egallaydi. Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligida dard tutishi avval boshidan sust, kalta, samarasiz boʻladi; dard tutishlar orasidagi pauzalar aksari uzoq davom etadi, dard tez-tez, ammo sust tutishi mumkin.

Tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustligida tugʻruq boshlarida dard yaxshi tutadi-yu, keyinchalik tugʻuvchi ayolning charchashi va bachadonning qisqarib holdan toyishi sababli dard tutishi susayib qoladi.

Tugʻruq kuchlarining sustligi hamma tugʻruqning 8–10% ini tashkil qiladi, birinchi tugʻuvchilarda qayta tugʻuvchilarga nisbatan 2 baravar koʻp uchraydi.

TUGʻRUQ KUCHLARINING BIRLAMCHI SUSTLIGI

Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar:

- ayolning bolalik va oʻsmirlik davrida rivojlanishdan orqada qolishi;
- surunkali infeksiyon kasalliklar;
- modda almashinuvining oʻzgarishi;
- salbiy hissiyotlar;
- bachadonning neyrotrofik oʻzgarishi;
- ichki sekretsiya bezlarining oʻzgarishi;
- yassi qogʻonoq pufagi;
- gipergidroamnion;
- egiz homiladorlik;
- homilaning koʻndalang yotishi;
- bachadon boʻynidagi oʻzgarishlar va hokazo.

Tugʻruq kuchlarining birlamchi sustligida quyidagi asoratlar roʻy berishi mumkin:

- homila asfiksiyasi;
- yoʻldosh tushish davrida va ilk chilla davrida patologik qon ketishi;
- plasenta va uning boʻlaklarining bachadonda ushlanib qolishi;

– chilla davri septik kasalliklari.

Diagnoz qo'yishda Venkel usulidan, gisterograf apparati ma'lumotlariga va klinik manzarani kuzatish ma'lumotlariga tayaniladi. Agar birinchi marta tug'uvchilarda tug'ruq boshlangandan 6 soat, qayta tug'uvchilarda 3 soat o'tgach, bachadon bo'yni 2–3 santimetr ochilmasa, dard zaif va kalta, dard tutishlar orasidagi pauza davomiy bo'lsa, bunday holda tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi diagnostika qo'yish mumkin. Gisterograf apparati yordamida tekshirilganda 1–2 soat davomida diagnoz qo'yish mumkin.

Davolash murakkab vazifa bo'lib, asosiy sababni aniqlash va uni bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi. Tug'ruq kuchlarining sustligiga qarshi kurashda umumiy choralar: siydik pufagini o'z vaqtida bo'shatish, ichak funksiyasini tartibga solish, tug'uvchi ayolning ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatishning ahamiyati katta.

Dard sustligida bachadon bo'yni 2–3 barmoqni ochilishi bilan qog'onoq pufagini yorish tavsiya etiladi. Dardni kuchaytirish usullari xilma-xil bo'lib, odatda quyidagi sxemalardan foydalaniladi:

I sxema. Kurdenovskiy - Shteyn sxemasi. 50–60 g kanakunjut moyi ichiriladi; 2 soatdan keyin huqna qilinadi, 0,2 grammdan xinin har 30 daqiqada ichirib turiladi (jami 6 marta), xininni 3,4,5,6 marta ichirishdan keyin har 15 daqiqada teri ostiga 0,25 ml dan pitutrin yuboriladi (jami 4 marta). Homila pufagi butun bo'lganda tug'ruq boshlanishi bilanoq muskulga 20000–30000 TB follikulin yoki sinestrol yuboriladi.

II sxema. A.P. Nikolayev sxemasi. 60 g kanakunjut moyi ichiriladi; 1 soatdan keyin har 30 daqiqada 0,2 g dan xinin ichirib turiladi (jami 5 marta), 5 marta ichirilgandan so'ng huqna qilinadi. 40 foizli glukoza 50 ml va 10% li kalsiy xlorid, 10 ml venaga yuboriladi. Ayni vaqtda 60 mg B₁ vitamini yuboriladi.

III sxema. Xmilevskiy sxemasi. Aralashma glukoza 50 g, kalsiya xlorid 2 g, askorbin kislota 0,5 g, vitamin B₁ 0,003 g, suyultirilgan xlorid kislotasi 10 tomchi, 150 ml suv aralashmasi bir yo'la ichiriladi. 3 soatdan so'ng takror ichirish mumkin.

Dardni kuchaytirish sxemalaridan quyidagi hollarda foydalanish mumkin emas:

1. Klinik tor chanoq;
2. Bachadonda operatsiyadan keyingi chandiqlar bo'lishi;
3. Homilaning noto'g'ri holati;
4. Placentaning oldinda yotishi;
5. Bachadoning yorilish xavfi;
6. Homila gipoksiyasi kabi monelik hisoblanadi.

Dardni kuchaytirishda bachadon bo'ynining «yetilganlik» belgilariga e'tibor berish kerak. Agar bachadon bo'ynining yetilganlik belgilari bo'lmasa, estrogen preparatlaridan bironyasi, estrodiol dipropionat 40000 TB, follikulin 20000TB yoki 30000 TB; estrogen 10000 TB yoki 1 ml 2%li sinestrol (20mg) 0,5–1 ml efir bilan teri ostiga har 2–3 soatda yuboriladi.

Keyinchalik 5 TB oksitosinni 500 ml 5% li glukoza eritmasi bilan aralashtirilib vena tomiri ichiga har bir daqiqada 8–10 tomchidan boshlab to 40 tomchigacha yetkazib asta-sekin tomchilab yuboriladi.

Agar tug'uvchi ayol charchagan bo'lsa narkoz berib, uxlatiladi. Asoratlanagan akusherlik anamnezi bo'lgan ayollarda, 30 yoshdan oshgan birinchi tug'uvchilarda tug'ruq kuchlarini kuchaytirishning samarasi sezilmasa tug'ruq operatsiya yo'li bilan tugallanadi.

TUG'RUQ KUCHLARINING IKKILAMCHI SUSTLIGI

Odatda homilaning tug'ilish davrida yoki bachadon bo'yni ochiladigan davrning oxirida tuzukkina dard tutgandan keyin tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustiligi boshlanadi. Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligiga olib keluvchi asosiy sabablar: homila boshi o'lchamlarining onaning chanoq o'lchamlariga mos kelmasligi, tor chanoq, bachadon bo'ynining rigidligi, homila pufagi kechikib yorilganda, bachadonning cho'zilib ketishi, egiz homiladorlik, muddatidan o'tgan homiladorlik, salbiy hissiyotlar, tug'uvchi ayolning charchab qolishi.

Dard tutishi susayganda yoki to'xtab qolganda tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari, qovuq, uretra va to'g'ri ichak homila boshi bilan chanoq devorlari orasida uzoq qisilib qoladi. Shuning natijasida qon aylanishi buziladi, oqibatda to'qimalar nekrozga uchraydi va qovuq bilan qin o'rtasida yoki to'g'ri ichak bilan qin o'rtasida oqma paydo bo'lishi mumkin.

Tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligida homila asfiksiyasiga qarshi kurash olib boriladi, tug'ruq kuchlarini kuchaytirish choralari ko'riladi. Tug'ruq kuchlari homila pufagining kechikib yorilishi sababli susaygan bo'lsa, qog'onoq pardalarini yirtish kerak. Bachadon bo'yni to'la ochilgan, homila boshi chanoq bo'shlig'ida yoki chanoqning chiqish tekisligida turgan bo'lsa, teri ostiga pitutrin yoki oksitosin yuborish mumkin, bular dard tutishini tezlashtiradi.

Homila boshi chanoq bo'shlig'ida yoki chanoqdan chiqish tekisligida bo'lsayu, arterial bosim ko'tarilganligi sababli pitutrinning iloji bo'lmasa, akusherlik qisqichi solib, tug'ruq tugallanadi. Oraliqning qotganligi sababli tug'ruq cho'zilib ketsa, perineotomiya qilinadi.

Tug'uvchi ayol charchab qolganda va tug'ruqni tez tugallash zarurati bo'lmasa, ayolga dam berish; uni alohida xonaga yotqizib, terisi ostiga promedol yoki pantopon yuboriladi, ammo uyqu 2 soatdan oshib ketmasligi kerak, shundan so'ng darhol oksitosin, prostoglandin tomchilab yuborish zarur.

Tug'ruq kuchlarining sustligiga barham berish uchun qovuq va to'g'ri ichakni o'z vaqtida bo'shatishning ahamiyati katta.

To'lg'oqning sust tutishi va homila tug'iladigan davrning cho'zilib ketishi ba'zan qorin pressi muskullarining yetarli rivojlanmaganligiga bog'liq bo'ladi. Qorin muskullarining bo'shashganligi, yog' bosganligi, qorin oq chizig'i churrasi va qorin devorining boshqa nuqsonlari to'lg'oq tutishini susaytiradi. To'lg'oqni kuchaytirish uchun 0,2 ml (1 TB) oksitosin 40% 20 ml glukoz bilan birga venaga sekin yuboriladi.

Agar yuqoridagi omil natija bermay homilada asfiksiya boshlansa, homila boshi chanoq ichida yoki chiqishda uzoq turib qolib, yumshoq to'qimalarning jarohatlanish xavfi paydo bo'lsa, qisqich yordamida homilani tug'dirish kerak.

TUG'RUQ KUCHLARINING HADDAN TASHQARI ZO'RAYISHI

Bunda tug'ruq dardi juda kuchli va tez-tez bo'lib, bachadon bo'yni tez tekislanib ochiladi, qog'onoq pufagi yorilib, bir zumda to'lg'oq boshlanadi.

Homila boshi bilan chanoq o'lchamlari bir-biriga mos kelganda haddan tashqari dard tutishi shiddatli tug'ruq bilan tugaydi. Shiddatli tug'ruq 1–3 soat davom etadi, shu sababdan tug'ruq ba'zan tug'ruqqa yordam berish muassasasidan tashqarida ro'y beradi.

Tug'ruq dardining haddan tashqari kuchli bo'lishiga asab tizimining o'ta qo'zg'aluvchanligi, Bazedov kasalligi va endokrin hamda asab tizimi faoliyatining boshqa xil patologiyalari sabab bo'ladi.

Homila tug'ilishi to'sqinlikka uchraganda, tor chanoqda, homila noto'g'ri yotganda, oldinda yotuvchi qismi noto'g'ri joylashganda va shunga o'xshash hollarda haddan tashqari qattiq dard tutadi.

Dard juda qattiq tutib bachadonning yorilish xavfi paydo bo'lsa, efir narkozi beriladi. Tug'ruqdan keyin oraliq, qin va bachadon bo'yni ko'zdan kechiriladi. Agar yirtilgan bo'lsa, o'z vaqtida choklanadi.

Bachadonning qisqarishini kamaytirish maqsadida quyidagi preparatlar ishlatiladi: partusisten, ritodrin, yutopar, brikanil.

Bu preparatlar tokalitiklar guruhiga kirib, asosan bachadon faoliyatini susaytirish uchun qo'llaniladi. 1 ampula (10 ml) partusistenni 250 ml fiziologik eritma yoki 5% li glukoza bilan aralashtirilib, bir daqiqada 10–20 tomchidan (1–2 mg-g/ml) dan vena ichiga yuboriladi; teri ostiga 1 ml –1% li morfin yuboriladi.

NOMUVOFIQ TUG'RUQ KUCHLARI

Tug'ruq kuchlarining bu anomaliyasi bachadonning qisqarishi yuqori segmentdan emas, balki pastki segmentdan boshlanishi bilan ta'riflanadi. Muntazam va og'riq bilan dard tutib turishiga qaramasdan, bachadon bo'yni sekinlik bilan ochilib boradi, oldinda yotgan qismining surilishi kechikadi. Klinik ma'lumotlarni hisobga olish gisterografiyani qo'llash yo'li bilan tug'ruq faoliyatining nosozligini tug'ruq kuchlarining sustligidan ajratib olish mumkin. Tug'ruq kuchlarini stimullash tavsiya etilmaydi.

Tug'ruq kuchlarining nomuvofiqligini davolashda spazmolitiklar va sedativ preparatlardan foydalaniladi. Bachadon bo'yniga lidaza (64–128 birlikda 5% li eritmasidan 1–2 ml), bachadon bo'ynining ikki yoniga esa novokain yuboriladi. Ayol charchaganda narkoz (predion, natriy oksibutirat) beriladi.

TUG'RUQ YO'LLARIDAGI YUMSHOQ TO'QIMALAR ANOMALIYALARI

Tug'ruq faoliyatining buzilishiga ba'zida bachadon bo'yni, qin va oraliqdagi o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin. Bachadon bo'yni va qinning anchagina chandiqlanib o'zgarganligi tug'ruqqa to'sqinlik qilishi mumkin.

Bachadon bo'ynidagi o'zgarishlar. Tug'ruqdan keyin, ayniqsa patologik (operativ) tug'ruqdan keyin bachadon bo'yni ko'pincha yirtiladi. Bachadon

bo'ynining yirtilgan joyi choklanmay qolib bitsa, chandiqlar hosil bo'ladi, bular esa keyingi tug'ruqda bachadon bo'ynining ochilishiga xalal berishi mumkin. Bachadon bo'yni kuydirilsa va plastik operatsiya qilinsa chandiqlar bo'lishi mumkin. Chandiqlar bo'lsa, bachadon bo'yni hadeganda ochilmaydi; dard tutishi tezlashib, og'riq ham kuchayadi. Chandiqlanish jarayoni unchalik keskin bo'lmasa, bachadon bo'yni o'zicha, ammo sekinlik bilan ochiladi. Bachadon bo'ynining ancha torayganligi uning to'la ochilishiga to'sqinlik qiladi, shuning uchun bachadon bo'ynining chetlarini qirqishga to'g'ri keladi. Bachadon bo'ynining qirqilgan chetlari tug'ruqdan keyin choklab qo'yiladi.

Bachadon bo'ynining rigidligi. Ayniqsa katta yoshdagi birinchi marta tug'ayotgan ayollarda ko'proq kuzatiladi; bachadon bo'yni yallig'langan ayollarda qayd qilinadi. Bachadon bo'ynining rigidligi bachadon bo'ynining ochilishiga to'sqinlik qiladi, bu jarayonni sekinlashtiradi. Bachadon bo'yni zo'rg'a ochilganda dard tez-tez tutadi va og'riqli bo'ladi.

Bachadon bo'yni rigidligida barmoq bilan kengaytiriladi yoki teshik chetlari yonidan kesiladi.

Teshik chetlarining zichligi va rigidligi ba'zan bachadon bo'ynidagi doiraviy muskullarning spazmiga bog'liq bo'ladi. Bunday hollarda belladonna ekstrakti (0,02g) yoki pantopon (0,015 g) qo'shib tayyorlangan tomchilarni to'g'ri ichakka kiritish yaxshi ta'sir ko'rsatadi.

Bachadon bo'yniga 0,5% li novokain eritmasidan kiritib, spazmni bartaraf qilish mumkin. Eritma bachadon bo'ynining bag'riga, teshik atrofidagi 5–6 joyga 50–60 ml yuboriladi.

QIN VA ORALIQDAGI O'ZGARISHLAR

Qin ba'zida tug'ma to'siqli va chandiqli bo'lib, teshigi toraygan bo'lishi qayd qilinadi. Bolalikda boshidan o'tkazilgan difteriya vaginiti, kuyish va shikastlanish natijasida qin chandiqlari qolishi mumkin.

Kichkina to'siq va chandiqlar tug'ruq vaqtida cho'zilib, homilaning tug'ilishiga va yo'ldosh tushishiga to'sqinlik qilmaydi. Qin chandiqlanib, ancha toraygan bo'lsa, kesar kesish operatsiyasi qilinib, tug'ruq tugallanadi. Homilaning tug'ilishiga xalaqit beradigan to'siqlar kesiladi.

Katta yoshdagi birinchi tug'uvchilarda oraliqning rigidligi ko'p uchraydi, bu esa homilaning harakatlanishiga to'sqinlik qiladi, tug'ruq cho'ziladi, homila asfiksiyasi belgilari paydo bo'lishi mumkin. Oraliqning rigidligida oraliqni yirtilish xavfi belgilari paydo bo'lishi bilan oraliq perineotomiya yoki epiziotomiya qilinadi.

Nazorat uchun savollar

1. Tug'ruq kuchlari anomaliyalari.
2. Tug'ruq kuchlarining sustligida uni tezlashtirish sxemalari.
3. Tug'ruq kuchlari sustligining belgilari va davolash.
4. Haddan tashqari qattiq dard tutishining belgilari va davolash.
5. Tug'ruq kuchlari anomaliyalarining profilaktikasi.
6. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning anomaliyalari.

XXIV BOB. HOMILANING KO'NDALANG VA QIYSHIQ YOTISHI

Homilaning noto'g'ri yotishi deb shunday klinik holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri yoki o'tkir burchak hosil qilgan bo'ladi. Bunday holatlarga homilaning ko'ndalang va qiyshiq joylashishlari kiradi va ular barcha tug'ruqlarning 0,5–0,7% ini tashkil qiladi.

Homilaning ko'ndalang yotishi deb (situs transversus) shunday holatga aytiladiki, bunda homilaning bo'ylama o'qi bachadonning bo'ylama o'qi bilan kesishib, to'g'ri burchak hosil qiladi, homilaning qiyshiq joylashishi (situs obliqvus) esa homila o'qi bachadon o'qi bilan o'tkir burchak ostida kesishadi. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda vaziyati boshiga qarab aniqlanadi: boshi chapga qaragan bo'lsa – birinchi vaziyat, o'ngga qaragan bo'lsa – ikkinchi vaziyat deb hisoblanadi. Turi homilaning orqasiga qarab aniqlanadi: ko'ndalang (qiyshiq) yotishning oldingi turida – homilaning orqasi bachadonning oldingi, orqa turida – orqa devoriga qarab turadi.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishining sabablari har xil:

1. Bachadon bo'shlig'ida homilaning harakatchanligini osonlashtiradigan hamma sharoitlar homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishiga sabab bo'ladi. Qog'onoq suvining ko'pligi, qorin devorining bo'shashganligi, egiz homiladorlik (ayniqsa qog'onoq suvining ko'pligi bilan birga) shunday sharoitlarga kiradi.

2. Chanoq tor bo'lganda, plasenta oldinda yotganda, bachadonning pastki segmentida o'smalar paydo bo'lganda va homila boshining bachadon pastki segmentiga tushishiga va chanoq og'ziga taqalishiga xalaqit beruvchi barcha sharoitlar bo'lganda homila ko'ndalang (qiyshiq) yotishi mumkin.

3. Bachadonning noto'g'ri shakli, masalan, egarsimon bachadonda ham homilaning ko'ndalang yotishi kuzatilishi mumkin.

Homilaning ko'ndalang (qiyshiq) yotishini aniqlash odatda uncha qiyin bo'lmaydi. Avvalo tashqaridan bachadon shaklini aniqlash yo'li bilan homilaning qanday yotganini bilish mumkin. Ko'pincha homilador ayolning qornini ko'rish bilanoq uni aniqlasa bo'ladi. Bachadonni qorin devori orqali tekshirganda uning uzunasiga cho'zilmay ko'ndalang joylashgan bo'lishi juda muhimdir. Bachadon tubi uning shu muddatdagi bo'ylama yotishdagi holatidan ancha pastda bo'ladi. Homilaning boshi va dumbasi ona qorni yon devorlarini paypaslab ko'rib, aniqlanadi (Leopold-Lazarevich usuli). Homilaning yurak urishi kindik ro'parasida, homila boshi qaysi tomonda yotgan bo'lsa, o'sha tomon yaqinidan eshitiladi.

Qin orqali tekshirish homilaning ko'ndalang yotganini ko'rsatuvchi aniq ma'lumot bermaydi. Shu sababli homilaning noto'g'ri joylashganini aniqlash qiyin bo'lganda ultratovush usulini qo'llashga to'g'ri keladi. Faqat tug'ruq vaqtida homila pufagi yorilgach qin orqali tekshirish homilaning ko'ndalang (qiyshiq) joylashganini tasdiqlaydi, shuningdek, bachadon bo'yni orqali homila yelkasi, qovurg'alari, o'mrovi yoki kuragini va umurtqalarining qirrali o'siqlarini paypaslab topsa bo'ladi.

Shuni nazarda tutish kerakki, homila ko'ndalang (qiyshiq) yotganda qinga ko'pincha qo'li, ba'zan kindik qovuzlog'i chiqib qoladi. Qo'li chiqib qolganda qo'ltig'i osongina paypaslab topiladi va shunga qarab homila boshi qay tomonga qaraganini, ya'ni vaziyatni bilish mumkin. Agar qo'ltiq chuqurchasi chap tomonga berk bo'lsa, birinchi vaziyat yoki aksincha. Shuningdek, ko'rsatib o'tilgan holatlarda qinga qo'l yoki oyoq chiqib qolganini aniqlash kerak. Bunda quyidagilarga e'tibor beriladi: oyoq tizza qopqog'i va tovon do'mbog'idan bilinadi, oyoq barmoqlari deyarli bir xil uzunlikda bo'lib, bosh barmog'i kerilmaydi, qo'l panjasi bilakka bo'rtmasiz o'tadi, qo'l barmoqlari oyoq barmoqlaridan uzunroq, bosh barmog'i keriladi va kaftga tomon bukiladi. Qaysi qo'l – o'ng yoki chap qo'l chiqib qolganini aniqlash ham muhim hisoblanadi. Buning uchun homilaning qinga chiqib qolgan qo'li bilan fikran, salomlashish kerak, agar shuning iloji bo'lsa – o'ng qo'l chiqib qolgan, «salomlashib» bo'lmasa – chap qo'l chiqib qolgan bo'ladi. O'ng yoki chap qo'l chiqib qolganini va vaziyatni bilish turni osonroq aniqlashga yordam beradi. Birinchi vaziyatda o'ng qo'lning chiqib qolganligi oldingi turni, chap qo'lning chiqib qolganligi orqa turni ko'rsatadi. Ikkinchi vaziyatda o'ng qo'lning chiqib qolganligi oldingi turni, chap qo'lning chiqib qolganligi orqa turni ko'rsatadi. Homila ko'ndalang yotgandagi tug'ruq patologik tug'ruq bo'lib, ko'pincha homila va ona uchun xavfli asroratlar qoldiradi.

HOMILANING NOTO'G'RI JOYLASHISHIDA HOMILADORLIKNING KECHISHI VA TUG'RUQNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Homiladorlik biror-bir asorat qoldirmasdan kechsa-da, ba'zan chala tug'ish, vaqtdan oldin suv ketishi mumkin. Qog'onoq suvining vaqtdan oldin ketishi asosiy asoratlardan biri hisoblanadi. Homila ko'ndalang yotganda oldinda yotuvchi qism yo'q, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmagan bo'ladi, dard tutganda qog'onoq suvlarining hammasi pastga intiladi, natijada homila pufagi oldinroq yoriladi.

Vaqtdan oldin suv ketishi natijasida homila qo'li yoki kindik qovuzlog'i suv bilan chiqib qolishi, homila gipoksiyasi, xorioamnionit, hatto bachadon yorilishi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin.

Vaqtdan o'tib ketgan ko'ndalang vaziyat deb shunday holatga aytiladiki, bunda suv ketgandan keyin bachadon qisqarib, devorlari homilani o'rab qisib qo'yadi, homila qimirlamaydigan bo'lib, tiqilib qoladi. Ko'ndalang yotgan homila dard tutgan bachadonning o'ta cho'zilgan pastki segmentiga tushadi, bu segment devorlari yupqa tortadi. Homilaning umurtqa pog'onasi, ayniqsa bo'yin qismidan bukiladi, yelkasi chanoqqa suqilib qoladi, chiqib qolgan qo'li shishib ko'karib ketadi. Homilaning ko'ndalang joylashishining o'tkazib yuborilishi tug'ruqning xavfli asorati bo'lib, ko'pincha vaqtida to'g'ri diagnoz qo'ya olmaslik oqibatida kelib chiqadi.

HOMILADORLIK VA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Agar homilaning ko'ndalang joylashganligi homiladorlikning 28–34-haftalarida aniqlansa uni bo'ylama holatga keltirishga imkoniyat bor. Buning uchun homilaning pastda yotgan yirik qismi ayolning qaysi yonida bo'lsa, o'sha yon bilan yotish tavsiya etiladi.

Homilaning joylashishida I.I.Grishchenko va A.E.Shuleshovoylarning vaziyatni to'g'rilash maqsadida tavsiya etgan gimnastikasi ham ayollar maslahatxonasida muntazam olib boriladi.

Agar homila noto'g'ri joylashishi homiladorlikning 35–36 haftalarida ham saqlanib qolsa, bunda ayol to tug'guncha tug'ruqxonaga yotqiziladi.

Tug'ruqxonada homilani ko'ndalang (qiyshiq) vaziyatdan bo'ylama vaziyatga burishga tashqi usullar bilan urinib ko'rish mumkin.

Tug'ruqni boshqarishda quyidagi holatlarga e'tibor berish kerak:

1. Homila noto'g'ri joylashishida tug'ruq o'z holicha tugamaydi, homila burilishi va aylanishi juda kam kuzatiladi.

2. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishga ruxsat berish (homilani aylantirib oyog'idan tortib olish) juda murakkab bo'lib, bunda aksariyat homilaning o'lik tug'ilishi kuzatiladi. Shularni hisobga olib homilani ko'ndalang joylashishida tug'ruq ko'pincha kesar kesish operatsiyasi orqali amalga oshiriladi.

Bu operatsiya quyidagi hollarda qo'llaniladi: 1) o'ttiz yoshdan oshgan birinchi marta tug'uvchi ayollarda; 2) ko'ndalang joylashishning boshqa akusherlik patologiyalari bilan birga uchrashi (tor chanoq, yo'ldoshning oldinda yotishi, jinsiy a'zolaridagi o'smalar).

Agar tug'ruq tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib borishga ruxsat etilgan bo'lsa, ayol bachadon bo'yni to'liq ochilguncha yotqizib qo'yiladi, bu bilan homila pufagi saqlanib qolinadi. Bachadon bo'yni to'liq ochilgandan keyin homila pufagi yoriladi va homila aylantirib tortib tug'diriladi, ya'ni akusherlik burish operatsiyasi yordamida tug'diriladi.

Akusherlik burishi deb, homilani noto'g'ri vaziyatdan, boshqa akusherlik nuqtai nazaridan yaxshi, hamma vaqt bo'ylama vaziyatga keltirilishiga aytiladi.

Akusherlik burishning barcha turlari ikki guruhga bo'linadi: 1) tashqi burish yoki B.A.Arxa'ngelskiy bo'yicha profilaktik burish; 2) tashqi-ichki yoki qo'shma guruhlangan (klassik) burish. Bu haqda akusherlik operatsiyalari bobida tanishasiz.

Nazorat uchun savollar

1. Homilaning ko'ndalang yotish sabablari, homiladorlikning kechishi.
2. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotganligini aniqlash.
3. Homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotishida tug'ruq, tug'ruqni olib borish.
4. Homilaning mayda qismlari yoki kindigining chiqib qolishi.

XXV BOB. HOMILA BOSHINING YOZILGAN HOLATDA OLDINDA YOTISHI

Tugʻruq mexanizmining bukilgan tipida (ensa oldinda yotganda) boshning oldinda yotuvchi qismi – ensa, oʻtkazuvchi nuqta – kichik liqildoq boʻlib, bosh kichik qiyshiq oʻlchamga mos keladigan (orqa tipda – oʻrta qiyshiq oʻlchami) aylanasi bilan chanoqdan oʻtadi.

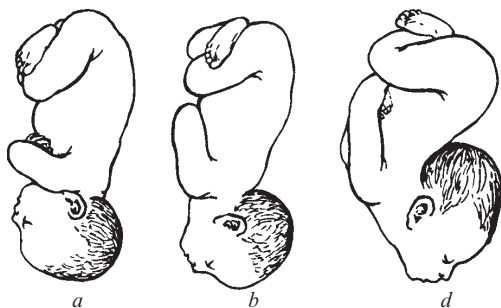
Bosh baʼzan yozilgan holatda chanoqdan oʻtadi. Bunday hollarda engak koʻkrak qafasidan uzoqlashadi, bosh tepasi, peshona yoki yuz oldinda boruvchi qismi boʻlib, chanoq boʻshligʻidan oʻtadi.

Bosh yozilib oldinda yotishining uch darajasi tafovut qilinadi:

I daraja – bosh tepasining oldinda yotishi (182-*a* rasm). Engak koʻkrak qafasidan uzoqlashadi. Bosh tepasi oldinda yotuvchi qism boʻlib qoladi, katta liqildoq – oʻtkazuvchi nuqta hisoblanadi.

II daraja – peshonaning oldinda yotishi (182-*b* rasm), bosh anchagina yozilgan boʻlib, peshona eng pastda yotgan qism boʻlib hisoblanadi.

III daraja – yuzning oldinda yotishi (182-*d* rasm), bosh maksimal darajada yoziladi, boshning yuz qismi hammadan koʻra pastga tushadi, engak oʻtkazuvchi nuqta boʻlib ilgari lama harakat qiladi.



182-rasm. Homila boshining yozilgan holatda oldinda yotishi. *a*–bosh tepasining oldinda yotishi; *b*–peshonasining oldinda yotishi; *d*–yuzining oldinda yotishi.

Homila boshining yozilgan holatda oldinda yotish sabablari har xil; boshning bukilishini qiyinlashtiradigan holatlar; (homila boshining kattaligi yoki oʻta kichikligi, boʻyin oʻsmalari); bundan tashqari chanoqning yassiligi, bachadon pastki segmentining yaxshi rivojlanmaganligi, keng chanoq, chanoq tubi muskullarining yetarli rivojlanmaganligi, qorin devorining osilgan boʻlishi, homilaning bachadonda qiyshiq joylashishi va hokazo.

Boshning yozilgan holatda oldinda yotishida tugʻruq mexanizmining quyidagi umumiy xususiyatlari bor:

1. Tugʻruq mexanizmining birinchi momenti – boshning yozilishi;
2. Bosh yozilgan holatda oldinda yotganda chanoq boʻshligʻida homila ensasi orqaga qaraydigan boʻlib buriladi. Yozilgan boshning ensasi oldinga qaraydigan boʻlib burilishi istisno tariqasida roʻy beradi, bunda tugʻish aksari mumkin boʻlmaydi.

BOSH TEPASINING OLDINDA YOTISHI

Bosh tepasi oldinda yotganini tashqi tekshirishda aniqlab bo'lmaydi. Bachadon bo'yni ochiladigan davrda qin orqali tekshirish ikkala liqildoqni bir sathda turganini ko'rsatadi. Homila tug'ilish davrida katta liqildoq pastga tushib o'tkazuvchi nuqta bo'lib qoladi.

Tug'ruq mexanizmi. Homila boshi chanoq kirish tekisligida o'zining o'q-yoyssimon chok bilan ko'ndalang yoki biroz qiyshiq o'lchamda joylashadi, katta va kichik liqildoqlar bir sathda turadi.

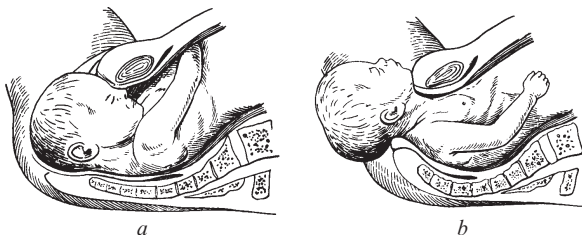
Birinchi moment – bosh biroz yoziladi, engak ko'krak qafasidan uzoqlashadi, katta liqildoq o'tkazuvchi nuqta hisoblanadi.

Ikkinchi moment – boshning ichki burilishi. Chanoq bo'shlig'ida ensa orqaga qaraydigan bo'lib buriladi. Chanoqning chiqish tekisligida boshning burilishi tugallanadi, katta liqildoq qovga, kichik liqildoq dumg'azaga qaragan bo'ladi, o'q-yoyssimon chok to'g'ri o'lchamga to'g'ri keladi.

Uchinchi moment – boshning yorib chiqishi: a) bukilishi va b) yozilishidan iborat. Boshning avval tepa qismi va undagi katta liqildoq jinsiy yoriqdan ko'rinadi, so'ngra peshona yorib chiqadi, burun qanshari (birinchi fiksatsiya nuqtasi) (183-a rasm) qov ravog'iga tayanib bosh bukiladi, shu payt ensa do'mbog'i yorib chiqadi. Ensa do'mbog'i (ikkinchi fiksatsion nuqta) dumg'azadum bo'g'imiga tayanib boshi yoziladi; homilaning yuzi tug'iladi (183-b rasm).

183-rasm. Tepasi oldinda yotgan boshning yorib chiqishi.

a – boshning birinchi fiksatsiya nuqtasi tevaragida bukilishi; b – boshning ikkinchi fiksatsiya nuqtasi tevaragida yozilishi.



To'rtinchi moment – boshning tashqi, yelkalarining ichki burilishi. Homila boshi to'g'ri o'lchamga (12–34 sm) mos keluvchi o'lchamida tug'iladi. Homila boshi konfiguratsiyasi – bosh shakli o'zgaradi, ya'ni yuqoriga cho'zilib, peshona-ensa o'lchamida bosilgan bo'ladi. Homila boshi suyagi go'yo minoraga o'xshaydi (184-rasm).

Tug'ruqning o'tishi. Tug'ruqni II davri cho'zilib ketadi, chunki yozilgan homila boshi chanoqdan kattaroq o'lcham bilan o'tadi va tug'ruq yo'llarida anchagina qarshilikka uchraydi.

Chanoq hamda homila boshi odatdagi kattalikda va dard tutishi normal bo'lsa, tug'ruq o'zicha tugaydi. Agar chanoq toraygan yoki homila boshi yirik bo'lsa, tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi boshlanishi, homila ilgarilanma harakatining sekinlashuvi, to'xtashi, tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalari va qovuq qisilib qolishi, qorindagi homila asfiksiyasi ro'y berishi mumkin.



184-rasm. Tepasi oldinda yotgan boshning konfiguratsiyasi.

Tugʻruqni boshqarishda kutish vaziyatiga amal qilinadi. Tugʻuvchi ayolning ahvoliga, dard tutish xarakteriga, homila boshining harakatlanishiga eʼtibor bilan qarab, homilaning yurak urishini muntazam eshitib, sanab turish kerak. Homila asfiksiyasining oldini olish tavsiya etiladi.

Homila boshi yorib chiqayotgan paytda oldinga bukilishi kerak, ensasi yorib chiqqandan keyin bosh qoʻl bilan ushlanib, avaylab orqaga yoziladi. Tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustiligi homila asfiksiyasi va boshqa patologik holatlar kuzatilganda operatsiya qilinadi. Tugʻruq vrach nazorati ostida oʻtkaziladi.

PESHONANING OLDINDA YOTISHI

Peshonaning oldinda yotishi koʻpincha vaqtinchalik holat boʻlib, tugʻruq vaqtida homila boshining maksimal darajada yozilishi natijasida yuzning oldinda yotishiga aylanishi mumkin. Agar bunday oʻzgarish boʻlmasa, bosh peshonasi bilan chanoq kirish qismiga taqalib qoladi, natijada peshona oldinda keladi.

Peshonasi oldinda yotgan homilaning tugʻilishi juda kam uchraydi, 2–3 ming tugʻadigan ayolning bittasiga toʻgʻri keladi.

Peshonaning oldinda yotishini tashqi tekshirishda aniqlash qiyin. Qin orqali tekshirilganda peshona, qosh usti yoylari hamda katta liqildoqning oldingi burchagi aniqlanadi.

TUGʻRUQ MEXANIZMI

Birinchi moment – boshning yozilishi, bosh chanoq ogʻzida katta qiyshiq oʻlchami bilan joylashadi, burun qanshari eng pastda yotib, oʻtkazuvchi nuqta hisoblanadi. Peshona choki chanoq ogʻzining qiyshiq oʻlchamida turadi.

Ikkinchi moment – boshning ensasi orqaga, koʻz kosalari oldinga (simfizga) qaraydigan boʻlib buriladi, peshona choki avval qiyshiq, keyin toʻgʻri oʻlchamiga oʻtadi.

Uchinchi moment – boshning yorib chiqishi bukilish va yozilishdan iborat.



185-rasm. Peshonasi oldinda yotgan boshning yorib chiqishi.

Toʻlgʻoq qattiq tutgan paytda homilaning peshonasi, koʻzlari, burni jinsiy yoriqdan koʻrinadi (185-rasm), shundan soʻng yuqori jagʻ (birinchi fiksatsion nuqta) simfizning pastki chekkasiga tiralib bosh bukiladi, bosh peshonasi va ensa oraliqdan sirpanib chiqadi. Ensa doʻmbogʻi (ikkinchi fiksatsion nuqta) dumgʻazadum boʻgʻimiga tiralib bosh yoziladi, shu payt homilaning ogʻzi va engagi qov ostidan tugʻiladi.

Toʻrtinchi moment – boshning tashqi, yelkalarining ichki burilishidan iborat. Bosh shakli keskin darajada oʻzgarib, peshonaga tomon choʻziladi (186-rasm), tugʻruq oʻsmasi katta boʻlib, peshona sohasida joylashadi. Bosh 35 sm ga teng aylanasi bilan yorib chiqadi.

Tugʻruqning oʻtishi. Tugʻruq choʻzilib ketadi. Homila kichik boʻlganda, kuchli dard tutganda, chanoq keng boʻlganda tugʻruq oʻz-oʻzidan, tugallanishi mumkin; lekin bu hol kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Homila tugʻiladigan davr uzoq davom etadi, tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustligi roʻy beradi, homila boshi harakatlanishdan toʻxtab yumshoq toʻqimalarni va qovuqni qisib qoʻyadi, natijada yotoq yaralar paydo boʻlib, ular keyinchalik siydik-tanosil oqmalarini yuzaga keltiradi. Dard tutishi haddan tashqari kuchayib, bachadonning pastki segmenti oʻta choʻzilishi va bachadon yorilishi mumkin. Oraliqning chuqur yirtilishi koʻproq kuzatiladi. Chaqaloq bosh miya shikasti bilan oʻlik tugʻilishi koʻp uchraydi.

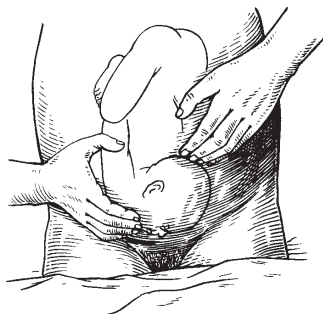


186-rasm. Peshonasi oldinda yotgan boshning konfiguratsiyasi.

Tugʻruqni boshqarish. Homila boshi chanoqqa suqilmagan boʻlsa, kutib turiladi; agar homilaning boshi ham chanoqqa suqilmagan, homila harakatchan, bachadon boʻynining teshigi toʻla ochilgan boʻlsa, homila oyogʻiga buriladi va tortib olinadi. Homila yetilgan boʻlib, oyogʻiga burish uchun sharoit boʻlmasa kesar kesish operatsiyasi yoʻli bilan tugʻruq tugallanadi. Agar homila boshi chanoqqa suqilgan, bachadon boʻyni toʻla ochiq boʻlsa-yu, homila oʻlik boʻlsa, kraniotomiya operatsiyasi oʻtkaziladi.

YUZNING OLDINDA YOTISHI

Yuzning oldinda yotishi 0,2–0,3% tugʻruqda uchraydi, bosh maksimal darajada yoziladi. Yuz oldinda yotishini tashqi va ichki tekshirishda aniqlash mumkin. Tashqi tekshirishda quyidagi xarakterli belgilar aniqlanadi: 1) homilaning orqaga qayrilgan boshi bilan orqasi oʻrtasidagi chuqurcha (187-rasm); 2) homilaning yurak urishi orqa tomondan emas, balki koʻkrak qafasi tomonidan yaxshiroq eshitiladi. Qin orqali tekshirishda homilaning peshonasi (peshona choki bilan birga), qosh usti ravoqlari, burni, ogʻzi va engagi paypaslab topiladi. Homila yuzi bilan oldinda kelganda tugʻruq oʻsmasi uning yuzida boʻlganligi uchun yuqoridagi aniqlash nuqtalari (peshona, burun va boshqalar) baʼzan yaxshi bilinmaydi, natijada yanglishib dumbasi bilan kelgan deb hisoblanadi. Bunday yanglishish tugʻruqni notoʻgʻri olib borish va notoʻgʻri yordam koʻrsatishga sabab boʻladi. Shuning uchun homila dumbasi bilan kelganda jinsiy qismi, dumgʻazasi, chot oraligʻini qin orqali koʻrib aniqlanadi. Agar shu belgilar boʻlmasa, homilaning yuzi bilan oldinda kelganligi maʼlum boʻladi. Yuz oldinda yotganda homilaga shikast yetkazmaslik uchun qin orqali tekshirishni juda ham avaylab oʻtkazish zarur.



187-rasm. Yuz oldinda yotganda tashqi tekshirish.

Qin orqali tekshirishda homilaning vaziyati va turi aniqlanadi. Engagi oʻngga qaragan boʻlsa–

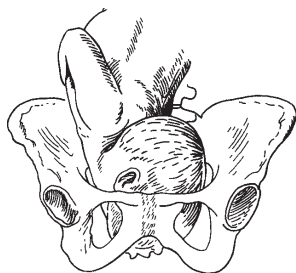
birinchi vaziyat, chapga qaragan bo'lsa–ikkinchi vaziyat deb hisoblanadi. Yuz oldinda yotganda tur engakka qarab aniqlanadi. Engak oldinga (yelkasi orqaga) burilsa oldingi tur, orqaga burilsa–orqa tur deb ataladi.

Tug'ruq mexanizmi. Homila tug'iladigan davrning boshlarida homila boshi chanoq og'ziga taqaladi yoki unga kiradi; peshona chokidan burun qirrasi orqali engakka boruvchi yuz chizig'i chanoqning ko'ndalang yoki biroz qiyshiq o'lchamida joylashadi.

Tug'ruq mexanizmining **birinchi momenti** – boshning yozilishi. Bosh yozilayotganda engak eng pastda yotgan nuqta–o'tkazuvchi nuqta bo'lib hisoblanadi (188-rasm). Homila boshi shu holatda chanoq tubigacha tushadi.

Ikkinchi moment – homila boshining ichki burilishi–chanoq tubida bo'ladi. Bosh burilayotgan paytda engak aksari oldinga buriladi; yuz chizig'i chanoqdan chiqish tekisligining dastlab teshigining qiyshiq keyin to'g'ri o'lchamiga o'tadi.

Uchinchi moment – boshning bukilishi. Qattiq to'lg'oq tutganda engak jinsiy yoriqdan ko'rinadi, til osti suyagi sohasi qov ravog'iga qattiq tiraladi (189-rasm). Bosh shu fiksatsiya nuqtasi tevaragida bukiladi; bosh bukilayotgan vaqtda homilaning yuzi, bosh tepasi va ensasi oraliq ustidan sirpanib chiqadi.



188-rasm. Yuzning oldinda yotishi.
Bosh maksimal yozilgan holatda
chanoq kirish tekisligiga suqilishi.



189-rasm. Yuzning oldinda yotishi.
Boshning yorib chiqishi.

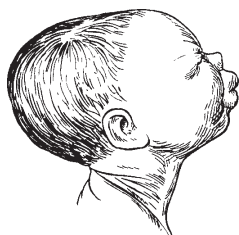
To'rtinchi moment – boshning tashqi, tananing ichki burilishi. Tug'ruq o'smasi yuzda joylashadi (190-rasm), yuz, ayniqsa, lab va qovoqlar shishadi, ba'zan til ham shishadi.

Tug'ruqning kechishi. Yuz oldinda yotganda bosh vertikal o'lcham (9,5 sm) ga mos keluvchi birmuncha kichik aylanasi (32–33 sm) bilan chanoqdan o'tadi va vulvar halqa orqali yorib chiqadi. Chanoq normal bo'lib, homila uncha katta bo'lmasa, yuz oldinda yotishining oldingi turida (yelkasi orqaga qaragan) va tug'ruq dardi yaxshi bo'lsa, 85–90% hollarda homilador ayol mustaqil tug'ishi mumkin. Agar dard sust bo'lib, homila katta va chanoq tor bo'lsa, tug'ruq uzoqqa cho'zilib, og'ir o'tishi, homila asfiksiyaga uchrashi va tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalar qisilib qolishi kabi hollar kuzatiladi.

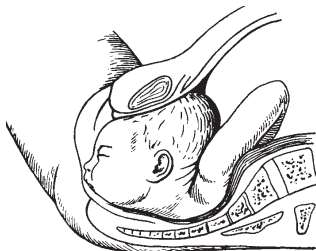
Qog'onoq suvining vaqtdan oldin ketishi homila yuzi bilan kelganda sodir bo'ladigan og'ir asoratlardan biri hisoblanadi. Bundan tashqari kindik halqasining tushishi, tug'ruq dardining sust bo'lishi, tug'ruq vaqtidagi endometrit vujudga kelishi mumkin.

Kamdan-kam hollarda yuz oldinda yotishining orqa turi vujudga keladi, engak dum suyagiga, peshona simfiziga buriladi (191-rasm). Homila boshi harakatlanishdan to'xtaydi, chunki bosh chanoqdan ko'krak qafasi bilan birga

o'tishi kerak, bosh bilan ko'krak qafasining hajmi chanoq o'lchamlariga mos kelmaydi, shuning uchun yuz oldinda yotishining orqa turida tug'ish mumkin emas, bunda kraneotomiya operatsiyasi qilib tug'ruq tugallanadi.



190-rasm. Yuzi oldinda yotgan boshning konfiguratsiyasi.



191-rasm. Yuzning oldinda yotishi, orqa turi (tug'ilish mumkin emas).

Tug'ruqni boshqarish. Yuz oldinda yotishining oldingi turida tug'ruq ko'pincha o'zicha tugaydi, shuning uchun tug'ruqni boshqarishda kutish vaziyatiga amal qilinadi.

Tug'ruqning birinchi davrida qog'onoq suvlari barvaqt ketib qolishiga yo'l qo'ymaslik uchun tug'uvchi ayol yotqizib qo'yiladi. Homilaning engagi ayolning qaysi yoniga qaragan bo'lsa, o'sha yoni bilan yotqiziladi, shunda homilaning engagi pastga tushadi va tug'ruq mexanizmi osonlashadi.

Tug'ruqning 2 davrida tug'uvchi ayolning va homilaning ahvoli, dard tutish xarakteri, homila boshining harakatlanib borishi kuzatib boriladi. Yuz oldinda yotishining oldingi turida engakning yorib chiqishi diqqat bilan kutib turiladi; shundan keyin tug'ruqni qabul qilishga kirishiladi. Homilaning yorib chiqayotgan yuziga shikast yetkazmaslik uchun boshi ehtiyotlik bilan ushlanadi. Homilaning yuzi yorib chiqqach, boshi chap qo'lda simfizga tomon sekin-asta avaylab bukiladi, o'ng qo'lda esa oraliq tug'ilayotgan boshdan ehtiyotlik bilan tushiriladi, agar oraliqni yirtilish xavfi paydo bo'lsa, perineotomiya tavsiya etiladi.

Tug'ruq og'irlashgan taqdirda zarur yordam beriladi (asfiksiyaga qarshi chora ko'riladi, dard tutishi kuchaytiriladi va hokazo). Ona yoki homilaning hayotiga xavf tug'ilayotgandagina operatsiya qilinib, tug'ruq tugallanadi. Yuz oldinda yotishining orqa turida operatsiya qilinib tug'ruq tugallanadi (odatda kraniotomiya qilinadi).

HOMILA BOSHINING ASINKLITIK SUQILISHI

Homila boshining sinklitik suqilishi shu bilan ta'riflanadiki, o'q-yoysimon chok simfiz va promontoriydan bir xil masofada, ya'ni chanoq kirish tekisligining ko'ndalang o'lchami bo'ylab joylashadi. Asinklitik suqilishda esa o'q-yoysimon chok promontoriyga yoki simfizga tomon og'ishgan bo'ladi. Asinklitizmning oldingi va orqa turlari tafovut qilinadi. Agar o'q-yoysimon chok promontoriyga yaqinroq siljisa, chanoq kirish tekisligiga oldingi tepa suyagi suqiladi, shuning uchun uni oldingi asinklitizm deyiladi. O'q-yoysimon chok simfizga tomon siljisa, orqa tepa suyagi chanoq kirish tekisligiga suqiladi, buni orqa asinklitizm deb ataladi. O'tkinchi asinklitizm holati normal tug'ruqda vaqtincha holat sifatida

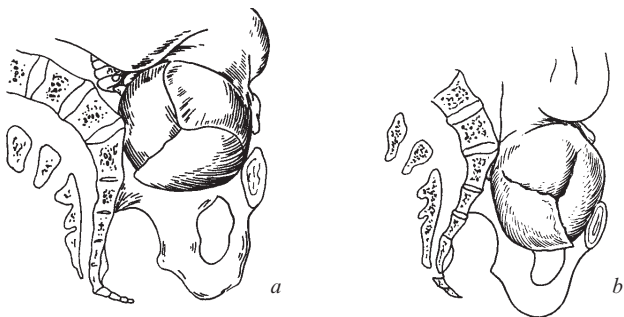
uchraydi; homila boshi chanoqqa tushgan sayin asinklitizm barham topadi. Normal tugʻruqda uchraydigan bu asinklitizm fiziologik holatdir.

Barqaror oʻrtacha asinklitizm (koʻpincha oldingi asinklitizm) tor chanoqda, asosan yassi chanoqda uchraydi. Oʻrtacha asinklitizm yassi chanoqning toraygan ogʻzidan boshning oʻtishiga yordam beradi, shuning uchun u ham fiziologik holat hisoblanadi (moslashish).

Homila boshining asinklitik suqilishi kuchli darajada boʻlsa, tugʻruqni qiyinlashtiradi yoki unga toʻsqinlik qiladi, buni patologik asinklitizm deyiladi.

Oldingi asinklitizm. Oʻq-yoysimon chok promontoriy tomon siljishi natijasida chanoq kirish tekisligiga oldingi tepa suyagi suqilib kiradi, orqadagi tepa suyagi esa promontoriy oldida ushlanib qoladi, natijada bosh orqadagi yelkaga engashadi (192-*a* rasm).

Orqa asinklitizm. Oʻq-yoysimon chok simfizga yaqin yoki uning oldida boʻladi; orqadagi tepa suyagi suqilib kiradi, oldingi tepa suyagi qov ustida ushlanib qoladi, natijada bosh oldingi yelkaga yaqinlashadi (192-*b* rasm). Orqa asinklitizm keskin darajada boʻlsa, promontoriy oldida homilaning qulogʻi aniqlanadi.



192-rasm.
Asinklitizm.
a–oldingi asinklitizm;
b–orqa asinklitizm.

Chanoqning torligi, qorin devorining boʻshashganligi, homila qoʻlining boshi yonidan chiqib qolishi va boshqa momentlar patologik asinklitizmning kelib chiqishiga sabab boʻladi. Homila boshining asinklitik suqilgani qin orqali tekshirishda aniqlanadi; oʻq-yoysimon chokning chanoq oʻqidan simfiz yoki dumgʻaza tomonga ogʻib, shu holatni saqlab qolishi diagnozga asos boʻladi.

Patologik asinklitizm homila boshining harakatlanishini qiyinlashtiradi. Kuchli dard tutganda, homila boshi kichik boʻlganda, chanoq aytarli tor boʻlmaganda tugʻruq oʻzicha tugaydi. Ayni vaqtda homila boshi keskin konfiguratsiyaga uchrab, qiyshiq shaklga kiradi; kuchli dard chogʻida oldinda yotgan tepa suyak chanoqqa tobora suqilib kiradi va promontoriy yoki simfiz oldida ushlanib qolgan ikkinchi tepa suyak shundan keyingina chanoqqa tushadi.

Tugʻruq choʻzilib ketadi, koʻpincha tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalari va qovuq qisiladi, tugʻruq kuchlarining ikkilamchi sustligi, homila asfiksiyasi, kalla ichi shikasti va boshqa koʻngilsiz hodisalar roʻy beradi. Patologik orqa asinklitizm prognoz ayniqsa yomon boʻladi; orqadagi tepa suyagining suqilib kirishi tugʻruqqa toʻsqinlik qiladi.

Tugʻruqni boshqarish. Oʻrtacha asinklitizm, ayniqsa oldingi asinklitizm, tugʻruqni boshqarishda kutish vaziyatiga amal qilinadi; ona yoki homilaning

hayotiga xavf tug'diruvchi ko'ngilsiz holatlar paydo bo'lsa zudlik bilan yordam beriladi. Ro'y-rost orqa asinklitizmida tug'ruqni faol boshqarish tavsiya etiladi.

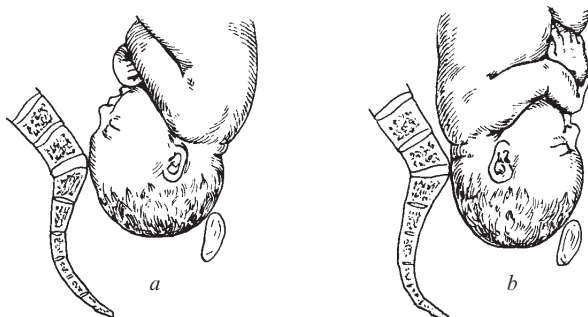
Homila tirik bo'lsa kesar kesish operatsiyasi, agar o'lik bo'lsa yemirish operatsiyasi tavsiya etiladi.

HOMILA BOSHNING BALANDDA TO'G'RI TURISHI

Tug'ruq normal bo'lganda, ya'ni homila ensasi bilan oldinda kelganda, odatda homila boshi o'zining o'q-yoysimon choki bilan chanoq kirish tekisligining ko'ndalang yoki qiyshiq o'lchamida turadi. Juda kamdan-kam hollarda bosh chanoqqa shunday kiradiki, o'q-yoysimon choki chanoq kirish tekisligining to'g'ri o'lchamiga – chin konyugataga mos keladi. Homila boshining bu xilda joylashishiga boshning balandda to'g'ri turishi deb ataladi.

Boshning yuqorida to'g'ri o'lchamda turishi ikki ko'rinishda bo'lishi mumkin. Birinchi ko'rinishda – ensa oldinga, qov suyagiga qaragan bo'ladi, bunga homila boshi balandda to'g'ri turishining **oldingi turi** (positio occipitalis pubica) deb ataladi (193-a rasm). Ko'p hollarda bosh oldingi turda turadi. Ensa promontoriyga qaragan bo'lsa, homila boshi balandda to'g'ri turishining **orqa turi** (positio occipitalis sacralis) deb ataladi (193-b rasm).

193-rasm. Boshning balandda to'g'ri turishi.
a–positio occipitalis pubica;
b–positio occipitalis sacralis.



Boshning balandda to'g'ri o'lchamda turganligini qin orqali tekshirib aniqlash mumkin. Qin orqali tekshirganda homila boshi o'q-yoysimon chok chanoq kirish qismining to'g'ri o'lchamida turganligi, engakning oldinga yoki orqaga qaraganligi aniqlanadi. Homila boshi kichik chanoq kirish qismidan noto'g'ri turganda faqat 15% hollardagina ayol mustaqil tug'ishi mumkin (homila kichik, chanoq boshga nisbatan katta bo'lganda), qolgan 85% hollarda tug'ruq operatsiya yo'li bilan amalga oshiriladi.

Homila boshi balandda to'g'ri turganda tug'ruqning o'tishi qiyinlashadi. Tug'ruqning ikkinchi davri cho'zilib ketadi, qog'onoq suvining vaqtidan ilgari ketishi va bachadon pastki segmentining ortiqcha kengayib, cho'zilishi natijasida tug'ruq kuchlarining birlamchi va ikkinlamchi sustligi hamda bachadon yirtilishi kabi og'ir hollar ro'y berishi mumkin.

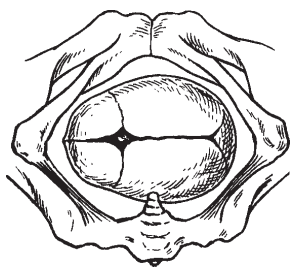
Homila boshini balandda to'g'ri turishining oldingi turida oqibat orqa turidagiga nisbatan yaxshi bo'ladi. Homila boshi qattiq bukiladi va shu holicha (o'q-yoysimon

to'g'ri o'lchamda) chanoqning hamma tekisliklaridan o'tadi. Homila boshi chanoq tubiga yetgach, ensa osti sohasi bilan simfizga tiraladi va yoziladi (yorib chiqadi).

Orqa turda bosh qattiq bukiladi, keskin konfiguratsiyaga uchraydi.

Homila boshining o'lchami uncha katta bo'lmasa, chanoq normal, dard kuchli tutib turgan bo'lsa, homila boshi shu holatda chanoqqa tushadi. Homila boshi chanoq bo'shlig'ida 180° ga burilishi mumkin, unda bosh oldingi turda tug'iladi. 180° ga burilmasa, bosh orqa turda yorib chiqadi. Orqa turda tug'ruq kamdan-kam o'zicha tugaydi, aksari operatsiya qilinib tug'ruq tugallanadi.

HOMILA BOSHINING PASTDA VA CHUQUR KO'NDALANG YOTISHI



194-rasm. Boshning pastda va chuqur ko'ndalang yotishi.

Bunday patologiyada homila boshi o'q-yoysimon choki bilan chanoq kirish qismining ko'ndalang o'lchamida turgan bo'lsa, bosh chanoq ichida keyingi surilishda ham aylanmaydi va kichik chanoqning tor o'lchamidan o'tadi, hamda chanoqning chiqish joyigacha homilaning boshi ko'ndalang o'lchamida qoladi (194-rasm). Boshning pastda ko'ndalang turishiga chanoqning tor, yassi bo'lishi, chanoq tubi muskullarining bo'shashuvi, boshning tepasi bilan oldinda kelishi, homilaning to'la yetilmaganligi va boshqalar sabab bo'ladi.

Homila boshi chanoq chiqish qismining o'lchamida turib qolganida quymich suyagidagi do'mboq uning orqaga qayrilishiga va tug'ruq yo'lidan chiqishiga imkon bermaydi. Homila boshi tug'ilishi uchun o'q-yoysimon chokning chanoq chiqish qismi ko'ndalang o'lchamidan to'g'ri o'lchamiga o'tishi, buning uchun tug'ruq dardi kuchli bo'lishi kerak, shundagina tug'ruq mustaqil o'tishi mumkin.

Homila boshining pastda ko'ndalang turishida og'ir hollar ro'y berishi, ya'ni tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalarining, qovuq va to'g'ri ichak devorlarining zararlanishi, homila esa ko'pincha asfiksiyaga uchrashi yoki nobud bo'lishi mumkin. Bunday hollarning oldini olish uchun akusherlik operatsiyasini qo'llash, homila tirik va boshqa sharoitlar bo'lsa, unga qisqich qo'yish, o'lik bo'lsa yemirish operatsiyasi qilish lozim.

Nazorat uchun savollar

1. Homila boshining yozilgan holatda oldinda yotishining sabablari va turlari.
2. Homila boshi tepasining oldinda yotishida tug'ruq mexanizmi va tug'ruqni boshqarish.
3. Peshonaning oldinda yotishida tug'ruq mexanizmi va tug'ruqni boshqarish.
4. Yuzning oldinda yotishida tug'ruq mexanizmi va tug'ruqni boshqarish.
5. Homila boshining asenklitik suqulishi sabablari, tug'ruqni boshqarish.
6. Homila boshining balandda to'g'ri turishi.
7. Homila boshining pastda va chuqurda ko'ndalang yotishi.

XXVI BOB. CHANOQ ANOMALIYALARI (TOR CHANOQLAR)

Ayollardagi chanoq anomaliyalari tugʻruqning fiziologik kechishini izdan chiqaruvchi, ona va bola hayotiga xavf soluvchi sabablardan biri hisoblanadi.

Oʻzining shakli va oʻlchami bilan normal chanoqdan ancha farq qiladigan chanoq – notoʻgʻri chanoq deyiladi. Oʻlchamlari kichrayib toraygan chanoq homilaning tugʻruq yoʻllaridan oʻtishiga toʻsiq boʻlishi, shuningdek, chanoq haddan tashqari keng boʻlganda ham u tugʻruqning kechishiga salbiy taʼsir qilishi mumkin.

Chanoq anomaliyasi quyidagi 2 asosiy turdan iborat:

1. Keng chanoq.

2. Tor chanoq.

Chanogʻi keng boʻlgan koʻpchilik ayollarda tugʻruq ona uchun ham, homila uchun ham yaxshi oʻtadi, lekin baʼzan tugʻruqning ogʻirlashuvi kabi hollari ham uchraydi. Bunda homila boshining orqaga egilib kelishi, oʻq-yoysimon chokning pastda koʻndalang oʻlchamda turishi, qin, oraliq va bachadon boʻynining va homila boshining ogʻir jarohatlanishi kabi hollar kuzatiladi. Chanoq keng boʻlganda, tugʻruq vaqtida boʻladigan ogʻir holatlarni oldini olish uchun ayolni yaxshilab kuzatib borish va oʻz vaqtida yordam koʻrsatish, tugʻruq shiddat bilan boshlansa toʻlgʻoqni susaytirish kerak.

Tor chanoq. Agar ayol chanogʻi yetilgan homilaning, ayniqsa, homila boshining oʻtishiga toʻsqinlik qilish darajasida tor boʻlsa, u tor chanoq deyiladi.

Tor chanoqlar ikki turga ajratiladi:

1. Anatomik tor chanoqlar deb uning hamma yoki asosiy oʻlchamlaridan biri kamida 1,5–2 sm qisqarishiga aytiladi. Anatomik toraygan chanoq tugʻuvchi ayollar orasida oʻrtacha 2,5–3,5% ni tashkil etadi.

2. Funksional (klinik) tor chanoqlar deb tugʻruq paytida homila boshi oʻlchamlarining homilador ayol chanogʻi oʻlchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Funksional tor chanoq yoki klinik tor chanoq faqat tugʻruq paytida yuzaga keladi va umumiy tugʻruqlarga nisbatan 1,5–2,5% hollarda uchraydi.

Anatomik tor chanoq tasnifi

I. Torayish shakli boʻyicha.

1. Koʻp uchraydigan shakllari:

- a) umumiy tekis toraygan chanoq;
- b) yassi (oddiy yassi va raxitik yassi) chanoq;
- d) umumiy toraygan yassi chanoq.

2. Kam uchraydigan shakllari:

- a) qiyshiq toraygan asimmetrik chanoq;
- b) osteomalyatsiyadan zararlangan chanoq;
- d) kifoskoliotik chanoq;

- e) voronkasimon chanoq;
- f) spondilolistetik chanoq;
- g) ekzostoz va suyak o'smalari natijasida toraygan chanoq;
- h) ko'ndalangiga toraygan chanoq;

II. Torayish darajasi bo'yicha.

1. I.F.Jordania bo'yicha:

a) torayishning 1-darajasida chin konyugata 11 sm dan kam, 9 sm dan ko'p, bunda tug'ruq ko'pincha o'zicha tugaydi, ammo chin konyugata 9 sm gacha torayganda tug'ruq qiyinlashadi;

b) torayishning 2-darajasida chin konyugata 9–7,5 sm gacha, bunda yetuk homila tabiiy tug'ruq yo'llaridan o'ta oladi, lekin tug'ruq ko'pincha qiyinlashib, operatsiya qilishga to'g'ri keladi;

d) torayishning 3-darajasida chin konyugata 7,5–6 sm gacha bo'lib, bunda yetilgan homila tabiiy tug'ruq yo'llaridan o'ta olmaydi. Faqat kesar kesish operatsiyasi qilib homilani tirik olish mumkin, agar o'lik bo'lsa, unda yemirish operatsiyasi o'tkaziladi.

e) torayishning 4-darajasida chin konyugata 6 sm ba'zan undan ham kam. Homilani bunday holda hatto yemirish operatsiyasi qilinganda ham tabiiy tug'ruq yo'llari orqali olib bo'lmaydi. Tug'ruqni tugallashning birdan-bir yo'li kesar kesish operatsiyasi. 4-daraja toraygan chanoqni mutloq tor chanoq deb ataladi.

2. M.S.Malinovskiy bo'yicha:

1-darajali tor chanoq – chin konyugata 10–8 sm ga teng;

2-darajali tor chanoq – chin konyugata 8–6 sm ga teng;

3-darajali tor chanoq – chin konyugata 6 sm dan kam.

III. Rentgenopelviometriya tekshiruvi orqali chanoqning quyidagi 4 shakli tafovut qilinadi:

1. Ginekoid (gynecos–ayol) chanoq – kichik chanoqqa kirish aylana yoki ko'ndalang oval shaklida bo'ladi.

2. Android (andros–erkak) chanoq – kichik chanoqqa kirish uchburchaksimon bo'lib, qov burchagi va yoyi tor bo'ladi.

3. Andrpoid chanoq (ko'ndalangiga toraygan chanoq) kichik chanoqqa kirish bo'ylama – oval shaklida bo'lib, chanoqning to'g'ri o'lchamlari ko'ndalang o'lchamlariga nisbatan uzunroq bo'ladi.

4. Platipeloid (yassi) chanoq – chanoqqa kirish ko'ndalang oval shaklida bo'lib, ko'ndalang o'lchamlari to'g'ri o'lchamlariga nisbatan uzunroq bo'ladi.

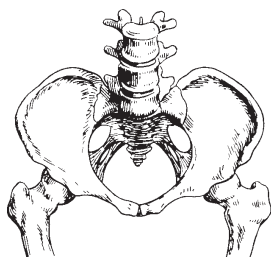
Umumiy tekis toraygan chanoq – xarakterli belgisi uning hamma (to'g'ri, ko'ndalang va qiyshiq) o'lchamlari baravar, aksari 1,5–2 sm qisqargan (195-rasm). Umumiy tekis toraygan chanoq past bo'yli, infantilizm belgilari (sut bezlari kichik, qovuq sohasidagi junlar siyrak, tashqi jinsiy a'zolar yetilmagan va hokazo) bo'lgan ayollarda uchraydi. Uning to'rtta turi mavjud:

1. Infantil chanoq (pelvis infantilis). Rivojlanishdan orqada qolgan infantilizm belgilari bor ayollarda uchraydi. Bunday chanoqning kirish tekisligi o'ziga xos aylana yoki oval shaklida bo'lib, to'g'ri o'lchami tortilgan, chanoqda deformatsiya bo'lmaydi, qov yoyi toraygan, yonbosh suyagi qanotlari kam rivojlangan, dumg'aza burni qisman balandroqda joylashadi.

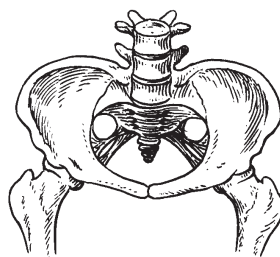
2. Erkaksimon chanoq (pelvis virilis). Baland boʻyli, erkaklarga xos tana tuzilishiga ega ayollarda uchraydi. Anatomik tuzilishiga koʻra qov yoyi toraygan, voronkasimon shaklda boʻladi.

3. Karlik chanoq (pelvis nana). Boʻyi 120–145 sm dan past boʻlgan ayollarda uchraydi.

4. Gipoplastik chanoq (pelvis hypoplastica), normal chanoqdan faqatgina nozik va ixchamligi bilan farq qiladi.



195-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoq.



196-rasm. Oddiy yassi chanoq.

Yassi (yapaloq) chanoq (pelvis plana) – koʻndalang va qiyshiq oʻlchamlari normada, toʻgʻri oʻlchamlari qisqargan boʻladi.

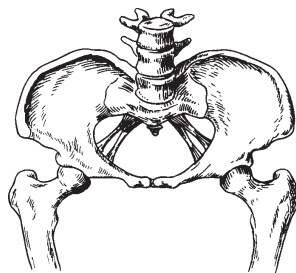
Oddiy yassi chanoq (pelvis plana deventery) – chanoqning barcha toʻgʻri oʻlchamlari toraygan boʻladi, qiyshiq va koʻndalang oʻlchamlari normada boʻlishi mumkin; uning xarakterli belgisi – butun dumgʻaza simfizga yaqinlashgan, shu sababli chanoqning kirish qismi, kengaygan, toraygan va chiqish tekisliklarining toʻgʻri oʻlchamlari qisqargan, ammo chanoq va skelet suyaklari deformatsiyalanmagan (196-rasm).

Raxitik yassi chanoq (pelvis plana rachitica) – faqat chanoq kirish qismining toʻgʻri oʻlchami (chin konyugata) torayadi.

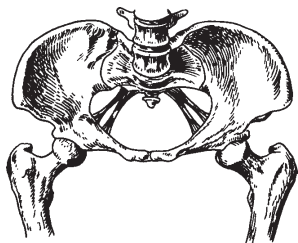
Bunday chanoqli ayolning boʻyi pastroq, boshi goʻyoki toʻrtburchak shaklda, oʻmrov suyagi “S” shaklida, oyoqlari qiyshiq (“O” shaklida) boʻyin umurtqasi oldinga, koʻkrakniki orqaga, belniki oldinga, dumgʻaza umurtqasi orqaga anchagina egilgan boʻladi. Dumgʻaza suyagining kaltalanishi, promontoriyning chanoq ichiga chuqur botib kirganligidan kichik chanoq oʻlchami torayadi, dumgʻaza suyagi tanasi va dum suyagi orqaga surilishi natijasida chanoq boʻshligʻi va chiqish qismining oʻlchami kirish qismiga nisbatan keng boʻladi (197-rasm). Raxitik chanoqlar yoshligida raxit kasalligini boshidan kechirgan ayollarda uchraydi.

Raxitik chanoqning 4 ta oʻziga xos belgilari bor:

1. Chanoq kirish qismining toʻgʻri oʻlchami kam;
2. Kichik chanoq kirish qismining shakli oʻzgargan (buyrak shakliga oʻxshash);



197-rasm. Raxitik yassi chanoq.



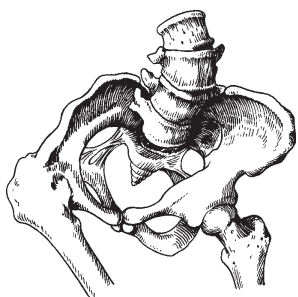
198-rasm. Umumiy toraygan yassi chanoq.

3. Chanoq suyaklari deformatsiyasi kuzatiladi;
4. Chanoq chiqish qismi kirish qismiga nisbatan keng bo'ladi.

Umumiy toraygan yassi chanoq. Chanoqning hamma o'lchamlari toraygan, ammo to'g'ri o'lchamlari boshqa o'lchamlariga nisbatan ko'proq toraygan (198-rasm). Odatda chanoq kirish qismining to'g'ri o'lchami (chin konyugata) boshqa o'lchamlariga nisbatan ko'proq qisqargan.

Bolalik davrida bir yo'la ikkita patologik jarayon: infantilizm va raxit bilan og'rigan ayollarda ko'proq uchraydi. Uning xususiyatlari ham shundan kelib chiqadi: chanoq umuman tor, bundan tashqari to'g'ri o'lchamlari ko'proq torayganligi uchun yassilangan. Umumiy toraygan yassi chanoq tug'ruqni qiyinlashtiradi.

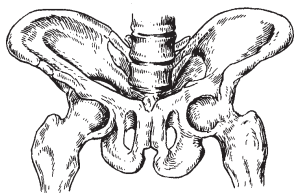
TOR CHANOQLARNING KAM UCHRAYDIGAN SHAKLLARI



199-rasm. Qiyshiq toraygan chanoq.

Qiyshiq toraygan asimmetrik chanoq – yoshlikda ma'lum sabablarga ko'ra tana og'irligi baravar tushmasligi natijasida vujudga keladi (199-rasm). Agar ayolning yoshlikda bir oyog'ining son bo'g'imi tug'ma chiqqan yoki oyog'i og'ir shikastlangan bo'lishiga qaramay, u yurib ketsa hali chanoq suyaklari qotmaganligi tufayli yurganida kasal oyoqni ayab, tananing og'irligi ko'proq sog'lom oyog'iga tushadi. Shu bois chanoq - son bo'g'imi chanoq ichining sog' tomoniga botib kiradi, natijada chanoq ichining kasal oyoq tomoni kengayib, sog' tomon ichiga botgan bo'ladi. Chanoq bo'shlig'i qiyshayib tor bo'lib qoladi, dumg'aza

suyagining bir qanoti taraqqiy qilmaydi. Chanoqning bunday deformatsiyasi bel umurtqasining qiyshayganida ham yuzaga keladi (son-chanoq bo'g'imi, umurtqalar sil kasalliklarida ko'proq uchraydi).



200-rasm.
Osteomalyatik chanoq.

Osteomalyatik chanoq. Bu xildagi chanoqlar juda kam uchraydi va organizmda vitamin D, skelet suyaklarida kalsiy, fosforning yetishmasligi tufayli vujudga keladi. Asosan vitamin D va fosfor yetishmasligi tufayli, suyaklarda kalsiy tuzi kamayib, ular yumshab qoladi. Tana og'irligi tufayli dumg'aza suyagi chanoq ichiga botib simfiz qush tumshug'iga o'xshab turtib chiqadi, qov suyaklari halqasi juda torayib ketadi. Osteomalyatsiyaning og'ir shaklida chanoq bo'shlig'i butunlay yo'qoladi, uning kirish

qismi yoriqqa o'xshab qoladi. Ayolning tanasi kuchli deformatsiyaga uchraydi, sonlari bir-biriga yaqinlashib, tashqi jinsiy a'zolarini ko'rib bo'lmaydi (200-rasm).

Hozir bu xildagi chanoqlar deyarli uchramaydi, kamdan-kam hollarda uning ancha yengil shakllarini kuzatish mumkin.

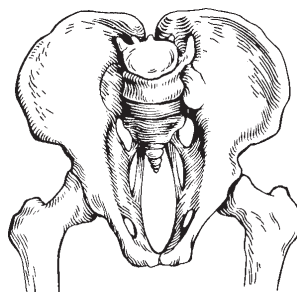
Skoliotik, koksalgik qiyshiq chanoq – skolioz va koksitda uchraydi. Skoliotik qiyshayib toraygan chanoqda chanoqqa kirish qismi qiyshiq, oval shaklda bo‘lib, uning qiyshiq o‘lchamlari har xil; skolioz tomondagi qiyshiq o‘lcham uzunroq, chanoq kirish qismida birmuncha kengaygan bo‘ladi.

Voronkasimon chanoq. Bunda chanoqning hamma o‘lchamlari pastga–chanoqning chiqish yuzasiga tomon torayib boradi, shunga ko‘ra u voronka shaklini oladi. Agar chanoq chiqish teshigining ko‘ndalang o‘lchami 8 sm dan kam bo‘lmasa, oldinda keluvchi homila boshi katta bo‘lmasa, tug‘ruq mustaqil o‘tishi mumkin. Lekin bundan kam bo‘lsa, homila boshi chanoq chiqishida to‘xtab qoladi va nobud bo‘ladi.

Spondilolistik chanoq. Bunday chanoq oxirgi bel umurtqasining birinchi dumg‘aza umurtqasi ustida ichkariga tomon surilishi natijasida hosil bo‘ladi, bunda chanoqning kirish teshigi torayadi. Bu anomaliyada ayolning bel dumg‘aza sohasi egarsimon bosilgan chanoqning og‘ish burchagi ham, tananing pastki qismi ham kalta, tashqi jinsiy a‘zolar birmuncha oldinda joylashgan bo‘ladi.

Ekzostoz va suyak o‘smalari tufayli toraygan chanoq. Ekzostoz va suyak o‘simtalarining chanoq bo‘shlig‘ini egallashi natijasida ko‘pincha homilaning tug‘ruq kanalida surilishiga xalaqit beradi, bunday hollarda tug‘ruq boshlanishi bilanoq kesar kesish operatsiyasi qo‘llanishi kerak.

Ko‘ndalangiga toraygan chanoq tor chanoqning juda kam uchraydigan shakli bo‘lib, unda ko‘ndalang o‘lchamlar qisqargan bo‘ladi (201-rasm). Uning klinik belgilarida katta chanoqning ko‘ndalang o‘lchamlari, yonbosh suyagi qanotining osilib turishi, Mixaelis rombi ko‘ndalang o‘lchamining kichrayishi hamda chanoq chiqish qismining ko‘ndalang o‘lchamining torayishi kuzatiladi.



201-rasm. Ko‘ndalang toraygan chanoq.

TOR CHANOQNI ANIQLASH

Tor chanoq o‘z vaqtida aniqlansa tug‘ruq vaqtida ba‘zan esa homiladorlik oxirida ham ro‘y beradigan ko‘ngilsiz holatlarning oldi olinadi. Chanoqning keskin darajada torayganligi kesar kesish operatsiyasi qilish kerakligidan dalolat beradi.

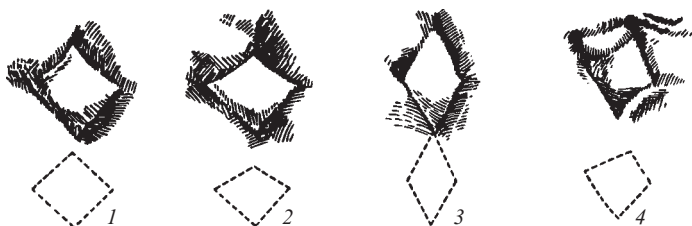
Tor chanoqni aniqlash uchun anamnez bilan tanishib, ayol tanasi ko‘zdan kechiriladi, chanog‘i o‘lchanadi, qin orqali tekshirish o‘tkaziladi.

Anamnez ma’lumotlaridan raxit, suyak va bo‘g‘imlar sili, infantilizm, chanoq hamda oyoq suyaklarining singanligi va shu kabilar haqidagi ma’lumotlar alohida ahamiyatli. Takror tug‘ayotgan ayollar chanog‘iga baho berish uchun akusherlik anamnezining muhim ahamiyati bor. Chanog‘i tor ayol ilgari normal tug‘gan bo‘lsa, bu tug‘ruqda ham chanoq homilaning o‘tishiga to‘sqinlik qilmaydi deb

umid bog'lash mumkin. Noqulay akusherlik anamnezi (ilgarigi tug'ruqning og'ir o'tganligi, akusherlik operatsiyalari qilinganligi, homilaning o'lik tug'ilganligi va hokazo) chanoqning anatomik jihatdan emas, funksional jihatdan ham torligini qayd qilishga yordam beradi.

Ayol tanasi ko'zdan kechirilganda chanoqning torligini ko'rsatuvchi muhim ma'lumotlar olinadi. Ayolning past bo'yli, infantilizm belgilari, skeletning raxitik o'zgarishlari, chanoq-son bo'g'imining ankilozlari, son suyagi chiqqanligi chanoqning torligidan darak beradi.

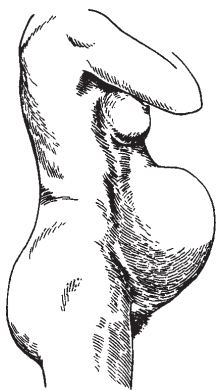
Tor chanoqni aniqlashda Mixaelis rombing shakli ahamiyatli. Normal chanoqda romb to'g'ri shaklda, yassi raxitik chanoqda rombnings yuqori yarmi pastki yarmidan kichikroq bo'ladi, chanoq raxitda anchagina deformatsiyalangan bo'lsa, romb deyarli uchburchak shaklda bo'ladi. Umuman tekis toraygan chanoqda romb uzunasiga cho'zilgan: yuqori va pastki burchaklari o'tkir, yon burchaklari o'tmas bo'ladi (202-rasm).



202-rasm. Normal chanoq bilan tor chanoqlarda Mixaelis rombi.

1–normal chanoq; 2–yapaloq raxitik chanoq; 3–umumiy tekis toraygan chanoq; 4–qiyshiq toraygan chanoq.

Chanoq ro'y-rost tor bo'lsa, homiladorlik oxirida homila boshi chanoq og'ziga kira olmay, tug'ruq boshlanguncha ancha yuqorida turadi, shu sababli



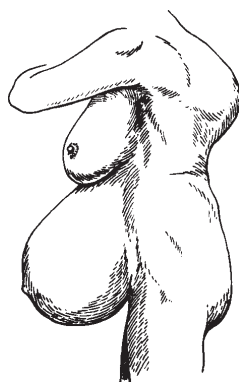
203-rasm. O'tkir uchli qorin.

homiladorlik oxirigacha bachadon tubi pastga tushmaydi. O'sayotgan bachadon qorin bo'shlig'iga sig'may qoladi (ayol bo'yi past bo'lsa bachadon kaltalashgan bo'ladi) va qovurg'alar ostidan yuqoriga hamda oldinga buriladi. Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarning qorin devori elastik bo'lganidan qorin o'tkir uchli bo'ladi (203-rasm), ko'p tug'gan ayollarning qorni osilib tushadi (204-rasm). Ayol ko'zdan kechirilganda suyakning yo'g'onligiga e'tibor beriladi, bu esa chanoq suyaklarining yo'g'onligi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Shu maqsadda bilak-kaft usti bo'g'imining hajmi, ya'ni Solovyov indeksi o'lchanadi. Shu bo'g'imning hajmi 14 sm dan ortiq ekanligi skelet suyaklarining, shu jumladan chanoq suyaklarining qalinligini ko'rsatadi.

Chanoqni o'lchashning alohida ahamiyati bor. Katta chanoq o'lchamlari kichik chanoq o'lchamlari haqida muayyan tasavvur beradi. Diagonal konjugata chanoqning torayish darajasini aniqroq ko'rsatadi.

Shuni nazarda tutib, hamma homiladorlar va tugʻuvchi ayollarning diagonal konyugatasi albatta oʻlchanadi. Shu maqsadda qin orqali tekshirish oʻtkazilib, dumgʻaza yassilanganligi va chanoqning boshqa deformatsiyalari bor-yoʻqligi bilinadi, chanoqning sigʻimi taxminan aniqlanadi, dumgʻaza burni paypaslab topiladi va shu asosida diagonal konyugata oʻlchanadi.

Chanoqning chiqish teshigi toraygan deb gumon qilinsa, bu teshikning **toʻgʻri** va **koʻndalang** oʻlchamlari oʻlchanadi. Tugʻruq uchun chanoq oʻlchamlarinigina emas, balki bachadondagi homilaning kattaligini ham bilish zarur. Shu maqsadda homilaning uzunligi va boshining peshona-ensa oʻlchami, qorin devori orqali tazomer bilan oʻlchanadi.



204-rasm. Osilib tushgan qorin.

TOR CHANOQDA HOMILADORLIKNING KECHISHI

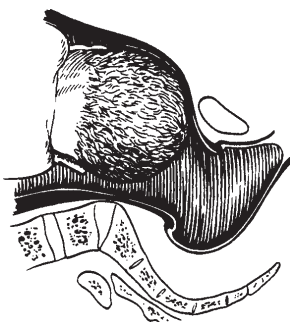
Tor chanoqda homiladorlikning birinchi yarmi normal kechadi, ikkinchi yarmida esa kech gestozlar koʻproq kuzatiladi. Homiladorlik oxirida homila boshi chanoqning tor ogʻziga suqilmaydi, bachadon tubi balandda boʻlib, diafragmani yuqoriga suradi. Shu sababli homilador ayol koʻpincha halloslaydi, yurak urishi tezlashadi, tez charchaydi.

Homila boshi chanoq ogʻziga kira olmaganidan u harakatchanroq boʻladi. Homilaning koʻndalang va qiyshiq vaziyatlari, chanoq tomonining oldinda yotishi; boshi tepasining, yuzining va peshonaning oldinda yotishi normal chanoqdagiga nisbatan tor chanoqda koʻproq uchraydi. Homila boshining asinklitik suqilishi kuzatiladi, bunga qorinning osilib tushganligi ham sabab boʻladi.

Homila boshi harakatchan boʻlsa, tegish belbogʻi vujudga kelmaydi, oldingi va orqa suvlar bir-biridan chegaralanmaydi, qogʻonoq suvi homilaning pastki qutbiga intiladi (205–206-rasmlar). Shu sababli tor chanoqda qogʻonoq suvlari koʻpincha barvaqt ketadi.



205-rasm. Normal chanoqda homila boshi chanoq ogʻziga suqilib qogʻonoq suvlarini oldingi va orqa suvlarga ajratadi.



206-rasm. Tor chanoqda homila boshi chanoq ogʻzining ustida uzoq vaqt turadi; oldingi va orqa suvlar chegaralanmaydi.

Chanog'i tor homiladorlar ayollar maslahatxonasida maxsus hisobga olinib, muntazam kuzatuvda bo'ladilar. Ular homiladorlikning ikkinchi yarmida bandaj taqishlari shart. Homiladorlik yaxshi o'tganda ayol tug'ishdan 2–3 hafta oldin tug'ruqxonaga yotqiziladi.

TOR CHANOQDA TUG'RUQNING KECHISHI

Chanoqning 3–4-darajali torayishida yetuk tirik homilaning tug'ilishi mumkin emas. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, bachadon yorilib, septik infeksiya yoki boshqa ko'ngilsiz hodisalar ro'y berib, ona va homila nobud bo'ladi.

Chanoq 1- va 2-darajali tor bo'lganida, homila o'rtacha kattalikda bo'lib, homila va uning oldinda keluvchi qismining to'g'ri joylashgan bo'lishi, homila boshining yaxshi konfiguratsiyalana olishi katta ahamiyatga ega.

Homilaning oldinda keluvchi qismi to'g'ri joylashsa, tug'ruq normal kechadi va hech qanday noxushlik ro'y bermaydi. Yuqorida aytib o'tilgan qulay sharoitlardan birontasi bo'lmay, chanoq sal toraygan bo'lsa ham, tug'ruqning normal kechishi izdan chiqib, tug'ruq vaqtida turli og'ir va patologik holatlar ro'y berishi mumkin.

Chanoq tor bo'lganda bunday asoratlar tug'ruqning turli davrlarida kuzatiladi. Chanog'i tor, infantil ayollarda tug'ruq jarayoni ancha qiyin kechadi. Homila boshining surilishiga chanoq suyaklari to'sqinlik qilganligi sababli, ularning kuchi tez sarflanadi, natijada tug'ruq cho'zilib ketadi, tug'ruq dardining birlamchi sustiligi vujudga keladi. Bachadon bo'yni to'la ochilmay yoki to'la ochilganligiga qaramay, homilaning oldinda keluvchi qismining taqalish kamari bo'lmasdan qog'onoq suvi ketib qolsa, kindik tizimchasi, homila qo'li (homila ko'ndalang yotganda) qinga tushishi mumkin. Bu tug'ish jarayonini yanada og'irlashtiradi. Suvsiz davr qancha uzoq davom etsa homila asfiksiyasiga, ona va homilaning yuqumli zararlanishiga qulay sharoit yaratiladi. Onada endometrit avj oladi.

Tor chanoqda homilaning tug'ilish davrida ko'proq qiyinchiliklar kuzatiladi. Homila boshi kichik chanoq og'zining ustida uzoq turadi; avvaliga harakatchan bo'ladi, keyin chanoq og'ziga taqalib, hajmi chanoq o'lchamlariga mos kelsa, kichik segmenti bilan sekin-asta suqiladi. Chanoq og'ziga suqilgan homila boshi zo'r berib, dard tutganida anchagina konfiguratsiyalanadi, shu jarayonda tor chanoqning shakliga moslashib, tug'ruq yo'llaridan o'tishi mumkin. Bunda aksari homilaning tug'ilish davri cho'zilib ketadi. Homila tor chanoq halqasidan o'tishi uchun dard va to'lg'oq qattiqroq tutishi kerak. Homilaning tug'ilishi anchagina to'sqinlikka uchrasa, dard va to'lg'oq behad qattiq tutib, bachadonning pastki segmenti o'ta cho'zilishi mumkin. Agar homila boshi chanoqqa sig'masa, bachadon yorilishi mumkin. Ba'zida dard va to'lg'oq qattiq tutganidan keyin tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustiligi boshlanadi: to'lg'oq tutmay qo'yadi, natijada homila nobud bo'ladi, tug'ruqda endometrit avj oladi, keyinchalik esa og'ir septik kasalliklar ro'y beradi.

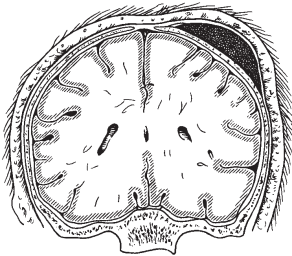
Homila boshi chanoq og'zida yoki chanoq bo'shlig'ida uzoq turganida tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari chanoq suyaklari bilan homila boshi o'rtasida qisilib qoladi. Yumshoq to'qimalar qisilib qolganida ularda qon aylanishi buziladi: bachadon bo'yni, qovuq devorlari, keyinchalik qin va tashqi jinsiy a'zolar ko'karadi va shishib ketadi. Qovuq va uretraning qisilib qolishi sababli siydik kelmay qoladi. Yumshoq

to'qimalar uzoq qisilib, qon aylanishi buzilganicha qolaversa nekroz boshlanadi. Yumshoq to'qimalarning nekrozga uchragan qismlari tug'ruqdan 5–7 kun keyin ko'chib tushadi-da, siydik-tanosil oqmalari yoki ichak-qin oqmasi vujudga keladi.

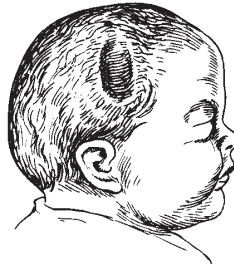
Bachadon bo'yining shishganligi va siydik kelishining qiyinlashganligi yumshoq to'qimalarning qisilganligidan darak beradi: siydikka qon aralashib kelishi oqma hosil bo'lishi mumkinligini ko'rsatuvchi tahlikali belgidir. Nervlar qisilib, oqibatda oyoq muskullarining parezi ro'y berishi mumkin.

Homila boshining chanoqdan o'tishi ancha qiyinlashganda ba'zan simfiz zararlanadi: tug'gan ayol oyog'ini qimirlatganda og'riq sezadi, bemalol qadam tashlab yura olmaydi; simfizni paypaslanganda og'riq seziladi, uning yoriqligi paypaslab bilinadi.

Tor chanoqda homila ko'pincha ko'ngilsiz holatlarga uchraydi. Tug'ruqning uzoq davom etishi va tug'ruq kuchlarining anomaliyasi ko'p uchrashi sababli bachadon bilan plasenta o'rtasida qon aylanishi buzilib, homila asfiksiyasi ro'y berishi mumkin. Asfiksiya oqibatida homilaning miyasiga va boshqa a'zolariga qon quyiladi. Homila boshi qattiq qisilganda va kalla suyaklari chokidan ortiqcha siljiganda miyaga qon quyilishi mumkin. Qon tomirlarining yorilishi natijasida bir yoki ikkala tepa suyak terisi ostiga qon quyilishi (kefalogematoma paydo bo'lishi) mumkin (207-rasm). Odatda katta tug'ruq o'smasi paydo bo'ladi, ba'zan kalla suyaklari yorilishi mumkin (208-rasm).



207-rasm.
Kefalogematoma.



208-rasm. Kalla suyagining pachoq bo'lishi (tor chanoqdagi tug'ruq).

Yuqorida aytilgan ko'ngilsiz holatlar tor chanoqda ko'pincha ro'y bermasligi yoki unchalik yaqqol ko'rinmasligi mumkin. Tor chanoqning turli shakllari uchun tug'ruq mexanizmining o'ziga xos xususiyati borligidan tug'ruq o'zicha tugayveradi. Konfiguratsiyalangan bosh ketma-ket ilgarilanma-aylanma harakatlar qilib, chanoqning shakliga moslashadi-da, chanoq og'zi, chanoq bo'shlig'i va chanoqdan chiqish teshigi orqali qiyinalib o'tadi.

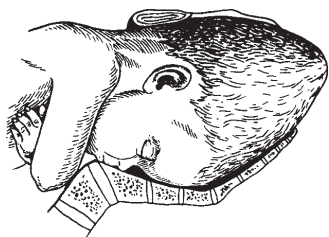
TOR CHANOQDA TUG'RUQ MEXANIZMI

Chanoqning torayish shakliga qarab tug'ruq mexanizmi o'z xususiyatlariga ega bo'ladi.

Umumiy tekis toraygan chanoqda tug'ruq mexanizmi. Bunday chanoqlarda tug'ruq mexanizmi normal o'lchamli chanoqdagiday o'tib, lekin,

har bir lahza o'zining xususiyatlariga ega. Faraz qilaylik chanoqning barcha o'lchamlari 2 sm ga toraygan, chin konyugata 9 sm ga, ko'ndalang o'lcham 11 sm ga, qiyshiq o'lchamlar esa 10 sm ga teng bo'ladi. Bu holatda yetilgan homila boshi chanoq kirish tekisligidan o'tishda quyidagi harakatlarni sodir qiladi:

1. Homila boshi chanoqqa kirish tekisligida maksimal darajada egiladi, shu holatda o'q-yoysimon chok chanoq kirish tekisligining u yoki bu qiyshiq o'lchamlaridan biriga to'g'ri keladi.

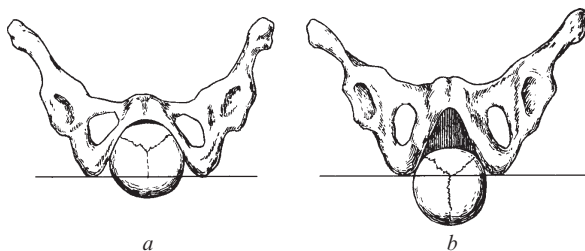


209-rasm. Umumiy tekis toraygan chanoqda homila boshining suqilib kirishi (boshning keskin bukilishi va keskin konfiguratsiyasi).

2. Chanoqning barcha o'lchamlari 2 sm ga torayganligi sababli (chin konyugata 9 sm ga teng, homila boshining ko'ndalang o'lchami – diametr biparietalis esa 9,5 sm ga teng) homila boshi chanoq kirish tekisligida uzoq qolib ketadi va keskin konfiguratsiyaga uchraydi (dolixosefalik konfiguratsiya). Uning chanoq kirish tekisligida bo'lishiga qaramasdan qin orqali tekshirganda go'yoki chanoq bo'shlig'ida yoki chiqish qismida joylashgandek tuyuladi. Bu holatni birinchi bor Rederer ta'riflaganligi uchun Rederer asinklitizmi deyiladi (209-rasm).

3. Homila boshi egilgan holda kichik chanoqning keng qismiga o'tadi va qolgan tug'ruq biomexanizmi odatdagidek kechadi.

4. Qov ravog'i o'tkir burchakli bo'lganligi sababli homila boshi yozilishida ensa do'mbog'i qov ravog'iga yaqin kelmasdan oraliq cho'zilishi va yirtilish holatlari odatdagidan ko'proq uchraydi (210-a, b rasm).

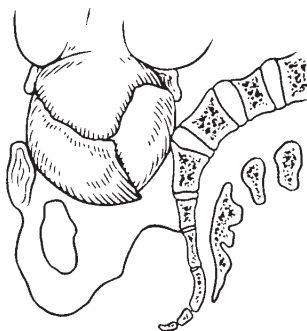


210-rasm. Normal va umumiy tekis toraygan chanoqda homila boshining yorib chiqishi.

a–normal chanoqda; ensa osti chuqurchasi qov ravog'iga tiraladi; *b*–umumiy tekis toraygan chanoqda; homila ensa o'tkir burchakli qov ravog'iga taqalmaydi; bosh orqaga siljib, oraliqni cho'zadi.

Oddiy yassi chanoqda tug'ruq biomexanizmi. Faraz qilaylik kichik chanoqning barcha to'g'ri o'lchamlari 2 sm ga toraygan, chin konyugata 9 sm ga, homila boshining katta ko'ndalang o'lchami 9,5 sm ga teng. Tug'ruq faoliyati boshida homila boshi o'zining o'q-yoysimon choki bilan chanoq kirish tekisligining ko'ndalang o'lchamida bo'ladi, lekin chin konyugata 9 sm ga, homila boshining katta ko'ndalang o'lchami esa 9,5 sm ga teng bo'lganligi uchun bosh chanoq kirish qismiga mos kelmaydi. Shuning uchun homilaning boshi chanoqdan o'tish uchun o'ziga qulay joy qidiradi va qisman yozilib, ensa tomonga siljiydi. Shu tariqa homila boshining kichik ko'ndalang o'lchami (diametr bitemporalis 8 sm) bilan chanoq kirish tekisligiga

mos keladi. Shunga qaramasdan homilaning boshi toraygan chanoqdan o'ta olmaydi, homila boshi chanoq kirish tekisligida uzoq qolib ketadi va konfiguratsiyaga uchraydi. Keyinchalik orqa tepa suyagi oldinga turtib chiqqan dumg'aza burnida ushlanib qolib, o'q-yoysimon chok ko'ndalang o'lchamdan dumg'aza burni tomon siljiydi. Kuchli dard tutishi ta'sirida oldingi tepa suyagi kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi. Xuddi shuningdek, pastdan va orqadan qarshilik ko'rsatuvchi bosim ostida orqa tepa suyagi oldingi tepa suyagi tagiga kiradi. Shu tariqa boshning ko'ndalang o'lchami qisqaradi. Keyin orqa tepa suyagi dumg'aza burniga sirg'alib kichik chanoq bo'shlig'iga tushadi, chanoq bo'shlig'ining to'g'ri o'lchamlari ham tor bo'lganligi sababli homila boshining ichki burilish momenti amalga oshmaydi. Shuning uchun dastlab homila boshining o'rta ko'ndalang, keyinchalik esa pastki chuqur ko'ndalang turish holati sodir bo'ladi (211-rasm).



211-rasm. Oddiy yassi chanoqda homila boshining suqilib kirishi. O'q-yoysimon chok ko'ndalang o'lchamda, dumg'aza burni (promontoriy) ga yaqin turibdi (oldingi asinklitizm).

Shunday qilib, oddiy yassi chanoqda tug'ruq mexanizmi quyidagi o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi.

1. Tug'ruqning boshida homila boshi o'zining o'q-yoysimon choki bilan uzoq vaqt ko'ndalang o'lchamda turib qoladi.
2. Homila boshi yoziladi va katta liqildoq pastga tushadi.
3. Oldingi asinklitizm (Nigel asinklitizmi) holati kuzatiladi.
4. Homilaning boshi chanoq bo'shlig'ida dastlab o'rta ko'ndalang, keyinchalik chuqur va past ko'ndalang holatda turishi kuzatiladi.

Raxitik yassi chanoqda tug'ruq mexanizmi. Tug'ruq mexanizmining xususiyatlari chanoq kirish tekisligi to'g'ri o'lchamining torayganligidan kelib chiqadi. Faraz qilaylik chin konyugata 2 sm ga toraygan, qolgan o'lchamlari normada yoki undan ham kattaroq. Tug'ruq mexanizmining xususiyatlari quyidagicha:

1. Homilaning boshi chanoq kirish tekisligiga xuddi oddiy yassi chanoqdagidek joylashadi va shunga mos xususiyatlarga ega bo'ladi. Boshning tepa suyaklari bir-biriga kirishib, kuchli konfiguratsiya bo'lishi hisobiga o'q-yoysimon chok dumg'aza burniga qarab og'ishi (oldingi asinklitizm) natijasida orqa tepa suyagi dumg'aza burnidan sirpanib, chanoq bo'shlig'iga tushadi.
2. Chanoqning qolgan o'lchamlari katta bo'lganligi oqibatida homila boshi shiddat bilan tug'iladi va chanoqdagi deformatsiyalar homilaning shikastlanib tug'ilishiga sabab bo'ladi.

Raxitik yassi chanoqda tug'ruq biomexanizmida shiddatli tug'ruq kuzatiladi, oddiy yassi chanoqda esa homilaning boshi chanoq bo'shlig'idan o'tishida ham qiyinchiliklarga uchrab, uning ichki burilishi amalga oshmasdan uzoq muddat ko'ndalang o'lchamda (dastlab o'rta, keyinchalik pastda chuqur ko'ndalang o'lchamda) turib qoladi.

TOR CHANOQDA TUG'RUQNI BOSHQARISH

Chanoq tor bo'lganda tug'ruqni boshqarish akusherlikda murakkab jarayon bo'lib unda tug'ruqni operatsiya yo'li bilan tamomlashni talab qiladigan juda og'ir holatlar uchraydi. Shu bois, homiladarning chanog'i anatomik jihatdan tor bo'lsa, albatta uni tug'ishdan 10–15 kun ilgari vrach nazoratida bo'lishi uchun statsionarga yotqizish kerak.

Chanoq anatomik jihatdan 1- va 2-darajada tor bo'lib, homila katta bo'lmasa, dard va to'lg'oq normal bo'lsa, homila boshi yaxshi konfiguratsiyalansa, tug'ruq osoyishta kuzatish yo'li bilan olib boriladi. Ona va homila uchun og'ir holatlar ro'y berib qolsa, tezda operatsiya qilishga to'g'ri keladi. Tug'ruqning holatini boshidan aniqlash uchun homilaning boshi va ona chanog'i o'rtasidagi munosabatni, tug'ruq faoliyati, bosh konfiguratsiyasining xususiyatini bilgan holda, diagnostikaning hamma usullarini qo'llash kerak. Bunday vaqtda tug'ruqning kechishiga, ona va homilaning umumiy holatiga qarab tug'dirish usullaridan birontasi tanlanadi.

Chanoq 3–4-darajali tor bo'lganda tug'ruqni amalga oshirib bo'lmaydi, bunda kesar kesish operatsiyasini qo'llash lozim. Chanoq tor bo'lganda tug'ruqni to'g'ri boshqarish uchun chanoqni nihoyatda to'g'ri o'lchash, Mixaelis rombini ko'zdan kechirish, umumiy akusherlik anamnezini mukammal yig'ish, qin orqali o'lchash usuli bilan diagonal konyugatani, chanoq kirish qismining to'g'ri o'lchamini, bachadon bo'ynining va homila boshining oldin kelish holatini aniqlash mumkin.

Qog'onoq pufagining vaqtidan ilgari yorilishini oldini olish maqsadida tor chanoqning shakliga qarab, homiladorni bir yonboshiga yotqiziladi.

Umumiy tekis toraygan chanoqda birinchi vaziyatda ayolni chap yoniga, ikkinchi vaziyatda o'ng yoniga (kichik liqildoq turgan tomonga), yassi chanoqda esa katta liqildoq turgan tomonga yotqiziladi. Tug'ayotgan ayolning bunday holatda yotishi homila boshining chanoqqa suqilishiga imkon beradi.

Chanoq tor bo'lganda tug'ruq uzoq davom etib, bu tug'ayotgan ayoldan ko'p kuch sarflashni talab qiladi va uni charchatadi. Shuning uchun tug'ayotgan ayolning umumiy holatini tekshirib turish, unga zarur ovqatlar (achchiq choy, kofe, sut, qaynatma sho'rva, har xil mevalar) berish, tana harorati hamda tomir urishini kuzatib, qovuq va to'g'ri ichakning bo'shatilishini tekshirib, qon bosimni o'lchab turish, shuningdek, homilaning yurak urishini ham kuzatib turish lozim.

Dardning kuchi va qaytalanish tezligiga qarab tug'ruqning qanday o'tishi haqida fikr yuritiladi.

Homila boshi bilan ona chanog'ining mos kelmasligini aniqlash uchun Vasten belgisi (212-rasm) va Sangemeyster o'lchamidan foydalanish mumkin.

Tug'ruq faoliyati sust, homilaning bosh suyaklari qattiq bo'lsa, tug'ruq uzoq cho'ziladi, bunday hollarda akusherlik operatsiyasidan foydalaniladi. Homila boshi bilan ona chanog'i bir-biriga ancha mos kelmasa suv ketganidan keyin tug'ruq 3–4 soat davomida mustaqil o'tmasa, kesar kesish operatsiyasi qo'llaniladi (agar Vasten belgisi musbat, homila tirik bo'lsa, bunda so'zsiz kesar kesish operatsiyasi qilinadi). Homila o'lik, gidrosefaliya bo'lsa, bunda homilani yemirish operatsiyasi qo'llaniladi.

FUNKSIONAL (KLINIK) TOR CHANOQ

Funksional tor chanoq deb, tugʻruq paytida homila boshi oʻlchamlarining homilador ayol chanogʻi oʻlchamlariga mos kelmaslik holatlariga aytiladi. Tugʻruqning oʻz-oʻzidan kechishi yoki jarrohlik aralashuvlar yordamida kechishidan qatʼiy nazar, homila oʻlchamlariga toʻgʻri kelmaydigan har bir holat funksional jihatdan tor chanoq hisoblanadi.

Funksional jihatdan tor chanoq umum tugʻruqlarga nisbatan 1,5–2,5% hollarda uchraydi. Funksional jihatdan tor chanoqda tugʻruqning kechishi homilador ayol chanogʻi bilan homila boshi oʻlchamlarining bir-biriga mos kelmasligiga bogʻliq. Tor chanoqda koʻpincha tugʻruq choʻzilib ketadi, qogʻonoq suvlarining barvaqt ketishi, homila kindigining tugʻruq yoʻllaridan chiqib qolishi, normal joylashgan plasentaning barvaqt koʻchishi, homila asfiksiyasi va jarohatlar uchrab turadi. Homilador ayol chanogʻining funksional torligini isbotlovchi belgilar quyidagicha: bachadon boʻyni toʻliq ochilgan boʻlib, tugʻruq kuchlari yaxshi boʻlishiga qaramay, homilaning tugʻruq yoʻllaridan sust harakatlanishi yoki ilgari harakatning boʻlmasligi, Vasten belgisining musbatligi va Sangemeyster oʻlchamining tashqi konyugatadan kattaligi, siydik pufagining siqilishi, bachadon devorining yorilish xavfi belgilari paydo boʻlishi va boshqalar kiradi.

Homila boshi chanoq kirish qismiga suqilgandan keyin **Vasten belgisi** aniqlanadi. Tekshiruvchi qoʻlining bir kaftini simfiz yuzasiga, ikkinchisini esa oldinda yotgan homila boshi sohasiga qoʻyadi:

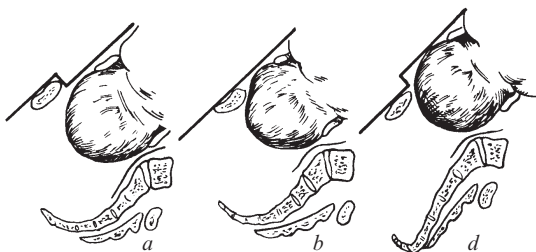
1. Homila boshining oldingi yuzasi simfiz sathidan baland boʻlsa, yaʼni uning ustiga qoʻyilgan qoʻl simfizga qoʻyilgan qoʻlga nisbatan balandda joylashsa, homila boshi chanoqqa mutloq toʻgʻri kelmasa Vasten belgisi musbat;

2. Homila boshi chanoqqa qisman toʻgʻri kelmasa, homila boshining oldingi yuzasi sathi simfiz bilan bir tekis tursa, Vasten belgisi baravar;

3. Homila boshi chanoqqa mos kelsa, homila boshining oldingi yuzasi simfizga nisbatan past sathda boʻlsa Vasten belgisi manfiy hisoblanadi.

212-rasm. Vasten belgisi.

a–Vasten belgisi manfiy (chanoq va homila boshining oʻlchamlari mos);
b–Vasten belgisi teng (chanoq va homila boshining oʻlchamlari salgina mos kelmaydi);
d–Vasten belgisi musbat (chanoq va homila boshining oʻlchamlari roʻy-rost mos emas).



Sangemeyster oʻlchami. Homila boshining oldingi yuzasi va Mixaelis rombining yuqori burchagi orasidagi masofa. Bu oʻlcham tazomer yordamida oʻlchanadi. Sangemeyster oʻlchami tashqi konyugata bilan solishtiriladi. Odatda tashqi konyugata, yaʼni simfizning yuqori qirrasidan Mixaelis rombining yuqori burchagigacha boʻlgan masofa 20–21 sm ga teng boʻladi.

Sangemeyster o'Ichami quyidagicha aniqlanadi: ayol yoni bilan yotqizilib, avval tashqi konyugata o'Ichani, so'ngra tazomerning oldingi tugmachasi simfizdan homila boshining oldingi yuzasining turtib chiqqan nuqtasiga ko'chiriladi (orqadagi tugmacha joyida turadi). Homila boshi chanoqqa mos kelgan taqdirda Sangemeyster o'Ichami tashqi konyugatadan 3–4 sm kam bo'ladi. Homila boshi chanoqqa qisman mos kelmaganda Sangemeyster o'Ichami tashqi konyugata bilan teng bo'ladi. Homila boshi chanoqqa mutloq mos kelmasa Sangemeyster o'Ichami tashqi konyugatadan katta bo'ladi.

Funksional jihatdan tor chanoq homila boshi va chanoq o'Ichamlarining mos kelmasligi jihatidan 3 darajaga bo'linadi (Kolganova bo'yicha).

1-darajali funksional tor chanoq kuzatilganda: tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilish xususiyatlari normal tug'ruq mexanizmiga mos bo'ladi, homila boshi yaxshi konfiguratsiyalanadi. Vasten belgisi manfiy, Sangemeyster o'Ichami tashqi konyugatadan kam, tug'ruq kuchi normal bo'lib, tug'ruq 2–4 soatga cho'ziladi. Ko'pincha bu daraja tug'ruq paytida aniqlanishi qiyin.

2-darajali funksional tor chanoq (nisbiy mos kelmaslik) belgilari: tug'ruq mexanizmi va homila boshining suqilish xususiyatlari anatomik tor chanoq shakliga mos keladi, homila boshi keskin konfiguratsiyalanadi, homila boshi kichik chanoq tekisliklarida uzoq turib qoladi, siydik pufagining qisilishi, Vasten belgisi "baravar", Sangemeyster o'Ichami tashqi konyugata o'Ichamiga teng bo'lishi, tug'ruq kuchlarining susayishi, ko'pincha to'lg'oq sustligi bilan ifodalanadi. Tor chanoqning bu shakli funksional tor chanoqlarning 40% ini tashkil qiladi. 20% hollarda ayollar o'zlari mustaqil ravishda tug'adi, qolgan 80% hollarda u yoki bu turdagi akusherlik operatsiyalari yordamida tug'diriladi (kesar kesish operatsiyasi, vakuum ekstraksiya, kraniotomiya va h.k.).

3-darajali funksional tor chanoq (mutloq mos kelmaslik); bunday holda tug'ruq biomexanizmi chanoq torayish shakliga xos emas, boshning konfiguratsiyasi sezilarli emas yoki butunlay kuzatilmaydi, Vasten belgisi musbat, Sangemeyster o'Ichami tashqi konyugatadan katta, siydik pufagining qisilish belgilari namoyon bo'ladi, bachadon bo'yni to'liq ochilmasdan to'lg'oq boshlanadi. Tug'ruq kuchlari normal, bachadon bo'yni to'liq ochilgan bo'lishiga qaramay homilaning ilgari harakatlari sust yoki umuman yo'q, bachadon yorilish xavfi belgilari paydo bo'ladi (bachadon qum soati shakliga kiradi, kontraksion halqa kindikdan ancha yuqorida va qiyshiq joylashadi, ayolda o'limdan qo'rqish hissi paydo bo'ladi, qorin sohasining pastki qismida kuchli og'riq seziladi).

Funksional tor chanoqning bu darajasida tug'ruq faqat kesar kesish operatsiyasi yordamida amalga oshiriladi.

Nazorat uchun savollar

1. Tor chanoqlar tasnifi.
2. Tor chanoqni aniqlash.
3. Tor chanoqda homiladorlikning kechishi.
4. Tor chanoqda tug'ruq biomexanizmining xususiyatlari.
5. Tor chanoqda tug'ruqni boshqarish.
6. Funksional tor chanoq, tasnifi, aniqlash va tug'ruqni boshqarish.

XXVII BOB. YO‘LDOSH TUSHISH DAVRI VA ILK CHILLA DAVRIDA QON KETISHI

YO‘LDOSH TUSHISH DAVRIDA QON KETISHI

Bachadon bo‘yni ochiladigan va homila tug‘iladigan davrlarga nisbatan yo‘ldosh tushish davrida ko‘ngilsiz holatlar ko‘proq uchraydi. Yo‘ldosh tushish davrida ko‘proq kuzatiladigan va xavfli holat – qon ketishidir.

Yo‘ldosh tushish davrida hamisha qon ketadi, lekin yo‘ldosh normal ko‘chib tushganda ayol ko‘p deganda 250 ml qon yo‘qotadi. Yo‘ldosh ko‘chgandan keyin bachadon qisqaradi. Natijada: ko‘chgan yo‘ldosh bachadondan tushadi; bachadonning qonayotgan tomirlari qisilib, qon oqishi to‘xtaydi.

Bachadonning qisqaruvchanligi yetarli bo‘lmasa, plasentaning ko‘chish jarayoni buziladi plasenta batamom ko‘chmay, qisman ko‘chadi. Plasenta batamom ko‘chmaguncha bachadon qisqarmaydi, plasenta ko‘chgan joydagi tomirlar ochiq turaverib, ulardan qon oqadi.

Plasenta bachadon devoridan ko‘chsa-yu, bachadon bo‘shlig‘ida qolaversa ham qon ketadi. Yo‘ldosh bachadon bo‘shlig‘ida turganda muskullar yaxshi qisqarmaydi, bachadon tomirlari yetarlicha qisilmaydi, natijada qon ketishi davom etaveradi. Tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalar: bachadon bo‘yni, qin va oraliq to‘qimalarning yirtilishi yo‘ldosh tushadigan davrda qon ketishga olib keladi. Ammo yo‘ldosh tushadigan davrda qon ketishi ko‘pincha yo‘ldoshning bachadon devoridan ko‘chish va bachadondan chiqish jarayonining buzilishiga aloqador bo‘ladi, bu bir qancha sabablarga bog‘liq va unga quyidagilar kiradi.

1. Bachadon tonusi va qisqaruvchanligining pasayishi – bachadon gipotoniyasi.

Bachadon gipotoniyasi yo‘ldoshning ushlanib qolishiga va qon ketishiga sabab bo‘lib, quyidagi holatlarda ro‘y berishi mumkin:

- a) qovuq va to‘g‘ri ichak to‘lib ketganda;
- b) bachadon chala rivojlanganda (infantilizm), bunda aksari bachadon muskullarining tonusi pasayadi;
- d) qog‘onoq suvining ko‘pligi, egiz homiladorlik, homilaning yirikligi sababli bachadonning o‘ta cho‘zilishi;
- e) bachadon devorining o‘zgarib (fibromioma, yallig‘lanish oqibatlari), qisqaruvchanligining pasayishi;
- f) haddan tashqari kuchli dard tutib, ayolning charchab qolishi va bachadon tonusining yo‘qolishi.

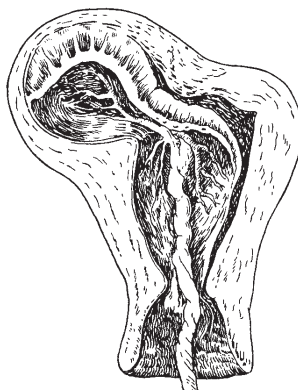
2. Yo‘ldosh tushadigan davrning noto‘g‘ri boshqarilishi. Yo‘ldosh tushadigan tartibiga amal qilinadi. Yo‘ldoshning ko‘chishini tezlatish (kindikdan tortish, bachadonga ta’sir etish va hokazo) fiziologik jarayonni buzib qo‘yadi. Shu sababli plasenta qisman ko‘chadi yoki ko‘chgan plasenta bachadonning qisqarib tortishib qolgan bo‘ynida qisilib qoladi (213-rasm).

3. Plasentaning bachadonda noto‘g‘ri joylanishi. Plasenta bachadonning pastki segmentiga (plasenta oldinda yotganda) yoki tuxum yo‘li boshlanadigan

burchakka yopishgan bo'lsa, yo'ldosh tushish davrida ko'pincha qon ketadi (214-rasm). Bachadonning ayrim bo'limlari faol qisqara olmasa plasenta ko'chish jarayonining buzilib qon ketishiga sabab bo'ladi.



213-rasm. Bachadon bo'ynining spazmi, plasentaning qisilib qolishi.



214-rasm. Plasentaning bir qismi nay burchagiga yopishgan joyidan ko'chmay qolishi.

4. Plasentaning bachadonga soxta va chin yopishishi (placenta adherens et accreata seu increata). Plasenta bachadonga qisman yopishib qolganda yo'ldosh tushish davrida hamisha qon ketadi. Ammo plasentaning bachadonga chinakam yopishib qolishi kamdan-kam uchraydi. Plasentaning biron qismini «soxta» yopishib qolishi ko'proq kuzatiladi. Bunday hollarda plaseptaning bir qismi ko'chadi va bachadon tomirlaridan qon oqa boshlaydi, yo'ldosh bachadonda turganda qon oqishi davom etaveradi.

Yo'ldosh tushadigan davrda qon ketishi homila tug'ilgach tez orada yoki bir necha vaqt (yarim soat, bir soat) o'tgach boshlanadi va u ko'pincha kamqonlikka olib boradi; kamqonlik darajasi yo'qotilgan qon miqdoriga va organizmning individual xususiyatlariga bog'liq.

Bu davrda qon ketishining oldini olish avvalo tug'ruqning shu davrini boshqarish qoidalariga aniq rioya qilishdan iborat.

Davosi. Qon ketishini darhol to'xtatish va kamqonlikka qarshi kurash choralarini ko'rish kerak; bachadon bo'shagandan keyingina qisqarib, qon ketishi to'xtaydi, shu bois yo'ldoshni bachadon bo'shlig'idan ustalik bilan tez chiqarish zarur. Plasenta ko'chgan bo'lsa, uni tashqi amallar bilan chiqariladi, agar u ko'chmagan bo'lsa, tashqi amallar naf bermaydi, shu sababli bachadon bo'shlig'iga qo'l suqib yo'ldoshni ko'chirishga to'g'ri keladi.

Qon keta boshlaganda yo'ldoshning ko'chish belgilarini darhol tekshirib ko'rish kerak. Plasenta ko'chgan (ko'chish belgilari musbat) bo'lsa, darhol Abuladze yoki Krede usuli qo'llanadi.

Plasentaning ko'chish belgilari bo'lmasa, narkoz berib, yo'ldoshni Krede usulida siqib chiqarishga urinib ko'riladi, u ham natija bermasa, yo'ldoshni qo'lda ko'chirishga to'g'ri keladi.

PLASENTANI QO'LDa KO'CHIRISH VA TUSHIRISH

Plasentani (yoki uning bachadonda ushlanib qolgan qismlarini) ko'chirish va tushirish maqsadida bachadon bo'shlig'iga qo'l suqish infeksiya kirishi jihatdan hamisha xavflidir. Bunda bachadonga vulva va qin mikroflorasi tushishi muqarrar. Bachadonga qo'l bilan kirgan mikroblar bachadonning keng jarohat yuzasi bo'lgan ichki yuzasidagi ochiq qon tomirlariga va limfa yo'llariga o'tadi. Shu sababli placent a qo'lda ko'chirilgach va bachadon bo'shlig'i qo'lda tekshirilgach, ko'pincha chillada septik kasalliklar paydo bo'ladi. Modomiki shunday ekan, plasentani qo'lda ko'chirish hamda tushirish jiddiy chora bo'lib, maxsus ko'rsatmalarga muvofiq va aseptika qoidalariga qat'iy rioya qilib o'tkaziladi.

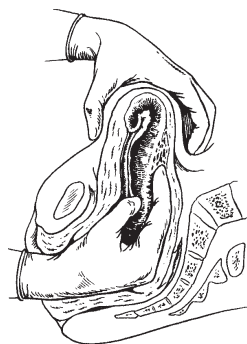
Plasentani qo'lda ko'chirish va tushirishga quyidagilar ko'rsatma hisoblanadi: a) yo'ldosh tushish davrida qon ketishi – yo'ldoshni tashqi amallar bilan tushirib bo'lmasa; b) yo'ldoshning bachadonda 2 soatdan ortiq turishi – uni Abuladze va Krede usulida tushirib bo'lmasa. Yo'ldosh bachadonda uzoq ushlanib qolganda qon ko'p ketmasa ham qo'lda ko'chiriladi va tushiriladi.

Plasenta tushgach: a) plasenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi; b) plasentaning butunligiga shubha tug'ilishi bachadonni qo'lda tekshirishga ko'rsatma hisoblanadi.

Texnikasi. Tug'uvchi ayol karavotga ko'ndalang yotqiziladi, qovug'i bo'shatiladi. Tashqi jinsiy a'zolar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalarga muvofiq tozalanadi. Qo'l yaxshilab yuvilib dezinfeksiya qilinadi va qo'l panjasiga steril vazelin moyi surtiladi. Operatsiya efir narkozi ostida qilinadi; akusher vrach bo'lmaganda yordam berishga majbur bo'lgandagina bu operatsiyani qilishga yo'l qo'yiladi.

Jinsiy yoriq chap qo'lda keriladi, konus shaklida yig'ilgan o'ng qo'l («akusher qo'li») qinga, so'ngra bachadonga suqiladi. Qo'l qindan o'tayotganda orqa (dorzal) yuzasi dumg'azaga qaragan bo'ladi. O'ng qo'l bachadon bo'ynining teshigiga, suqilayotgan paytda chap qo'l bachadon tubiga ko'chiriladi.

Bachadon bo'yni teshigining shishgan chekkasini plasenta chekkasi bilan adashtirmaslik uchun qo'l kindik bo'ylab kiritiladi. Kindik bo'ylab kiritilayotgan qo'l plasentaga yetgach, uning chekkasini topish kerak (plasenta ko'chg an bo'lishi mumkin). So'ngra qo'l bachadon devori orasiga kiritilib, qo'lning arralagansimon harakatlari yordamida butun plasenta sekin-asta ko'chiriladi; shu payt tashqaridagi qo'l bachadon tubini avaylab bosib, ichkaridagi qo'lga yordam beradi (215-rasm). Plasenta ko'chirilgach, bachadonning pastki segmentiga keltiriladi va chap qo'lda kindikdan ushlab tortib olinadi. Bachadonda qolgan o'ng qo'l esa plasenta bo'lakchalari qolib ketmaganligini aniqlash uchun bachadonning ichki yuzasini yana bir marta sinchiklab tekshiradi. Yo'ldosh



215-rasm. Yo'ldoshni qo'lda ko'chirish.

to'la ko'chirilgach, bachadon devorlari silliq, faqat plasentar maydoncha biroz g'adir-budur bo'ladi, chunki unda desidual parda parchalari qolishi mumkin.

Bachadon yaxshilab tekshirilgach, uning ichiga yod surtiladi va ayol terisi ostiga 1 ml ergotin, 1 ml pituitrin yuboriladi, qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi; anemiya bo'lsa, qon, plazma yoki qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyiladi. Qon ketishi davom etaversa, qon oqishini to'xtatish uchun navbatdagi choralar ko'riladi.

Plasenta qo'lda ko'chirilguncha chilla davrida infeksiya avj olishiga moyil bo'ladigan ko'ngilsiz holatlar qayd qilingan (tug'ruq cho'zilib ketgan, suvsiz davr uzoq davom etgan, tug'ruqda endometrit belgilari paydo bo'lgan va hokazo) bo'lsa, ayolga 2–3 kun mobaynida sutkasiga 4–5 mahal 1 g dan norsulfazol yoki boshqa sulfanilamid preparatlar ichirish tavsiya etiladi, Muskul orasiga 2–3 kun davomida har 3 soatda 50000–100000 birlikdan penitsillin yoki boshqa antibiotiklar yuborish mumkin.

Plasentani yoki uning bachadonda qolgan qismlarini qo'lda ko'chirish aksari qiyin bo'lmaydi. U chinakamiga yopishib qolganda vorsinkalar bachadon devoriga o'sib kirganligi uchun uni qo'lda ko'chirib bo'lmaydi. Bunday hollarda plasentani zo'rlik bilan ko'chirish oqibatida bachadon teshilib, ayol o'lishi mumkin. Plasenta chinakamiga yopishib qolganda bachadonni olib tashlashga to'g'ri keladi. Shu sababli bunday hollarda mustaqil ishlayotgan akusher bachadonni tamponlab, tezlik bilan vrach chaqirishi lozim.

ILK CHILLA DAVRIDA (TUG'RUQDAN KEYINGI DASTLABKI SOATLARDA) QON KETISHI

Yo'ldosh tushish davrida qon ketishi kabi, yo'ldosh tushgandan keyin qon ketishi ham akusherlik patologiyasining ko'p uchraydigan turiga kiradi.

Tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda (ilk chilla davrida) qon ketishi quyidagi sabablarga bog'liq.

1. Plasenta qismlarining bachadonda ushlanib qolishi. Plasentaning bachadonda qolib ketgan bo'lakchalari juda kichkina bo'lsa ham bachadonning to'g'ri qisqarishiga to'sqinlik qiladi. Plasentaning bachadonda qolib ketgan bo'lakchalari tevaragidagi plasentar maydoncha tomirlaridan qon oqishi mumkin. Yo'ldosh tushish davri noto'g'ri boshqarilganda va plasenta qisman yopishib qolganda plasenta bo'laklari bachadonda ushlanib turadi. Plasenta bo'laklari bachadonda qolganda hamisha qon ketadi.

Qon ketishidan tashqari, ayolga infeksiya tahdid qiladi. Modomiki shunday ekan, plasentaning bachadonda ushlanib qolgan bo'laklarini yo'ldosh tushgach darhol bachadon bo'shlig'idan tushirish kerak (pardalarning ushlanib qolishi jiddiy ko'ngilsiz holatga sabab bo'lmaydi, ular o'zicha tushadi).

2. Bachadon gipotoniyasi va atoniyasi. Atoniya kamroq uchraydi, tug'ruqdan keyingi dastlabki soatlarda gipotoniya ko'proq kuzatiladi. Gipototniyada bachadon yaxshi qisqarmaydi, ta'sirot (massaj, sovuq va hokazo) ga tuzuk reaksiya ko'rsatmaydi. Shu bois plasentar maydoncha tomirlari ochiq bo'lib, qonaydi.

Yo'ldosh tushish davrida bachadon tonusi va qisqaruvchanligining pasayishiga olib keluvchi sabablar (infantilizm, egiz homiladorlik, dard va to'lg'oq qattiq tutganligi munosabati bilan ayolning charchab qolishi, bachadon yallig'langandan keyin uning devorida ro'y bergan o'zgarishlar va hokazo) plasenta tushgach gipotonik qon ketishiga sabab bo'ladi.

3. Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilishi. Yo'ldosh tushish davrida va u tushgach bachadon bo'ynining, qin, oraliq va tashqi jinsiy a'zolarining chuqur yirtilishi qon ketishiga sabab bo'ladi.

Plasenta tushgach darhol yoki bir necha daqiqadan keyin qon keta boshlaydi; ba'zan yo'ldosh tushish davrida boshlangan qon ketishi plasenta tushgach davom etadi. Qon ketishi turli darajada bo'lib, 1000 ml va undan ko'p qon ketishi mumkin; natijada o'tkir kamqonlik ro'y beradi (teri va shilliq pardalarning oqarishi, tomirning tez-tez urishi, arterial bosimning pasayishi, bosh aylanishi va hokazo).

Tug'ruq yo'llaridagi yumshoq to'qimalarning yirtilgan joyidan qon ketishi aksari bachadon yaxshi qisqargach boshlanadi.

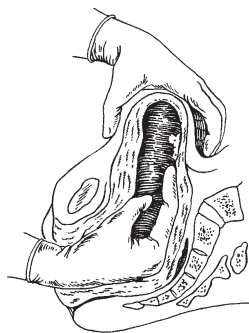
4. Qon ivish tizimining buzilishi tug'ish paytidagi va tug'gandan keyingi qon ketishning kamdan-kam uchraydigan sababchilariga kiradi. Mazkur patologiyada (gipofibrinogenemiya, afibrinogenemiyada) qonning ivish xususiyati keskin pasayib ketadi yoki umuman yo'qoladi, bunda bachadonni uqalash, uni qisqartiradigan vositalarni qo'llashlarga qaramasdan qon ketishi to'xtamaydi. Qon ivish tizimining buzilishi homiladorlik paytida, homila o'lik tug'ilganda, qog'onoq suvi ona qoniga tushganda (qog'onoq suvi emboliyasi) va ikkilamchi – ko'plab (gipotonik, atonik) qon ketishlarda yuz berishi mumkin.

Profilaktikasi. Yo'ldosh tushish davrini to'g'ri boshqarish, tushgan yo'ldoshni sinchiklab ko'zdan kechirish va tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalarini shikastlanishdan saqlash kerak. Akusher gipotonik qon oqish ehtimolini (infantilizm, qog'onoq suvinin ko'pligi, egiz homiladorlik, fibromioma va hokazo) oldindan ko'rishi va oqayotgan qonni to'xtatishga hamda kamqonlikka qarshi kurash uchun zarur narsalarning hammasini oldindan tayyorlab qo'yishi kerak.

Davosi. Qon ketishga qarshi kurashning asosiy maqsadi shu dahshatli hodisaning sababini bartaraf etishga bog'liqdir. Modomiki shunday ekan, avvalo qon ketish sababini aniqlash va shunga qarab ish ko'rish kerak.

Qon ketishiga bachadon bo'yni, qin yoki tashqi jinsiy a'zolarining yirtilganligi sabab bo'lsa, yirtiqni choklash kerak. Agar plasentaning bir bo'lagi bachadonda qolib ketgani sababli qon ketayotgan bo'lsa, bachadon darhol qo'lda tekshirilib, plasentaning qolib ketgan bo'lagi olib tashlanadi. Gipotonik qon ketishda bachadon tonusini va qisqaruvchanligini oshirish choralari ko'riladi.

Plasenta bo'lagi bachadonda qolib ketganda, shuningdek, plasentaning butunligiga shubha tug'ilganda bachadon qo'lda tekshiriladi. Plasentani qo'lda ko'chirishda qanday qoidalariga rioya qilinsa, bachadonni qo'lda tekshirishda



216-rasm. Bachadon bo'shlig'ini qo'lda tekshirish.

ham o'sha qoidalarga rioya qilinadi. Bachadonga suqilgan qo'l bilan bachadon devorlari, tubi va bachadon naylarining boshlangan burchaklari sinchiklab paypaslanadi (216-rasm). Tajribali vrach bachadonni tekshirish va plasenta bo'laklarini olib tashlashda (bachadon tonusi yaxshi bo'lsa) katta to'mtoq kyuretkadan foydalanishi mumkin. Plasentaning bachadonda qolib ketgan bo'laklari olib tashlangach bachadon aksari qisqarib, qon ketishi to'xtaydi.

Bachadon ko'rsatmalarga muvofiq (tug'ruqda endometrit belgilari paydo bo'lganda va infeksiyaga moyil boshqa ko'ngilsiz holatlar ro'y berganda) qo'lda tekshirilgach, sulfanilamid preparatlar yoki antibiotiklar buyuriladi.

Gipotonik va atonik qon ketishiga qarshi quyidagicha kurash olib boriladi.

1. Qovuq bo'shatilib, bachadon qorin devori orqali uqalanadi; bunda qo'l bachadon tubiga qo'yilib, uqalangansimon yengil doiraviy harakatlar qilinadi (qo'pol harakat qilish yaramaydi). Uqalash ta'sirida bachadon qisqaradi va konsistensiyasi zich bo'lib qoladi.

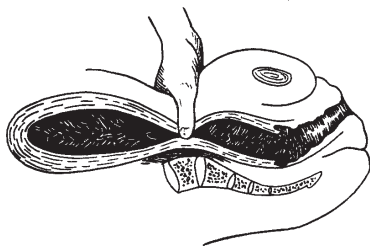
Bachadondan qon laxtalari surib chiqariladi. Uqalash bilan baravar venaga 0,05% li ergotal eritmasidan 1 ml yoki 0,02% li metilergometrindan 0,5–1 ml, bu ham bo'lmasa oksitosin (5–8 birligi 500 ml 5%li glukoza bilan) yuboriladi.

Qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi.

Bachadon gipotoniyasi unchalik rivojlanmagan bo'lsa, qon ketishini to'xtatish uchun ko'rilgan choralar kifoya qiladi.

2. Qon ketishi to'xtamasa uni kamaytirish yoki vaqtincha to'xtatish usullari qo'llaniladi. Bachadon qonsizlanishi tufayli qisqaradi.

Piskachek usuli. Bachadonning pastki segmentini chap qo'l bilan ushlab qisiladi (bosh barmoq bir tomondan, to'rt barmoq ikkinchi tomondan qo'yiladi), natijada bachadon arteriyalari va venalari qisilib, puchayadi. Ayni vaqtda bachadon tubi o'ng qo'l bilan uqalanadi.



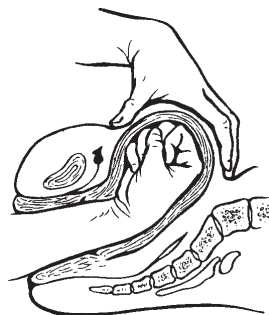
217-rasm. Bachadonning pastki segmentini umurtqa pog'onasiga bosib turish.

Genter usuli. Karavotning bosh tomoni pastga tushirilib; bachadonning pastki segmenti Piskachek usulida siqiladi, bachadon yuqoriga qattiq tortiladi va shu bilan bir vaqtda bachadonning siqilgan pastki segmenti umurtqa pog'onasiga taqab bosiladi (217-rasm). Ta'sirni kuchaytirish uchun bachadon bo'sh qo'l bilan uqalanadi. Bachadon shu holatda 10–15 daqiqa ushlab turiladi. Shu payt bachadon tomirlari qisiladi, aorta bachadonning pastki segmenti bilan umurtqa pog'onasiga taqab

bosiladi. Natijada bachadon qonsizlanib, qisqaradi.

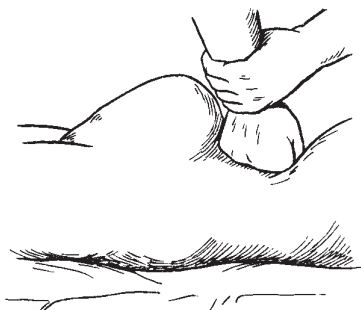
3. Qon ketishi davom etgan taqdirda bachadon qo'lda tekshiriladi (ilgari tekshirilmagan bo'lsa) va qon laxtalari, parda va plasenta bo'laklari (bachadonda bo'lsa) olib tashlanadi, so'ngra qo'lni bachadondan olmay turib, tashqi, ichki uqalanadi. Ichkaridagi qo'l mushtum qilinadi, tashqaridagi qo'l esa bachadon tubini qorin devori orqali uqalaydi (218-rasm).

4. Qorin aortasini bosib turish ro'y-rost gipotoniya (atoniya) da bachadonni qonsizlantirish maqsadida aortani bosib turish tavsiya etiladi. Tug'gan ayolning yon tomonida turib, musht qilingan o'ng qo'lning asosiy falangalarining dorzal yuzasi bilan qorin aortasi qorin devori orqali umurtqa pog'onasiga bosiladi (219-rasm). Qo'l charchab qolsa, aortani bosib turgan o'ng qo'lning bilak-kaft bo'g'imini chap qo'l bilan ushlab, yordam beriladi. Aortani ikkala qo'l barmoqlari bilan (Biryukov usuli) yoki qattiq bintlanadigan valik bilan (220-rasm), umurtqa pog'onasiga taqab bosish mumkin.

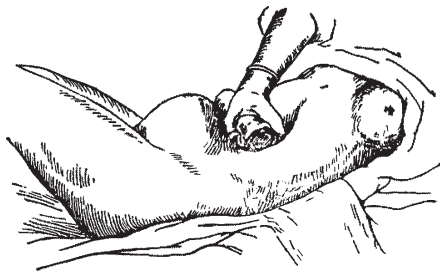


218-rasm. Musht bilan bachadonni uqalash.

5. Bachadonni tamponlash (tamponada). Yuqorida ko'rsatilgan choralar vaqtincha naf berishi yoki bermasligi mumkin, bunda bachadon bo'shlig'i keng doka bint bilan tamponada qilinadi. Bu tomirlarda tromblar hosil bo'lishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi. Uning salbiy tomoni shuki, bunda infeksiya kirishi ehtimoli bo'ladi. Shu sababli tamponadada aseptika qoidalariga ayniqsa jiddiy rioya qilish kerak bo'ladi. Tashqi jinsiy a'zolar akusherlik operatsiyalari uchun qabul qilingan qoidalariga muvofiq tozalanadi; qinga keng ko'zgular kiritiladi, bachadon bo'yni pulevoy qisqich bilan ushlanadi va pastga tortiladi. Bachadon bo'shlig'i qayrilgan uzun kornsang yordamida serbar uzun doka bintlar bilan zich tamponlanadi. Bachadon bo'shlig'ining hammasini tubidan tortib bo'ynigacha ketma-ket tamponlash zarur. So'ngra pulevoy qisqich olinib, qin tamponlanadi. Tampon bachadonda 8 – 10 soat turishi mumkin.



219-rasm. Qorin aortasini musht bilan bosib turish.



220-rasm. Aortani valik bilan bosib turish.

6. Atonik qon ketishi yuqorida ko'rsatilgan choralar bilan to'xtamasa, qorin devorini yorib (laparotomiya), bachadon olib tashlanadi yoki bachadon tomirlari bog'lab qo'yiladi.

7. Qon ketishi gipo-afibrinogenemiya bilan bog'liq bo'lganda yangi sitratlangan qon quyiladi, venaga fibrinogen, protamin sulfat, epsilon-aminokapronat kislota va qon ivishini tezlashtiruvchi boshqa vositalar yuboriladi.

O‘TKIR KAMQONLIKKA QARSHI KURASH

Yo‘ldosh tushish va chilla davrida qon ketishi sababli o‘tkir kamqonlik ro‘y berganda bir qancha eng muhim funksiyalar (qon aylanishi, nafas olish, modda almashinishi va hokazo) buziladi, organizmning chidamliligi pasayadi, natijada ayol o‘lishi ham mumkin. Shu sababli qon oqishini to‘xtatish choralari bilan bir qatorda kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

1. Karavotning bosh tomonini pastga tushirib, oyoq tomoni ko‘tarilib qo‘yiladi, bunda miyaga qon kelishi yaxshilanadi.

2. Bemorning hamma tomoniga grellalar qo‘yiladi, ensani issiq tutish juda muhim (ensa ostiga ham grellka qo‘yish lozim). Badanning kuyib qolmasligiga qarab turish kerak.

3. Organizmga ko‘p suyuqlik kiritiladi. Bemorga kofe, vino qo‘shilgan issiq achchiq choy (yoki bir stakan choyga 1 osh qoshiq toza spirt qo‘shib) ko‘plab ichiriladi. 500–1000 ml (2000 ml gacha) fiziologik eritmaga 0,1 % li adrenalın eritmasi 1 l suyuqliqqa 5–8 tomchi hisobidan qo‘shilib, teri ostiga yuboriladi. Fizilogik eritma o‘rniga o‘shancha miqdorda 5% li glukoză eritmasini yuborish ham mumkin.

4. Qon quyishning g‘oyat muhim ahamiyati bor. Quyiladigan qon miqdori anemiya darajasiga qarab belgilanadi. Organizmning buzilgan funksiyalari qon quyish natijasida tez tiklanadi.

5. Qon ketishi to‘xtatilgach, teri ostiga yurakni quvvatlovchi dorilar (kofein, kamfora) yuboriladi.

6. Tug‘gan ayolga kislorod beriladi, kislorod bo‘lmasa xonaning darcha yoki derazasi ochib qo‘yiladi.

Yo‘ldosh tushish va chilla davrida qon ketganda akusher darhol vrachni chaqirishi (u vrachga qon ketayotganligini ma‘lum qiladi va vrach yetib kelguncha qon oqishiga qarshi kerakli chora-tadbirlarni ko‘radi) lozim.

CHILLA DAVRIDA KECH QON KETISHI

Tug‘ruqdan bir sutka keyin yoki kechroq qon ketishi chilladagi kech qon ketishi deb ataladi; bunday holat ba‘zan tug‘ruqning 10–15-kuni boshlanadi.

Chillada kech qon ketishining ko‘proq uchrashining sababi plasentaning bo‘lakchasi bachadonda qolib ketishidir. Plasentaning bachadonda qolib ketgan bo‘lagi sekin-asta polip shakliga kiradi («plasentar polip») va muqarrar qon ketishiga sabab bo‘ladi. Chillada kech qon ketishi ba‘zan pardalarning bachadonda ushlanib qolishiga va infeksiyaga bog‘liq bo‘ladi.

Infeksiya belgilari paydo bo‘lganda shu infeksiya bilan bog‘liq chilla kasalligini davolashga e‘tibor berish kerak. Asosiy kasallik tuzalishi bilan qon ketishi ham to‘xtaydi.

Nazorat uchun savollar

1. Yo‘ldosh tushish davrida qon ketishining sabablari.
2. Bachadon gipotoniyasi va atoniyasi haqida tushuncha.
3. Plasentaning bachadonga yopishish sabablari.
4. Plasentani qo‘lda ko‘chirish va tushirishga ko‘rsatmalar.
5. Chillada kech qon oqishi haqida tushuncha bering.

XXVIII BOB. TUG'RUQ JAROHATLARI

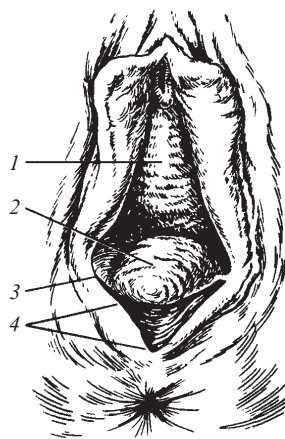
Tug'ruq vaqtida ko'pincha oraliq, vulva, qin va bachadon bo'yni yiriladi. Ayollar maslahatxonasida homilador ayollarni muntazam kuzatib borish, jarohatlanish xavfi bo'lsa, uning asosiy sabablarini aniqlash, statsionar sharoitda ularni har tomonlama tekshirish kerak. Tug'ruq dardi sust bo'lganda jarohatlar ayniqsa ko'p kuzatiladi.

ORALIQ, VULVA VA QINNING YIRILISHI

Homilaning tug'ilish davrida qin, vulva va oraliq anchagina cho'ziladi. Oraliqning yirtilishi akusherlik patologiyasida ko'proq uchrab, tug'uvchi ayollarning o'rtacha 10%ida kuzatiladi.

Oraliq yirtilishi quyidagi holatlarda kelib chiqadi:

1) yoshi o'tinquirab birinchi marta tug'ayotgan ayollarda to'qimalar elastikligining yo'qolganligi, avvalgi tug'ruqdan keyin chandiqlar qolganligi, oraliqning baland ekanligi; 2) homila boshining noqulay o'lcham bilan yorib chiqishi – homila boshi yozilib oldinda yotganda, haddan tashqari katta bo'lganda; 3) operatsiya qilib tug'dirish – qisqich solish; 4) tor chanoq, ayniqsa yapaloq raxitik chanoq (boshning tez yorib chiqishi) va infantil chanoq – qov burchagining torligi; 5) tug'ruqni noto'g'ri boshqarish, homila boshining barvaqt yozilishi va tez yorib chiqishi. Homila boshi tobora surilgan sari oraliq gumbazga o'xshab do'ppayib chiqadi, ko'karadi va shishadi. Oraliq terisi keyinchalik oqarib, yaltiraydi, mayda-mayda yoriladi. Bu o'zgarishlar oraliqning yirtilish xavfi borligini ko'rsatadi. Oraliqning yirtilish xavfi paydo bo'lganda oraliq o'rtasidan qirqiladi – buni **perineotomiya** deb aytiladi. Kesilgan jarohatning silliq chetlari choklanadi va u tezda bitadi.



221-rasm. Oraliqning birinchi darajali yirtilishi. 1–qinning oldingi devori; 2–qinning orqa devori; 3–orqa bitishma; 4–oraliq terisi.

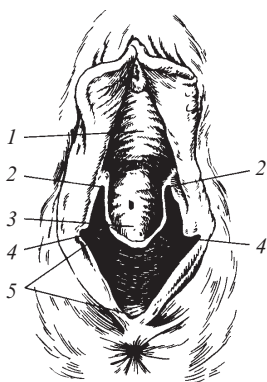
Oraliq yirtilishi 3 darajaga bo'linadi.

Birinchi darajali yirtilish – orqa bitishma (oraliq bilan qin devori o'rtasidagi kichkina teri parchasi) uziladi, oraliq muskullari shikastlanmaydi (221-rasm).

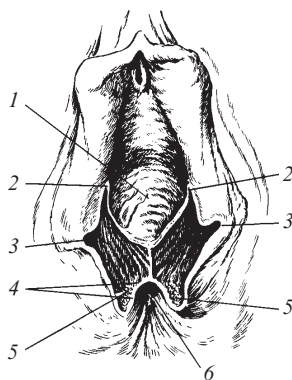
Ikkinchi darajali yirtilish – oraliq terisi qin devori va oraliq muskullari uziladi, to'g'ri ichakning tashqi sfinkteri butun qoladi (222-rasm).

Uchinchi darajali yirtilish – yuqorida ko'rsatilgan to'qimalar va to'g'ri ichakning tashqi sfinkteri, ba'zan devori ham yiriladi (223-rasm). Bu to'la yirtilish deyiladi. Kamdan-kam hollarda chot markazidan yiriladi. Oraliq

to'qimalarning yirtilishi infeksiya kirish jihatidan xavfli bo'lib, gaz va axlat tutib bo'lmaydi. Oraliq yirtilishining har turi ham choklanishi lozim.



222-rasm. Oraliqning ikkinchi darajali yirtilishi. 1-qinning oldingi devori; 2-yirtiqning yuqori cheti; 3-qinning orqa devori; 4-orqa bitishma; 5-oraliq terisi.



223-rasm. Oraliqning uchinchi darajali yirtilishi. 1-qinning orqa devori; 2-yirtiqning yuqori cheti; 3-orqa bitishma; 4-to'g'ri ichakning shilliq pardasi; 5-sfinkter; 6-anus (orqa chiqaruv teshigi).

ORALIQNING YIRTILGAN JOYINI CHOKLASH

Yo'ldosh tushgach oraliq choklanadi. Yirtilgan joy o'z vaqtida tikilmasa, ko'p qon ketib chilla davri og'ir kechadi. Yo'ldosh tushguncha oraliqni tikish tavsiya etilmaydi. Chunki yo'ldosh tushish davrining qanday o'tishi noma'lum (bachadonga qo'l suqish zarurati istisno qilinmaydi). Oraliqni tikishda aseptika qoidalariga rioya qilish zarur. Operatsiya maydoni va vrach qo'llari operatsiyaga tayyorlangandek tayyorlanadi.



224-rasm. Oraliqning birinchi daraja yirtilgan joyini choklash.

Zarur asboblari: 2 ta qin ko'zgusi, 2 ta ko'targich, 3 ta kornsang, 3 ta pinset, 1 ta egilgan qiyshiq qaychi, 1 ta to'g'ri qaychi, 4 ta qon to'xtatuvchi qisqich, 2 ta igna tutgich, 3-4 ta har xil yo'g'onlikdagi ignalar, metalldan qilingan kateter, botirma choklar uchun ketgut, yuza choklar uchun ipak, sterilangan doka tamponlar, salftkalar solinadigan baraban va tupfer kerak bo'ladi.

Choklanadigan sohaga spirt, yod surtiladi. Qin ko'zgulari yordamida yara yuzalari ochiladi. Vrach jarohatni aniq ko'rish uchun chap qo'li bilan jarohatni ochadi va o'ng qo'li bilan jarohatni quritadi va chok soladi. Oraliq jarohati unchalik katta bo'lmasa, choklashni qin devorining yirtilgan joyidan boshlash zarur. Yirtilgan shilliq qavatni choklashda har qaysi chok oralig'i 1 sm dan oshmasligi kerak. Chanoq tubi 2-darajali yirtilganda, to'g'ri ichakni ko'taradigan muskul tikiladi. Uning ustidan chanoq klechatkasi bir necha qavat tikiladi. Shunday usulda tikilganda chuqur qavatga infeksiya tushish xavfi kam bo'ladi.

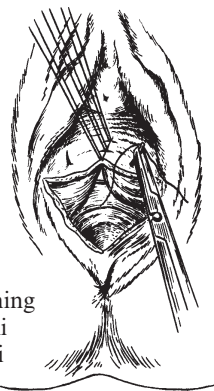


a



b

225-rasm. Chok solish texnikasi. *a*–to'g'ri solingan choklar; *b*–noto'g'ri solingan choklar.



226-rasm. Oraliqning ikkinchi darajali yirtilgan joyini choklash.

Oraliqni 3-darajali yirtilishida avval to'g'ri ichakning shikastlangan devori choklanadi, uzilgan sfinkterning bir-biridan qochgan uchlari qidirib topiladi va choklar bilan birlashtiriladi. Shundan keyin 2-darajali yirtilish qanday choklansa, 3-darajali yirtilgan oraliq ham o'shanday choklanadi. Chot oralig'i 1-darajali yirtilganda qon va qindan ajraladigan suyuqlik yig'ilib qolmasligi uchun avval qindagi, keyin yuzadagi jarohatlarga ketgut chok, chot terisiga esa ipak chok solinadi. Chot oralig'i tikilgan ayolning tashqi jinsiy a'zolari ehtiyotlik bilan yuviladi, keyin sterilangan quruq doka bilan chok atrofi quritiladi. Siydik chiqarish va defekatsiyadan keyin tashqi jinsiy a'zolar qo'shimcha tozalanib, chok sohasi quritiladi. Oraliqning 3-chi darajali yirtilishida ich kelishini to'xtatib turish uchun 6 kungacha kuniga 2 mahal 8–10 tomchidan Tincturae Opii simplicis ichiriladi. 6-kuni kanakunjut moyi berib, moyli huqna qilinadi. Bemorga shrin choy, sho'rva, kisel va yengil hazm bo'ladigan ovqatlar buyuriladi. Oraliq sohasidagi ipak choklar 5–6-kuni olinadi. Tug'gan ayolga chok solingan kunning ertasiga o'rindan turishga ruxsat etiladi. Agar chot 2-darajada yirtilgan bo'lsa ayol bir oy davomida o'zini ehtiyot qilib, bir yonboshda o'tirishi kerak. Shunda chokdagi yara tezroq bitadi.

Qinning yirtilishi. Qin devorlari yetarlicha cho'zilmaganda, infantilizmida, operatsiya qilib tug'dirishda, homila boshi yozilib oldinda yotganda, yirik bo'lganda qin yirtiladi. Qinning ko'pincha pastdan uchdan bir qismi yirtiladi. Qin odatda oraliq bilan bir vaqtda yirtiladi. Qin yirtig'i ko'zgu yordamida ochilib, ketgut choklar bilan tikiladi. Qinning pastdagi uchdan bir qismi yirtilganda qinning yon devorlarini chap qo'l barmoqlari bilan kerib turib chok solish kerak (227-rasm).



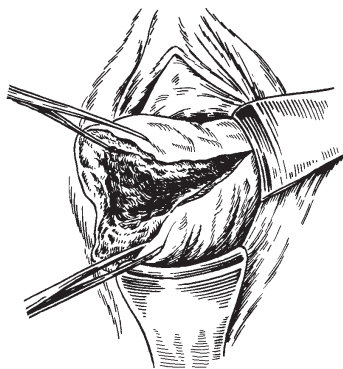
227-rasm. Qin devorining yirtilgan joyini choklash.

VULVA VA QIN GEMATOMALARI

Tugʻruq vaqtida qon tomirlar uzilib, tashqi jinsiy aʼzolarning teri osti klechatkasiga yoki qin shilliq pardasining ostidagi qavatiga qon quyilishi mumkin. Gematoma ustidagi teri va shilliq parda koʻkmtir-qizil tusga kiradi. Bir talay qon toʻplanganda, toʻqimalar taranglashib, bezillab turadi. Gematoma sohasiga dastlab muzli xalta qoʻyiladi, keyinchalik issiq bilan davo qilishga kirishiladi. Gematoma tez kattalashaversa terini kesib, gematoma boʻshatiladi. Qonayotgan tomir qidirib topiladi va bogʻlab qoʻyiladi. Soʻng terining kesilgan joyi choklanadi.

BACHADON BOʻYNINING YIRTILISHI

Tugʻruq oldidan bachadon boʻyni tekislanib, tashqi teshik chetlari nihoyatda choʻzilib, yupqa tortadi. Tugʻruq vaqtida, ayniqsa patologik tugʻruqda koʻpincha bachadon boʻyni yirtilib, koʻp qon ketadi va turli asoratlarni keltirib chiqaradi. Baʼzida bu yirtiq qin gumbazigacha va undan oʻtib parametral klechatkaga oʻtishi mumkin (228-rasm). Shunga koʻra bachadon boʻynining yirtilishi 3 darajaga boʻlinadi:



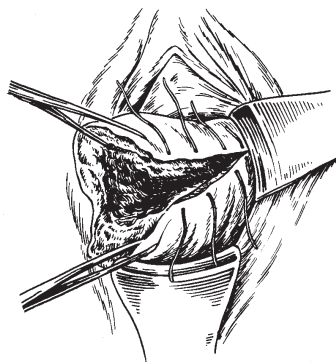
228-rasm. Bachadon boʻynining yirtilishi.

1. Yirtiq uzunligi 2 sm gacha.
2. Yirtiq uzunligi 2 sm dan oshib, qin gumbazigacha yetmaydi.
3. Yirtiq qin gumbazigacha yetib, qin usti qismiga ham oʻtadi.

Yirtilish natijasida qon koʻproq tashqariga, baʼzan esa parametral klechatkaga oqib gematoma hosil boʻlishi mumkin. Bachadon boʻyni yirtigʻini aniqlashda qin koʻzgularidan foydalaniladi. Bachadon boʻynining oʻz-oʻzidan yirtilishi, uning rigidligida, bachadon ogʻzi chetlarining haddan tashqari choʻzilishida, tezkor tugʻruqda, funksional tor chanoqda va boshqa hollarda uchraydi.

Bachadon boʻyni **oʻz-oʻzidan yoki majburan** yirtilishi mumkin. Bachadon boʻynining rigidligi, bachadon boʻyni teshigi chetlarining haddan tashqari choʻzilishi (homilaning yirikligi, boshining yozilib oldinda yotishi) tez tugʻish, tor chanoqda bachadon boʻynining uzoq qisilib qolib, toʻqimalarning oziqlana olmasligi bachadon boʻynining oʻz-oʻzidan yirtilishiga sharoit yaratadi. Ayolni operatsiya qilib tugʻdirishda (qisqich solish, homilani oyogʻiga burish va tortib olish, homilani yemirish operatsiyalarida) bachadon boʻyni majburan yirtiladi. Bachadon boʻyni yirtigʻi tikilmasa qon ketishi, oʻrnida yara, ektropion, chandiq hosil boʻlishi mumkin. Bu esa surunkali yalligʻlanish va eroziyalar paydo boʻlishiga zamin yaratadi.

Bachadon bo'yni **yirtilganda davo qilish** choklashdan iborat. Bunda ko'zdan kechirib, yirtiq topilgach, darrov choklanadi. Bachadon bo'yni pulevoy qisqichlar bilan qin og'ziga tortiladi va yirtiqdan qarama-qarshi tomonga surib qo'yiladi. Yirtiqning yuqori burchagidan teshik chetigacha chok solinadi (birinchi chok yirtiqning birmuncha yuqorisidan solinadi), bachadon bo'ynining shilliq pardasi tikilmaydi (229-rasm). Yirtiqning yuqori chekkasini darrov ochib bo'lmasa, birinchi chok birmuncha pastroqqa solinadi va bu ligaturaning uchlari pastga tortiladi. Ayni vaqtda jarohatning yuqori burchagi ko'rinib, chok solish uchun qulaylik tug'iladi. Bachadon bo'yni yirtilganda ketgut bilan tikiladi. Choklar solingandan keyin ligaturalarning uchlari qirqib tashlanadi.



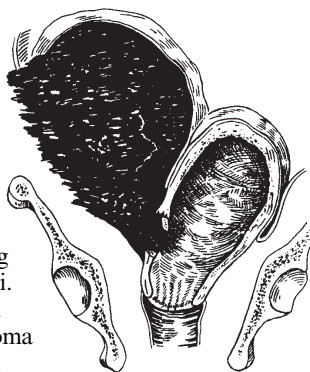
229-rasm. Bachadon bo'ynining yirtilgan joyini choklash.

BACHADONNING YORILISHI (RUPTURA UTERI)

Bachadon devorlarining shikastlanib yirtilishi bachadonning yorilishi deb ataladi. Bachadonning hamma qavatlari (shilliq pardasi, muskul qavati, seroz pardasi) shikastlansa, bachadon **batamom yorilgan** hisoblanadi (230-rasm). Batamom yorilganda uning bo'shlig'i qorin bo'shlig'iga tutashib qoladi. Agar shilliq parda bilan muskul qavati shikastlanib, seroz parda butun qolsa, bachadon **chala yorilgan** hisoblanadi (231-rasm). Bachadonning batamom yorilishi chala yorilishiga nisbatan ko'proq uchraydi.



230-rasm. Bachadonning to'la yorilishi.



231-rasm. Bachadonning chala yorilishi. Qorin pardasi ostida gematoma hosil bo'lishi.

Bachadon ko'pincha bir qadar yupqa devorli pastki segmentidan, ba'zan yuqori segmentidan va hatto tubidan ham yoriladi. Bachadon ko'pincha qin

gumbazlariga yopishgan chizig'idan yorilishi mumkin, bu aslida bachadonning qin gumbazlaridan uzilib ketishidir.

Bachadon yorilishining turlari L.S.Persianinov tasnifi (1964-yil) bo'yicha quyidagicha:

Yorilish vaqti bo'yicha: tug'ruq vaqtida; homiladorlik vaqtida.

Etiologiya va patogenezi bo'yicha: o'z-o'zidan yorilishi; majburan yorilishi; aralash yorilishi.

Joyiga qarab: bachadon tubi yorilishi; bachadon tanasi yorilishi; bachadon pastki segmentining yorilishi; bachadonning qin gumbazlaridan uzilib ketishi.

Shikastlanishiga ko'ra: to'liq yorilishi – bachadonning barcha qavatlarini yoriladi; chala yorilishi – shilliq va muskul qavatlarini yoriladi, seroz qavati butun qoladi.

Klinik kechishi bo'yicha: bachadon yorilishi xavfi; bachadonning yorilishi. Bachadonning yorilish sabablari har xil.

1. Bandlning (1875-yil) mexanik nazariyasi bo'yicha homilaning oldinda yotuvchi qismining chanoq o'lchamlariga mos kelmasligi sababli homila mexanik to'siqqa uchraydi va zo'riqish natijasida bachadon yorilishi mumkin.

2. Ivanov-Verbov nazariyasi (1911-yil) bo'yicha bachadon to'qimalarining nuqsonli bo'lishi, degenerativ jarayonlar va surunkali yallig'lanish, infantilizm natijasida hamda homila boshining chanoqqa mos kelmasligi holatida bachadon yiriladi, —deb tushuntiriladi. Ularning fikricha sog'lom bachadon har qanday kuchli tug'ruqda ham yirtilmaydi, aksincha bachadonning yorilishiga unda bo'lgan patologik jarayonlar sabab bo'ladi.

Asosan takror tug'uvchi ayollar anamnezida patologik tug'ruq, bachadon yallig'lanishi, bachadoni operatsiya qilingan ayollarda ko'proq uchraydi. Ayniqsa kesar kesish yo'li bilan tug'dirilgan ayollarda bachadon ko'proq yoriladi. Bu ayollar bachadon yorilishi xavfi yuqori bo'lgan guruhlariga kiradilar. Hozirgi vaqtda bu guruhga kiruvchi homiladorlar soni ko'payib bormoqda. Konservativ miomektomiya, kesar kesishdan keyin ko'pincha homilador ayollar bachadon yorilishi xavfi belgilari yuzaga chiqmasligi yoki ularning yo'qligi sababli, ya'ni bachadon to'qimalarining sekin-asta sitilib ketish yo'li bilan yorilishi tufayli og'riqni sezmaydilar. Bachadonida chandig'i bor homiladorlar orasida 10–13% ayollarda bachadon shu chandiq bo'ylab yoriladi.

Homilaning tug'ilishi mexanik to'sqinlikka uchraganda bachadonning yorilish xavfi tahdid qilayotgani quyidagi simptomlar bilan ta'riflanadi:

1. Dard va to'lg'oq juda qattiq, ba'zan to'xtovsiz tutadi.
2. Bachadonning pastki segmenti o'ta cho'zilib yupqa tortadi, palpatsiyada og'riydi.
3. Kontraksion halqa yuqoriga ko'tarilib kindik ro'parasigacha boradi, qiyshiq joylashadi. Bachadon qum soati shakliga kiradi.
4. Bachadonning yumaloq boylamlari juda ham taranglashib, bezillab turadi.
5. Bachadon bo'yni teshigining chetlari qisilib shishadi, bu shish qin va oraliqqa ham yoyiladi.

6. Qovuq va uretra homila boshi bilan chanoq suyaklari orasida qisilib qolganidan siydik chiqarish qiyinlashadi.

7. Qindan qonli chiqindi keladi, bu esa to'qimalarning shikastlana boshlaganini ko'rsatadi.

8. Tug'uvchi ayol betoqat bo'lib, qattiq og'riqdan o'zini qo'ygani joy topolmaydi.

Dard va to'lg'oq tez-tez va og'riqli bo'ladi. Boshqa simptomlar ham kuzatiladi, lekin ular mexanik sabablar bilan bachadon yorilish xavfining belgilariga qaraganda kamroq seziladi.

Yuqorida ko'rsatilgan klinik belgilar paydo bo'lganda darhol yordam berilmasa bachadon yoriladi. Simptomlari:

1. Bachadon yorilayotganda qorinda juda qattiq og'riq paydo bo'ladi.

2. Bachadon yorilgandan keyin dard va to'lg'oq tutishi to'xtaydi.

3. Shok paydo bo'lishi va tobora ko'p qon yo'qotish sababli juda og'ir holat yuz beradi. Teri va yuza shilliq pardalar oqaradi. Ayolning ko'zi ich-ichiga tushib ketadi, burni puchayib qoladi. Tomiri tez-tez uradi va yaxshi to'lishmaydi, qon bosimi pasayadi, ko'ngli ayniydi va qusadi.

4. Bachadon yorilganda homila butunlay yoki qisman qorin bo'shlig'iga chiqadi. Oldinda yotuvchi qismi ilgari qimirlamay turgan bo'lsa, endi yuqoriga surilib, harakatchan bo'lib qoladi. Homila yonida bachadonning qisqargan tanasi paypaslab topiladi. Homilaning yurak urishi eshitilmaydi.

5. Tashqariga asosan ko'p qon ketmaydi, ba'zan juda oz qon chiqadi. Bachadon yorilganda qon qorin bo'shlig'iga quyiladi.

Davosi. Bachadon yorilishi xavfi tug'ilgan vaqtda darhol narkoz orqali to'xtatish zarur. Bunda efir narkozi beriladi. Mustaqil ishlayotgan akusher ayol terisi ostiga morfinning 1 % li eritmasidan 1,5 ml yuborib, vrachni chaqiradi. Tug'ruq juda avaylab, chuqur narkoz bilan tugallanadi. Homila tirik bo'lib, infeksiya belgilari kuzatilmasa kesar kesish operatsiyasi qilinadi. Homila o'lib qolgan bo'lsa, tug'ruqni tugallash uchun homilani yemirish operatsiyasi qilinadi. Bachadonning yorilish xavfi tahdid qilayotgan bo'lsa homilani oyog'iga burish va akusherlik qisqichi solish yaramaydi; bu operatsiyalarni qilishga hatto urinib ko'rishning o'zi bachadonning muqarrar yorilishiga sabab bo'ladi.

Bachadon yorilgan taqdirda darhol qorinni yorish (laporotomiya qilish) zarur. Qorin bo'shlig'idan homila, yo'ldosh va quyilgan qon olinadi. So'ngra bachadon qin ustidan amputatsiya qilinadi yoki butunlay olib tashlanadi (ekstirpatsiya). Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyin shokka va qon yo'qotishga qarshi kurash olib boriladi. Qon quyiladi, teri ostiga, vena ichiga fiziologik eritma yuboriladi ayol issiq tutiladi. Yurakni quvvatlantiruvchi dorilar buyuriladi.

Profilaktikasi. Bachadon yorilishining oldini olish tug'ruqqa yordam berishni to'g'ri tashkil qilishdan iborat. Hamma homiladorlarni ayollar maslahatxonasida o'z vaqtida hisobga olish va ularni sinchiklab kuzatib turish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Tug'ruq vaqtida bachadonni yorilishi ehtimoli bo'lgan barcha homiladorlar ayollar maslahatxonasida aniqlanib, maxsus hisobga olinadi. Chanog'i tor, homilasi

noto'g'ri yotgan, homiladorligi o'tib ketgan (homilasi yirik) ayollar, tugaverib qorin devori va bachadoni bo'shashgan ayollar akusherlik anamnezi og'ir patologik tug'ruq, yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollar kesar kesish va bachadonida boshqa operatsiyalar qilingan ayollar shu guruhga kiritiladi. Bu homiladorlarning hammasi tug'ishga ikki-uch hafta qolganda tug'ruq majmuiga yuboriladi. Tug'ruq vaqtida bachadonning yorilish xavfi borligini ko'rsatuvchi belgilarni o'z vaqtida payqab olishi uchun ayollar sinchiklab kuzatiladi.

TUG'RUQDAN KEYINGI OQMALAR

Patologik tug'ruqda siydik-tanosil va ichak-qin oqmalari paydo bo'lishi mumkin. Siydik-tanosil oqmalari qovuq yoki uretra bilan qin o'rtasidagi, ba'zan qovuq bilan bachadon bo'ynining kanali o'rtasidagi g'ayritabiiy teshiklardir. Bunda siydik qinga tushib, jinsiy yoriqdan tashqariga chiqadi. Ichak-qin oqmalarida qinga axlat tushadi. Oqmalar tug'ruqning og'irlashuviga sabab bo'lib, ayolga ancha azob beradi. Tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari va qo'shni a'zolar chanoq devorlari bilan homilaning oldinda yotuvchi qismi o'rtasida uzoq qisilib qolganda oqmalar hosil bo'ladi. To'qimalar qisilib qolganda qon aylanishi qiyinlashib ishemiya kuzatiladi va chirigan to'qimalar ko'chib tushadi va siydik qinga tusha boshlaydi. Odatda bu hol tug'ruqning 5–7-kuni ro'y beradi.

Akusherlik operatsiyalari (homilani yemirish, qisqich solishda qo'llaniladigan asboblari) tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalariga va qo'shni a'zolar (qovuq yoki to'g'ri ichakka)ga shikast yetkazishi natijasida oqma paydo bo'lishi mumkin. Bunday hollarda oqma bevosita tug'ruq tugashidan keyin ro'y beradi. Oqmalarni oldini olish tug'ruqni to'g'ri boshqarishdan iborat. Qog'onoq suvlari ketgach chanoqning hadeb bir sathda, homila boshining uzoq turishiga yo'l qo'yish yaramaydi. Tug'ruq vaqtida qovuqning holatini muntazam kuzatib turish kerak. Siydik ushlanib qolganda qovuq avaylab kateterizatsiya qilinadi. Siydikka hatto ozgina qon aralashganligi ham oqma paydo bo'lish xavfi borligini ko'rsatadi va bu operatsiya qilib tug'ruqni tugallash uchun ko'rsatma hisoblanadi. Oqmalar davosi operatsiya hisoblanadi. Kichkina oqmalargina to'g'ri parvarish qilinsa bitib ketishi mumkin. Parvarish jinsiy a'zolari toza tutish, tashqi jinsiy a'zolar, terisiga va qin shilliq pardasiga vazelin moyi surtish, streptotsid yoki sulfidin emulsiyasini qo'yish kerak.

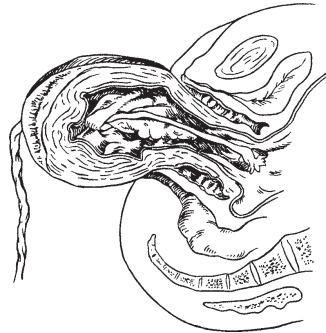
Siydik oqmasi aniqlanganda uretraga doimiy kateter qo'yiladi. Kateter muntazam ravishda olinib qaynatib sterilanadi. Profilaktika maqsadida urotropin ichiriladi. Oqma yopilmasa 3–4 oydan keyin operatsiya qilinadi.

TUG'RUQ VAQTIDA BACHADONNING AG'DARILIB CHIQISHI

Bachadon ag'darilib chiqqanda qavatlari teskari tartibda joylashadi: shilliq pardasi tashqi qavat bo'lib, seroz pardasi esa ichki qavat bo'lib qoladi (232-

rasm). Bachadon shunday ag'darilib chiqadiki, dastlab bachadon tubi bo'shlig'iga botib kiradi, so'ngra tubi teshik sohasiga yetadi va nihoyat, ag'darilgan bachadon qinga va hatto jinsiy yoriqdan tashqariga chiqib qoladi.

Bachadon quyidagi holatlarda ag'darilib chiqadi: a) bachadon teshigining ochilganligi; b) bachadon devorlarining bo'shashganligi (masalan, gipotoniya va atoniya); d) bachadon tubining yuqoridan kuch sezishi (masalan, yo'ldosh siqib chiqarilganda) yoki pastdan tortilishi (masalan, kindikdan tortish). Ayniqsa bachadon devorining bo'shashuvi bilan bir vaqtda bachadon tubini uqalamasdan turib yo'ldoshni Krede-Lazarevich usulida siqib chiqarish, shuningdek, bachadon yetarlicha qisqarmasdan va teshigi keng ochiq turganda kindikdan tortish yaramagani holda uni tortish bachadonning ag'darilib chiqishiga sabab bo'ladi.



232-rasm. Bachadonning ag'darilib chiqishi.

Tug'ruqdan keyin bachadon ag'darilib chiqqanda aksari bir qancha og'ir simptomlar paydo bo'ladi. Ayol qornida o'tkir og'riq sezadi va shok holatiga tushadi. Teri va shilliq pardalar oqaradi, puls tezlashadi, arterial bosim pasayadi, ayol ko'ngli aynib, qusadi, o'zidan ketib qoladi. Ag'darilgan bachadon qip-qizil bo'lib, jinsiy yoriqdan ko'rinib turadi; bachadon ba'zan hali ko'chmagan yo'ldosh bilan birga ag'darilib chiqadi. Tekshirishda bachadon sohasida voronkasimon chuqurcha borligi aniqlanadi. Tug'ruqdan keyin bachadonning ag'darilib chiqishi ayolning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Davosi. Chuqur narkoz berib, bachadon bo'ynining keng ochilgan teshigi orqali avaylab joyiga kirgizib qo'yiladi. Bachadonni joyiga kirgizib qo'yishdan oldin plasenta (ag'darilib chiqqan bachadonga yopishgan bo'lsa) ko'chirib olinadi. Bachadon joyiga kirgizib qo'yilgach, qin steril doka bint bilan tamponlanadi. Shokka va infeksiyaga qarshi kurash choralari ko'riladi.

QOV SUYAKLARINING BIR-BIRIDAN QOCHISHI

Homiladorlik vaqtida chanoq bo'g'imlariga va boylam apparatiga, ayniqsa simfizga seroz suyuqlik shimaladi. Ba'zi homiladorlarning chanoq bo'g'imlari anchagina yumshaydi. Bunday hollarda tug'ilayotgan homila boshi chanoqning suyak halqasiga qattiq suqilib, qov suyaklarining bir-biridan qochishiga sabab bo'ladi. Tor chanoqda, homila yirik bo'lganda va operatsiya qilib tug'dirishda qov suyaklari bir-biridan qochadi. Ba'zan qov suyaklari bir-biridan qochganda uretra (siydik chiqarish kanali), qovuq va klitor shikastlanadi, qon quyiladi.

Tugʻruq ogʻir oʻtganda, ayniqsa operatsiya qilib tugʻdirishda dumgʻaza-
yonbosh boʻgʻimi zararlanishi mumkin.

Qov suyaklari bir-biridan qochganda ayol ayniqsa oyogʻini qimirlatgan vaqtda
simfiz sohasining ogʻrishidan shikoyat qiladi. Tizza va chanoq-son boʻgʻimlaridan
bukilgan oyoq kerilganda ogʻriq juda ham kuchayadi. Qov suyaklarining bir-
biridan qochgan uchlari oʻrtasida chuqurcha borligi palpatsiyada aniqlanadi. Zarur
boʻlsa, diagnost rentgenografiya usuli bilan tasdiqlanadi.

Davosi. Ayol tinch yotadi, chanoq sohasi qattiq bintlab qoʻyiladi. Ayol 3–5
haftagacha (baʼzan ortiqroq) tinch yotadi. Baʼzi ayollar dastlabki vaqtda oʻrdakka
oʻxshab lapanglab yuradi, bu holat keyinchalik aksari oʻtib ketadi.

Nazorat uchun savollar

1. Oraliq yirtilishi, sabablari va darajalari.
2. Oraliqning yirtilgan joyini choklash ketma-ketligi.
3. Qinning yirtilishi, darajalari, choklash.
4. Bachadon boʻynining yirtilish darajalari.
5. Bachadonning yorilishi va turlari.
6. Chilladagi oqmalarning paydo boʻlish sabablari.
7. Chillada bachadonning agʻdarilib chiqishi.

XXIX BOB. CHILLA DAVRI SEPTIK KASALLIKLARI

CHILLADAGI SEPTIK KASALLIKLARNI KELTIRIB CHIQRUVCHI SABABLAR

Chilladagi septik kasalliklar tugʻruq vaqtida paydo boʻlgan jarohat yuzalari
orqali mikroblar kirishi natijasida kelib chiqadi.

Chilla davrida uchraydigan septik kasalliklarga stafilokokklar bilan
streptokokklar, goho-goho ichak tayoqchasi, gazli gangrena tayoqchalari va
boshqa mikroblar sabab boʻladi. Chilladagi septik kasalliklarni koʻpincha
mikroblarning bir turi (monomikrob infeksiya), baʼzan esa mikroblarning har
xil turlari (polimikrob infeksiya) vujudga keltiradi.

Mikroblar odam organizmida (ayniqsa terisida, ochiq shilliq pardalarda va
hokazo) doim mavjud boʻladi-yu, odatdagi sharoitda kasallik chaqirmaydi.

Mikroblar organizmga jarohat orqali kirganda kasallik roʻy berishi mumkin.
Yoʻldosh koʻchgandan keyin bachadonning ichki yuzasi, hatto normal tugʻruqda
ham bachadon boʻyni, qin va oraliqning shilinishi, yorilishi va chaqalanishi
infeksiya kirish yoʻli hisoblanadi.

Patologik tugʻruqda (ayniqsa operatsiya qilib tugʻdirishda) keng va chuqur
shikastlar vujudga keladi, shu munosabat bilan septik infeksiya mikroblarining
organizmga kirish xavfi ortadi.

Mikroblar jarohat yuzasiga tashqaridan kirishi (ekzogen infeksiya) yoki ayol organizmida yashirin holda saqlanib jarohatga tushishi (endogen infeksiya) va rivojlanishi mumkin.

Ekzogen infeksiyada mikroblar sterillanmagan qo'l, asboblari, parvarish buyumlari, kiyim-kechak va tug'ruq yo'llariga ishlatiladigan boshqa buyumlar orqali kiradi; ayniqsa havo-tomchi yo'llari orqali yuqadigan, infeksiya katta xavf tug'diradi. Endogen infeksiyada mikroblar jarohatga qindan, tashqi jiisii a'zolaridan o'tadi, ba'zan uzoqdagi infeksiya o'choqlaridan (masalan, tomoqdan) metastaz yo'li bilan kiradi.

Jarohat yuzasiga tushgan mikroblar septik infeksiyani, ko'pincha avj oldiradi. Jarohatga mikroblar tushishining turli oqibatlarini organizmning chidamiga, himoya kuchlariga bog'liq.

Organizm chidamli bo'lsa septik infeksiya avj olmaydi, organizmning himoya kuchlari susayganda mikroblar jarohatga kirib, chilla davri kasalliklariga sabab bo'ladi. Organizmning infeksiyaga qarshiligi (chidami) qancha kam bo'lsa, chilla davri kasalliklari shuncha og'ir kechadi.

Shunday qilib, chilladagi septik kasalliklar tug'gan ayol organizmi bilan mikroblarning o'zaro ta'sir etishi natijasida avj oladi, ayni vaqtda kasalliklarning ro'y berishi va qanday kechishi ayol organizmining chidamliligiga, infeksiyaga qarshilik ko'rsatish kuchiga bog'liq.

Qog'onoq suvlarining barvaqt ketishi, tug'ruqning cho'zilishi, tug'ruqda qon yo'qotish, operatsiya yo'li bilan tug'dirish, tug'ish vaqtida yumshoq to'qimalarning yirtilishi va ezilishi, tug'gan ayolning nimjonligi va boshdan kechirgan kasalliklari, intoksikatsiyalar, noto'g'ri ovqatlanish natijasida quvvatsizlanib qolishi chilladagi septik kasalliklarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Chilladagi septik kasalliklarning boshlanishi patogen mikroblar kirgan jarohat yuzasida (mikroblarning kirgan yo'lida) yallig'lanish jarayoni paydo bo'lishi bilan izohlanadi.

Bachadonning ichki yuzasi, shuningdek, bachadon bo'yni, qin va oraliqning chaqalangan hamda yirtilgan joylari (chilladagi metroendometrit, chilladagi yaralar) chilladagi infeksiyaning birlamchi o'choqlari hisoblanadi.

Organizm infeksiyaga qarshi chidamliligi kuchli bo'lsa va to'g'ri davolansa, infeksiya kirgan jarohat yuzasi bitib ketadi va kasallik to'xtaydi. Organizmning himoya kuchlari susaygan va mikroblarning virulentligi oshgan bo'lsa, mikroblar birlamchi o'choqdan tashqariga yoyiladi. Mikroblar limfa tomirlari orqali (limfogen yo'l bilan), qon tomirlari orqali (gematogen yo'l bilan) yoki bachadon naylari orqali (kanalikulyar yo'l bilan) tarqalishi mumkin. Mikroblar limfa va qon tomirlari orqali bir yo'la tarqalishi ehtimoldan xoli emas.

Mikroblar tarqalishi jarayonida miometriyning chuqur qavatlariga, bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkaga, chanoqning qorin pardasiga, bachadon, chanoq va son venalariga zarar yetkazadi. Organizm infeksiyaga yetarlicha

qarshilik ko'rsata olmasa (yoki qo'zg'atuvchi mikrobnining virulentligi yuqori darajada bo'lsa) mikroblar butun organizmga yoyilib, umumiy septik kasalliklar avj oladi.

CHILLADAGI SEPTIK KASALLIKLAR TASNIFI

Chilladagi septik kasalliklar tasnifini S.V. Sazonov va A.V. Bartels ishlab chiqishgan. Bu tasnif chilladagi kasalliklarning turli shakllariga avj olayotgan yagona infeksiyon (septik) jarayonning ayrim zvenolari deb qarashga asoslanadi.

Birinchi bosqichda septik infeksiya tug'ruq jarohati bilan chegaralanadi: chilladagi metroendometrit, chilla yarasi (bachadon bo'yni, qin yoki oraliqda).

Ikkinchi bosqichda infeksiya birlamchi o'choqdan tashqariga chiqadi-yu, chegaralanganicha qoladi: metrit, metrotromboflebit, parametrit, chanoq venalarining tromboflebiti va son venasining chegaralangan tromboflebiti, salpingooforit, pelveoperitonit shular jumlasidandir.

Uchinchi bosqich – tarqoq (diffuz) peritonit, avj oluvchi tromboflebit.

To'rtinchi bosqich – keng tarqalgan infeksiya (umumiy septik kasalliklar), septicemiya va septikopiyemiya.

Chillada infeksiya tarqalishining turli bosqichlariga tegishli septik kasalliklar turlicha o'tadi, klinik manzarasi, og'irlik darajasi va qanday tugashi bilan farq qiladi. Ammo septik kasalliklarning turli shakllari klinik jihatdan katta farq qilgani holda quyidagi umumiy belgilarga ega.

1. Tana haroratining ko'tarilishi. Kasallik yengil o'tganda (metroendometrit) harorat uncha baland ko'tarilmay, tez orada normaga tushadi, og'ir o'tganda (septicemiya) harorat baland bo'ladi.

2. Pulsning tezlashuvi. Chegaralangan, og'ir bo'lmagan kasalliklarda puls haroratning ko'tarilishiga yarasha tezlashadi. Umumiy septik kasalliklarda tomir juda tez (har daqiqada 100 marta va undan ortiq) uradi, puls haroratga mos kelmaydi (shu kasallikda haroratning ko'tarilishiga mos ravishda emas, balki ko'pincha ortiqroq tezlashadi). Pulsning tezlashuvi va haroratga mos kelmasligi chilladagi og'ir septik kasalliklarga g'oyat xarakterlidir.

3. Qaltirash (junjish). Odatda septicemiya va septikopiyemiyada bemor qaltiraydi. Ba'zan qattiq qaltirab, pirovardida rosa terlaydi, qaltirash kun bo'yi takrorlanadi. Ba'zi kasalliklarda bemor uncha ko'p qaltiramaydi yoki salgina junjiydi. Kasallik oxirida qaltirash to'xtaydi. Yangidan qaltirish organizmda yangi infeksiya o'chog'i paydo bo'lganligidan darak beradi.

Haroratning ko'tarilishi, pulsning tezlashuvi va qaltirashni ba'zan bezgakka, grippga, tifga va boshqa kasalliklarga yo'yib, noto'g'ri davolanadi.

Bu belgilar chilladagi septik kasalliklarga xos ekanligini akusher esda tutishi kerak. Modomiki shunday ekan, tug'gan ayolning harorati ko'tarilib, pulsi tezlashsa va qaltirasa avvalo septik infeksiyaga gumon qilish kerak.

4. Asab tizimi funksiyasidagi o'zgarishlar. Metroendometrit va chilla yaralari paydo bo'lganda ayolning salgina tobi qochadi (lanjlik his qilib, biroz boshi og'riydi), og'ir hollarda kayfiyati yomonlashib, boshi og'riydi, uxlay olmaydi yoki uyquchan bo'lib qoladi, hatto alahlaydi.

5. Septik infeksiya jarayoni avj olgan sayin yurak, qon yaratish a'zolari, hazm, nafas a'zolari, buyrak va boshqa a'zolar faoliyati o'zgaradi, modda almashinuvi buziladi.

6. Og'ir septik kasalliklarda tana vazni kamayadi, teri kulrang bo'lib oqaradi, ba'zan sarg'ayadi, teriga qon quyiladi (toshma paydo bo'ladi).

7. Septik kasalliklarda qon tarkibi o'zgaradi: eritrositlar va gemoglobin kamayadi, leykositlar esa ko'payadi, ya'ni leykositoz ro'y beradi (bemorning ahvoli juda og'ir bo'lsa, leykositlar kamayishi mumkin - leykopeniya), eritrositlarning cho'kish tezligi (EChT) tezlashadi.

Kasallik qancha og'ir kechsa, qonning morfologik manzarasi o'shancha ko'proq o'zgaradi.

Umumiy septik kasalliklarda mikroblar qonda aylanib yurishi mumkin.

Bunday hollarda bemordan qon olib, sun'iy oziqli muhitda o'stirish va shu septik kasallikka sabab bo'lgan mikroblar xarakterini aniqlash mumkin.

Mikroblarni o'stirish uchun tirsak venasidan 5–7 ml qon olinadi, ayni vaqtda aseptika qoidalariga qattiq rioya qilinadi, olingan qon steril oziqli muhit solingan probirkaga quyiladi. Qonni bemor qaltirayotgan vaqtda olgan ma'qul.

Qonni tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi.

SEPTIK INFEKSIYA TARQALISHINING BIRINCHI BOSQICHIGA TAALLUQLI KASALLIKLAR

CHILLA YARASI

Oraliq, qin devori, bachadon bo'ynining yirtilgan va yorilgan joyidagi yiringli yallig'langan jarohatlar chilla yaralari (ulcus puerperale) ga kiradi. Jarohat yuzasi yiring pardasi bilan qoplangan, tevarak-atrofdagi to'qimalar giperemiyalangan va shishgan bo'ladi. Kasallik odatda tug'ruqdan keyin 3–4-kuni yuzaga chiqadi. Harorat ko'tariladi, puls tezlashadi, ayolning tobi qochib, ba'zan biroz boshi og'riydi. Odatda tashqi jinsiy a'zolari achishayotganini aytadi. 4–5 kundan keyin harorati pasayadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi, jarohat pardalardan toza bo'ladi va sekin-asta ikkilamchi tortilish usuli bilan bitadi. Noqulay sharoitda mikroblar yaradan to'qimalar ichkarisiga kiradi va shu tariqa infeksiya tarqalib ketadi.

Davosi. Ayolni yotqizib, tagi avaylab tozalanadi; oraliq jarohatiga streptotsid yoki sulfidin emulsiyasi shimdirilgan doka salfetka yopiladi. Dastlabki kunlarda oraliqqa muzli xalta qo'yiladi. Sutkada 5–6 marta (har 4 soatda) 0,5–1 g dan sulfanilamid preparatlar ichiriladi, streptomitsin bilan penitsillin buyuriladi.

METROENDOMETRIT

Chilladagi metroendometrit (metroendometritis) bachadonning ichki yuzasi; endometriyning bazal qavati, ko'chuvchi parda parchalari va ularga taqalib turgan muskul tolalari qavatining yallig'lanishidir. Kasallikning klinik belgilari tug'ruqdan 3–4 kun keyin yuzaga chiqadi. Tana harorati ko'tariladi, puls tezlashadi (haroratga mos keladi), ishtaha pasayadi, bemor yaxshi uxlay olmaydi. Kasallik boshlarida eti junjikadi. Bachadon palpatsiyada bezillab turadi. Subinvolutsiya (teskari taraqqiy etish jarayoni) sekinlashadi, loxiyalar loyqa, qonli-yiringli, ba'zan sassiq bo'ladi. Bachadonning orqaga qayrilishi yoki bachadon bo'yni kanaliga qon laxtasi, parda zarralari tiqilib qolishi sababli metroendometritda loxiyalar ba'zan bachadonda ushlanib qoladi (loxiometra).

Loxiometrada ayolning tana harorati yana ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorning pastida tez-tez og'riq tutadi. Metroendometrit o'rta hisob bilan 8–10 kun davom etib, aksari, tuzalib ketadi.

Metroendometrit subfebril harorat bilan yengil o'tadi, og'ir o'tganda u septik infeksiyaning tarqalish o'chog'i hisoblanadi.

Davosi. Bemorni yotqizib, qorin pastiga muzli xalta qo'yiladi, venaga kalsiy xloridning 10% li eritmasi 10 ml dan 1–2 kun oralatib yuboriladi yoki 10% li eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi, sulfanilamid preparatlar sutkasiga 5–6 mahal (har 4 soatda) 0,5–1 g dan beriladi, 3–4 soatda 1 mahal 100 000 – 500 000 birlik hisobida penitsillin yuboriladi.

Chilladagi metroendometrit, septik kasallik bo'lish bilan birga, so'zak oqibatida kelib chiqishi ham mumkin. Bachadon bo'yni shilliq pardasi so'zakdan yallig'langan ayollar tug'gandan keyin gonokokklar bachadon bo'shlig'iga kirib, metroendometritga sabab bo'ladi. Gonokokklar keyinchalik bachadon naylariga kirib, ularni, tuxumdonlarni va chanoqning qorin pardasini yallig'lantirishi mumkin.

So'zak metroendometriti tug'ruqdan 6–8 kundan keyin quyidagi simptomlar bilan yuzaga chiqadi: tana harorati ko'tariladi, bachadon involutsiyasi to'xtab qoladi, u bezillab og'riydi, yiringli yoki shilimshiq-yiringli chiqindi keladi. Diagnostika aniqlash uchun bachadondan kelgan chiqindi mikroskopda tekshiriladi. Organizmga har 3–4 soatda 100000 – 500000 birlik hisobida penitsillin yuborish va sulfanilamid preparatlar ichirish so'zak metroendometritini davolashda yaxshi natija beradi.

So'zak bilan og'rigan bemorlarni shunday parvarish qilish kerakki, bolaga va tug'gan boshqa ayollarga infeksiya yuqish ehtimoli yo'qolsin. Ayolning tagi eng oxirida yuviladi; tug'gan ayolning individual tuvak tutishiga, bola emizishdan oldin qo'lini tozalab yuvishiga ko'z-quloq bo'lib turish lozim.

SEPTIK INFEKSIYA TARQALISHINING IKKINCHI BOSQICHIGA TAALLUQLI KASALLIKLAR

METRIT

Metroendometritga qarama-qarshi o'laroq, metrit (metritis) da miometriyning chuqur qavatlari zararlanadi. Mikroblar yallig'langan endometriydan qon va limfa yo'llari orqali miometriyga kiradi.

Kasallik tug'ruqdan keyin 4–7 kun o'tgach yuzaga chiqadi va 3–4 hafta davom etadi. Kasallik boshlarida ayol qaltirab, harorati 39–40° gacha ko'tariladi, keyinchalik subfebril bo'lib qoladi.

Bemorning umumiy ahvoli, uyquasi, ishtahasi yomonlashadi, bosh og'rig'i bezovta qiladi. Bachadon involutsiyasi to'xtab qoladi, bachadonning, ayniqsa ikki yon tomonining (tomirlar bo'ylab) bezillab turganligi palpatsiyada aniqlanadi. Loxiyalar qonli-yiringli yoki seroz-yiringli bo'ladi.

PARAMETRIT

Parametrit (parametritis) – bachadon atrofidagi kletchatkaning yallig'lanishidir. Infeksiya odatda bachadon bo'yni va qinning yirilgan joyidan parametral kletchatkaga kiradi. Parametrit ko'pincha bir tomonlama, ba'zan ikki tomonlama bo'ladi. Kasallik og'ir kechganda yallig'lanish kichik chanoqning butun kletchatkasiga yoyiladi. Yallig'langan kletchatkada dastlab seroz ekssudat hosil bo'ladi, so'ngra fibrin to'planib, ekssudat zichlashadi. Keyinchalik ekssudat so'rilib ketadi yoki yiringlaydi.

Parametrit tug'ruqning 10–12-kuni qaltirash va tana haroratining 39–40° gacha ko'tarilishi bilan boshlanadi, puls tezlashadi, qorin pastida og'riq seziladi, yallig'lanish jarayoni qovuq va to'g'ri ichak tomonga yoyilganda bu a'zolar funksiyasi buziladi (siydik tez-tez va og'riq bilan keladi, defekatsiya vaqtida og'riq seziladi, ich qotadi). Qin orqali tekshirishda bachadon yonida infiltrat borligi aniqlanadi. Infiltrat dastlab yumshoq, keyinchalik qattiq bo'lib, chanoqning yon devorigacha yetadi, bachadon infiltratning qarama-qarshi tomoniga suriladi.

Parametrit turlicha o'tadi. Odatda harorat sekin-asta pasayadi va infiltrat so'rilib ketadi. Ba'zan infiltrat yiringlab, ayol qaltiraydi, bo'shashtiradigan (remitten) isitma chiqadi, umumiy ahvoli yomonlashadi. Abscess ochilmasa, o'zicha yorilishi (qinga, Pupart boylami ustiga yoki ostiga, qovuqqa ochilishi) mumkin.

SALPINGOOFORIT (ADNEKSIT)

Chillada bachadon ortiqlari (tuxumdonlar va bachadon naylari) ning yallig'lanishi (salpingoophoritis, adnexitis) septik infeksiya yoki so'zak infeksiyasiga bog'liq bo'ladi. Kasallik tug'ruqning 10–14-kuni boshlanadi.

Quyidagi simptomlar paydo bo'ladi: bemorning tana harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, ishtahasi bo'g'iladi, qornining pasti qattiq og'riydi, siydik chiqarish funksiyasi buziladi, defekatsiyada og'riq sezadi, ichi qotadi. Kasallikning dastlabki kunlari qorin tarang bo'lib, palpatsiyada juda ham bezillab turadi; Shetkin – Blyumberg simptomi musbat bo'lishi mumkin.

Bachadon ortiqlarining kattalashib, bezillab turganligi ikki qo'llab tekshirishda aniqlanadi. Kasallik turlicha o'tadi: odatda bemor tez sog'ayib ketadi, ba'zan yallig'lanish surunkali shaklga o'tib, bachadon nayi yoki tuxumdonda abscess hosil bo'ladi.

PELVIOPERITONIT

Pelvioperitonit (pelvioperitonitis) – kichik chanoq qorin pardasining yallig'lanishidir. Chilladagi pelvioperitonit septik yoki so'zak infeksiyasi zaminida kelib chiqadi. Chanoq qorin pardasining yallig'lanishi sababli kichik chanoq bo'shlig'ida dastlab seroz-fibrinoz ekssudat hosil bo'ladi, u keyinchalik yiringlashi mumkin. Ekssudatda fibrin borligidan kichik chanoq a'zolari, ichaklar va charvi bir-biriga yopishib qoladi. Shu tariqa hosil bo'lgan konglomeratda bachadon va boshqa a'zolari aniqlash qiyin.

Kasallik tug'ruqdan keyin 15–25-kuni boshlanadi. Ayol qaltiraydi, harorati 39–40° gacha ko'tariladi, qornining pasti qattiq og'riydi. Kasallikning dastlabki kunlari ayol ko'ngli aynib, qusadi, qorin muskullari taranglanadi, Shetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, uyquasi buziladi, pulsi tezlashadi, tili quruq bo'lib, karash bo'laydi.

Bemor to'g'ri davolanganda bu og'ir simptomlar tez orada barham topadi, kichik chanoqdagi infiltrat kamayib, sekin-asta so'rilib ketadi. Keyinchalik kichik chanoq a'zolari o'rtasidagi tortmalar saqlanib qoladi. Pelvioperitonitda ba'zan ekssudat yiringlaydi; abscess ochilmasa qinga, qovuqqa va boshqa a'zolarga ochilishi mumkin; yallig'lanish jarayoni yoyilib, tarqoq (diffuz) peritonit avj olishi mumkin.

Metrit, parametrit, salpingooforit, pelvioperitonitni davolash quyidagi umumiy tamoyillarga asoslanadi.

1. Ayol qat'iyon yotqizib qo'yiladi. Bemor tinch yotganda yallig'lanish jarayoni kamayib, tez barham topadi. Pelvioperitonitda tananing yuqori qismini balandroq qilib qo'yish (karavotning bosh tomonini ko'tarish) zarur. Qin orqali tekshirish faqat zarurat bo'lganda o'tkaziladi. Ayol ruhan tinch bo'lishi kerak.

2. Bemorni sinchiklab parvarish qilish (badanini toza tutish, kiyimini tez-tez almashtirish, palatani bot-bot shamollatish va hokazo) va to'g'ri ovqatlantirish (mazali, to'yimli ovqat, vitaminlar) ning ahamiyati juda katta. Bemorni parvarish qilish va ovqatlantirishda umumiy septik kasalliklar bilan og'rikan bemorlar uchun qabul qilingan qoidalarga amal qilinadi.

3. Yuqorida ko'rsatilgan kasalliklarning o'tkir fazasida qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi, og'riq qoldiruvchi shamchalar buyuriladi.

4. Yallig'lanishga qarshi davo qilinadi: kalsiy xloridning 10% li eritmasi 1–2 kunda 10 ml dan venaga yuboriladi yoki 10% li eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan ichiriladi, 2% li piramidon yoki amidopirin eritmasi kuniga 3–4 mahal 1 osh qoshiqdan beriladi.

5. Streptomitsin bilan penitsillin va boshqa antibiotiklar buyuriladi. Penitsillinni novokainning 0,25–0,5% li eritmasida eritib yuboriladi. Antibiotik dozasi kasallikning klinik manzarasiga va qo'zg'atuvchi-mikrobning sezuvchanligiga bog'liq. Odatda penitsillin sutkasiga 600 000–800 000 birlik hisobida buyuriladi. Yallig'lanishga va bakteriyaga qarshi ta'sir etadigan sulfanilamid preparatlar (sulfazol, sulfatiazol, streptotsid va hokazo) yaxshi foyda beradi. Ular dastlab ikki kunda har 4 soatda 1 g dan, keyingi 2–4 kunda har 4–6 soatda 0,5 g dan ichiriladi.

6. Venaga glukoza eritmasi yuboriladi. Kasallikning o'rtacha o'tkir davrida oz-ozdan qon quyib turiladi.

7. Bachadon atrofidagi kletchatka va chanoqning qorin pardasidagi infiltrat yiringlaganda jarrohlik usuli bilan davolanadi. Absessni qay tomon qulayligiga qarab, qinning orqa gumbazi orqali (kolpotomiya) to'g'ri ichak orqali yoki qorin devori orqali (parametritda) ochiladi.

TROMBOFLEBIT

Chilla davri tromboflebitlari (trombophlebitis puerperalis) – vena devorining yallig'lanib, tromb hosil bo'lishidir; bunda tromb vena teshigiga tiqilib, qon o'tishini qiyinlashtiradi. Bachadon, chanoq va son venalarining tromboflebiti kuzatiladi. Bachadon venalarining tromboflebiti (metrotromboflebit) metroendometrit zaminida paydo bo'ladi. Umumiy simptomlari metritga o'xshaydi. Bachadon involutsiyasining to'xtab qolishi, uzoq vaqt qonli chiqindi kelishi xarakterli. Noqulay sharoitda jarayon chanoq venalariga tarqaladi; qin orqali tekshirishda ular buralgan og'riqli tortmalar shaklida qo'lga ilinadi. Jarayon yanada tarqalganda yonbosh venalarning, so'ngra son venalarining ham trombozi paydo bo'ladi. Chilladagi og'ir kasallik – son venalarining tromboflebiti ro'y beradi.

Son venalarining tromboflebiti (trombophlebitis venae femoralis) tug'ruqning 2–3-haftasida yuzaga chiqadi. Kasallik boshlanganda ayol ko'pincha qaltirab, harorati ko'tariladi, pulsi tezlashadi, oyog'ida og'riq sezadi, ko'pincha boshi og'riydi, uyqusiz bo'lib qoladi va boshqa shikoyatlar kuzatiladi.

Son venasi tromboflebitining mahalliy belgilari shuki, chov sohasi tekislanib qoladi, vena bo'ylab (Pupart boylamidan pastroqda, sonning oldingi-ichki yuzasida) zichlashgan va bezillab turgan joy aniqlanadi, oyoq shishadi. Shish

ko'pincha juda katta bo'lib ketadi, isitma 2–3 hafta, oyoq shishi 1–2 oy davom etadi. Bemor sog'ayayotgan davrda kasal oyog'ining jimillashayotganini sezadi.

Chilladagi tromboflebitlar septisemiya va septikopiyemiyani davolash uchun qabul qilingan umumiy qoidalarga muvofiq davolanadi¹, lekin ba'zi xususiyatlari hisobga olinadi.

1. Bemorni mutlaqo tinch qo'yish kerak bo'ladi, bu trombnining ivishiga yordam berib, emboliyaning oldini oladi (tromb zarrasining uzilib ketib, hayot uchun muhim a'zo tomiriga tiqilib qolishi **emboliya** deb ataladi). Son venalarining tromboflebitida kasal oyoq ko'tarib yotiladi (ostiga yostiq yoki shina qo'yiladi).

2. Kasal oyoq venasiga dori yuborilmaydi va bu oyoqqa inyeksiya qilinmaydi.

3. Qorinning pastiga muzli xalta qo'yiladi.

4. Yallig'lanishni kamaytirish va qonning ivib qolish xossasini susaytirish uchun kasal oyoqqa vena bo'ylab 5–7 tadan zuluk solinadi.

5. Jarayon bosila boshlagach butun oyoqqa Vishnevskiy mazi surilgan boylam qo'yib bog'lanadi, boylam har 7–8 kunda almashtirib turiladi.

6. Umumiy septik kasalliklarda qanday dori-darmon qilinsa, tromboflebitda ham shunday dori-darmon qilinadi. Antibiotiklardan streptomitsin yoki biomitsin buyuriladi.

7. Bemorning tana harorati 3 haftagacha normal turib, EChT soatiga 30 mm va undan ham pastga tushgandagina faol harakatlarga ruxsat etiladi.

CHILLADAGI INFEKSIYA TARQALISHINING UCHINCHI BOSQICHIGA TAALLUQLI KASALLIKLAR

Bu guruhga diffuz o'tkir peritonit va tobora avj oluvchi tromboflebit kiradi.

DIFFUZ O'TKIR PERITONIT

Diffuz o'tkir peritonit tug'ruqdan keyin 3–8-kuni paydo bo'ladi. Kasallik og'ir klinik simptomlari bilan ta'riflanadi bunda bemorni ko'ngli aynib, qusadi, ichi dam bo'ladi (Shetkin-Blyumberg simptomi manfiy bo'lishi mumkin), tana harorati ko'tariladi (kasallik juda og'ir o'tganda harorat ko'tarilmaydi), tomir urishi tezlashadi va uncha to'liq bo'lmaydi, arterial bosim pasayadi, til quruq bo'ladi, ko'z ich-ichiga botib, burun cho'chchayib qoladi, kasallik og'ir kechganda bemor hushidan ketishi mumkin.

Diffuz o'tkir peritonit haqida XXXV bobda batafsil ma'lumot berilgan.

¹ So'nngi vaqtda tromboflebitlar konservativ usullar bilangina emas, jarrohlik yo'li bilan ham davolanmoqda.

AVJ OLUVCHI TROMBOFLEBIT

Avj oluvchi tromboflebitning o'ziga xos belgisi shuki, venalar devorining yallig'lanishi va tromb hosil bo'lishi jarayoni chegaralanib qolmaydi, vena bo'ylab tarqaladi. Tromb ko'pincha yumshab, yiringlaydi: infeksiyalangan tromb zarralari qon aylanishining umumiy doirasiga qo'shilib, butun organizmga tarqaladi, a'zo va to'qimalarga cho'kib, ularda septik infeksiyaning yangi o'choqlarini hosil qiladi.

Venadagi absesslar ba'zan chegaralangan bo'lib, infeksiya butun organizmga tarqalmaydi.

Davosi. Umumiy septik infeksiyaning davolash usullariga o'xshash.

SEPTIK INFEKSIYA TARQALISHINING TO'RTINCHI BOSQICHIGA TAALLUQLI KASALLIKLAR (UMUMIY SEPTIK INFEKSIYA)

Umumiy septik infeksiyaga septicemiya bilan septikopiyemiya kiradi.

SEPTISEMIYA

Septisemiya umumiy og'ir septik kasallik bo'lib, qonga kirgan mikroblar ko'payib, qon bilan butun organizmga tarqalishi bilan ifodalanadi; mikroblar toksinlari organizmni zaharlaydi. Yurak-tomir, jigar, buyrak va boshqa a'zolarida ro'y-rost distrofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Kasallik tug'ruqdan keyin 2–3-kuni qaltirash, tana haroratining 40–41° gacha ko'tarilishi, umumiy ahvolning keskin yomonlashuvi bilan boshlanadi. Bemor beparvo, uyquchan bo'lib, boshi og'riydi, ba'zan bezovtalanib alahlaydi. Tomir tez-tez (bir daqiqada 120–130 marta) urishi tezlashadi, tili quruqshab, karash boylaydi, terisi quruq bo'lib, och kul rang yoki och sarg'ish tusga kiradi, unga mayda qon quyilib, ba'zan esa yirik dog'lar (toshma) paydo bo'ladi. Ko'pincha ich ketadi. Aksari qo'l-oyoq ko'karadi, bu yurak faoliyatining susayganligidan darak beradi. Qon bakteriologik tekshirilganda septicemiyaning qo'zg'atgan mikrobnini topish mumkin. Bemor eng zamonaviy usullar bilan davolanganda ham ko'pincha o'lishi mumkin.

SEPTIKOPIYEMIYA

Septikopiyemiyada mikroblar (septik infeksiyaning mavjud o'choqlaridan) vaqt-vaqti bilan qonga o'tib, turli a'zo va to'qimalarda septik infeksiyaning yangi (metastatik) o'choqlarini hosil qiladi, bular esa odatda yiringlaydi.

Yiringlagan tromboflebit ko'pincha infeksiyaning tarqaladigan asosiy o'chog'i bo'lib hisoblanadi. Infeksiyalangan tromb zarralari shu o'choqdan uzilib

ketib, butun organizmga yoyiladi. Keyinchalik o'pka, yurakda, teri osti kletchatkasida (abscesslar, flegmonalar) hamda boshqa a'zo va to'qimalarda yiringli metastazlar hosil bo'ladi.

Septikopiyemiya bilan septisemiyaning klinik simptomlari ko'p jihatdan bir-biriga o'xshash (bemorning ahvoli og'ir, harorati yuqori, qaltirash, puls tezlashgan va hokazo) ammo septikopiyemiyaning turli a'zolarida metastazlar hosil bo'lishiga aloqador ba'zi xususiyatlari bor; unga ko'ra, umumiy septik infeksiya uchun xos simptomlarga biron a'zo (o'pka, yurak va hokazo) ning zararlanish belgilari ham qo'shiladi. Infeksiyaning metastatik o'chog'i teskari rivojlanganda bemorning umumiy ahvoli bir qadar yaxshilanadi, qaltirash bosiladi va harorat pasayadi.

Yangi metastatik o'choq paydo bo'lganda bemor yana qaltirab, harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashib, biron a'zoning zararlanganiga aloqador simptomlar qo'shiladi.

CHILLADAGI MASTIT

Chillada ba'zan ko'krak (sut) bezi yallig'lanadi, **mastit** deb shuni aytiladi.

Yiring tug'diruvchi mikroblar, asosan stafilokokklar, ba'zan streptokokklar va boshqa mikroorganizmlar sut bezini yallig'lantiradi. Yiring tug'diruvchi mikroblar ko'krak uchi terisiga ifloslangan qo'l, infeksiya tekkan kiyim-kechakdan, havo tomchi infeksiyasi orqali tushadi.

Ko'krak uchining yorilgan joylaridan kiradi. Bola emizganda ko'krak uchi terisi ko'zga ko'rinmaydigan darajada shikastlanadi, mikroblar sut beziga ana shu mikroskopik shikastlar, ba'zan boshqa infeksiya o'choqlaridan limfogen yoki gematogen yo'l bilan kiradi.

Chilladagi mastit odatda et uvishishi, haroratning to'satdan ko'tarilishi (39° , ba'zan undan ham oshishi) dan boshlanadi. Sut bezi og'riydi, ayol lohas bo'lib, boshi og'riydi, uyqusi buziladi, ishtahasi bo'g'iladi. Sut bezi kattalashib, ostida paypaslaganda bezillab turadigan zichlashma (uning aniq chegarasi bo'lmaydi) paydo bo'ladi ba'zan yallig'langan joy ustidagi teri qizaradi. Qo'ltiq osti limfa tugunlari ko'pincha kattalashib, sezuvchan bo'lib qoladi.

Yallig'lanish sababli sut bezining yo'llari berkilib, sut dimlanib qoladi. Yallig'lanish jarayoni shu bosqichda to'xtashi ham mumkin, keyinchalik bemor sog'ayib ketadi.

Noqulay sharoitda (organizm chidami pasayganda, infeksiya virulent bo'lganda, bemor noto'g'ri davolanganda) yallig'lanish jarayoni avj oladi va infiltrat yiringlaydi (yiringli mastit).

Bunda bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, ko'pincha qaltiraydi, harorati remittik tusga (tinkani quritadigan) kiradi. Sut bezidagi og'riq kuchayadi, zich

infiltratning bir qismi bilqillab qoladi, uning ustidagi teri giperemiyalanib, ozroq ko'karadi. Yiringli mastit ko'pincha og'ir o'tib, uzoq davom etadi.

Homiladorlik vaqtida sut bezlarini to'g'ri parvarish qilish va tug'ruqdan keyin bolani to'g'ri emizish ko'krak uchlarini yorilishidan saqlaydi. Sut bezlarini har kuni iliq suv bilan yuvib, yirik tukli sochiqqa artib turishning ahamiyati bor; ko'krak uchlari po'st boylaganda (og'iz suti chiqib, shunday po'st hosil bo'ladi) uni 1 % li borat kislota eritmasi bilan yuvish tavsiya etiladi.

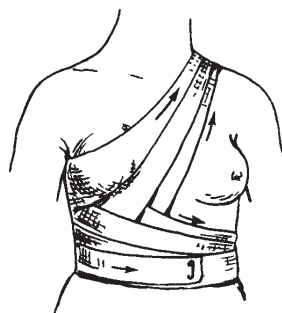
Emayotgan bola lablari bilan faqat ko'krak uchini emas, balki atrofidagi qoramtir sohani ham qamrab olishiga e'tibor berish kerak, shuning uchun emizikli ona sut bezlarini nihoyatda toza tutishi lozim.

Ko'krak uchi yorilganda nakladka orqali emizish tavsiya etiladi. Bolani emizib bo'lgandan keyin ko'krak uchi penitsillin eritmasi bilan artiladi (1 ml fiziologik eritmada 10000 birlik penitsillin eritiladi), uning yorilgan joylariga streptotsid poroshogi sepladi. Metilen ko'kning spirtidagi eritmasidan qo'yish ham mumkin.

Mastitlarning davosi. Kasallik boshlanishida sut beziga muzli xalta qo'yish mumkin. Avval sut bezini ko'tarib qo'yib boylanadi (233-rasm). Davolash uchun Vishnevskiy mazi yoki kamfora moyi bilan isituvchi kompress qo'yiladi, muskul orasiga antibiotiklar (sutkada 500 000 – 800 000 birlik) yuboriladi. Sulfanilamid preparatlar yaxshi natija beradi. Infiltrat kichrayib, yo'qolmasa boshqa davo usullari, autogemoterapiya qo'llaniladi.

Sut bezini bo'shatib turish davoning muhim shartidir. Shu sababli infiltrat yiringlamaganda bola emizaverish yoki sutso'rgich yoki qo'l bilan sog'ib olish kerak.

Yiringli mastit xirurgik yo'l bilan davolanadi (absess ochiladi), absess kichik bo'lsa, yiringni shprisda tortib olib, o'rniga penitsillin yuboriladi.



233-rasm. Sut bezini ko'tarib qo'yib bintlash.

CHILLA DAVRIDAGI KO'NGILSIZ HODISALAR VA NOINFEKSION KASALLIKLAR

Chilla davrida ko'pincha siydik chiqarish funksiyasi buziladi va ich qotadi. Chilla davri to'g'ri boshqarilganda bu funksiyalarning buzilishi osongina bartaraf bo'ladi.

Ba'zan tug'ruq shoki, havo emboliyasi, chilladagi eklampsiya hamda, psixozlar kuzatiladi.

Tugʻruq shoki. Tugʻruq ogʻir, ogʻriqli boʻlganda yoki tez oʻtganda, akusherlik operatsiyalari narkozsiz qilinganda, yoʻldosh Krede usulida qoʻpol siqib chiqarilganda shok paydo boʻlishi mumkin. Homila tugʻilgach yoki yoʻldosh tushgach shok boshlanadi. Ayol qon yoʻqotmasa ham shok paydo boʻlishi mumkin, lekin qon ketishi ayol organizmini quvvatdan ketkazib, shok paydo boʻlishiga imkon beradi.

Ayolning terisi va yuzadagi shilliq pardalari toʻsatdan oqaradi, boshi aylanadi, koʻngli ayniydi, qusadi, sovuq ter bosadi, pulsi ipsimon boʻladi, arterial bosimi pasayadi, koʻpincha ayol hushidan ketadi.

Davosi. Teri ostiga pantopon qilinadi, ayol issiq tutiladi, venasiga qon quyiladi, glukozga yuboriladi, yurakni quvvatlantiruvchi dorilar (kamfora, kofein) buyuriladi.

Havo emboliyasi. Chilla davrida bachadonning ochiq turgan venalariga havo kirs, bu havo pastki kavak vena orqali yurakka va oʻpka arteriyasiga oʻtadi, bunda ayolning ahvoli ogʻirlashib (rangi oʻchadi, koʻz qorachilari kengayadi, yurak urishi va nafas olishi susayadi), tez oʻlib qoladi.

Havo emboliyasi kam uchraydigan koʻngilsiz holatlardan biri boʻlib, akusherlik operatsiyalari qilinayotgan vaqtda (homila burilganda, plasenta qoʻlda koʻchirilganda va hokazo), plasenta oldinda yotganda va bachadon atoniyasida roʻy berishi mumkin.

Chilladagi psixozlar. Ilgari boshdan kechirilgan shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz va boshqa ruhiy kasalliklar chilla davrida baʼzan zoʻrayadi. Psixozlar goho tugʻruqdan keyin birinchi marta yuzaga chiqadi. Hozir chilladagi psixozlar kam uchraydi.

Psixoz belgilari paydo boʻlganda tezlik bilan vrach chaqirish va bemorga doim koʻz-quloq boʻlib turish, uni bir daqiqa ham yolgʻiz qoldirmaslik kerak, aks holda baxtsiz hodisa roʻy berishi mumkin. Bemor odatda psixiatriya kasalxonasiga oʻtkaziladi.

Nazorat uchun savollar

1. Chilladagi septik kasalliklarning paydo boʻlish sabablari.
2. Chillada uchraydigan septik kasalliklarning tasnifi, klinikasi, davolash va profilaktikasi.
3. Chilla davri septik kasalliklarining turli bosqichlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash tamoyillari.
4. Chilla davrida mastitning kelib chiqish sabablari, diagnostikasi va davolash.

XXX BOB. CHAQALOQLIK DAVRI KASALLIKLARI

CHAQALOQLARNING TUG'RUQ VAQTIDA JAROHATLANISHI

Patologik tug'ruqda homila turlicha jarohatlanishi: suyaklari sinishi, bo'g'in chiqishi, gematomalar, parez va falajlar ro'y berishi, shuningdek, umurtqa pog'onasi shikastlanishi mumkin. Chaqaloqlar ko'pincha kalla ichi shikastlari bilan tug'iladi.

Kalla ichi shikastlarida miya pardalariga, miya moddasiga va miya qorinchalariga qon quyiladi, ba'zan kalla ichi shikastlari miya qisilishi sababli ro'y beradi, bunda qon quyilishlar kuzatilmaydi. Kalla ichi shikastlari asfiksiya oqibatida qon quyilishi sababli kelib chiqishi ham mumkin. Bundan tashqari kalla ichi shikastlariga tug'ruq yo'llaridan o'tishda homila boshining qisilishi va akusherlikda murakkab va noto'g'ri bajarilgan operatsiyalar ko'proq sabab bo'lishi mumkin.

Kalla ichi shikastlarining klinik belgilari bola tug'ilgach darhol yoki kechroq (bola hayotining 2–3-kuni) yuzaga chiqadi. Miyaga quyilgan qonning miqdori va joyiga qarab turli xil simptomlar paydo bo'ladi.

Chaqaloqning qo'zg'aluvchanligi eng ilk simptom hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloq betoqatlanib chinqiradi, pitirlaydi (turli harakatlar qiladi), talvasaga tushadi yoki ayrim muskullar, ko'pincha yuz muskullari tortishib qisqaradi. Chaqaloqni tez orada mudroq bosadi: chaqaloq qichqirmay qo'yadi, biroz emadi yoki butunlay emmaydi. Nafas olishi notekis va sust bo'ladi, pulsi sekinlashadi, tomiri tekis urmaydi (aritmia). Teri rangi o'zgargan yoki birmuncha ko'kargan, qo'l-oyoqlari sovuq. Tana harorati pasayadi, ba'zan esa ko'tariladi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda kalla ichidagi shikastning simptomlari ro'y-rost ko'zga tashlanmaydi, qo'zg'alish va talvasa kamdan-kam kuzatiladi; umumiy ahvol og'ir (noto'g'ri nafas olish, ko'karib ketish, tana haroratining pasayishi, umumiy holsizlik, emish va yutish aktining buzilishi va boshqalar) shikastlanish belgisi hisoblanadi. Kalla ichidagi shikast og'ir bo'lsa, chaqaloq o'lib qolishi mumkin.

Kalla ichi shikasti bilan tug'ilgan chaqaloqlar to'g'ri parvarish qilinsa, aksari holda omon qoladi. Parvarishda kalla ichida qon quyilishini to'xtatishga katta e'tibor beriladi, shu bois chaqaloqqa tinchlik yaratiladi. Karavotga chaqaloq tanasining yuqori qismi balandroq qilib yotqiziladi, karavotning bosh tomoniga muzli xalta osib qo'yiladi (muzli xalta chaqaloq boshiga yaqin turishi, ammo uni bosmasligi kerak). Chaqaloq yaxshilab o'rab qo'yiladi, oyog'iga 60° li isitgich qo'yiladi.

Dastlabki 3–4 kunda chaqaloq emizilmaydi, ona suti sog'ib olinib, xomligicha shisha idishdan yoki qoshiqlab, karavotda yotgan chaqaloqqa ichiriladi. Agar sutni yutolmasa, zond orqali beriladi. Chaqaloq avaylab yo'rgaklanadi va tozalanadi. Vrachning ko'rsatmasiga muvofiq davo qilinadi. Qon to'xtatuvchi va organizmni umumiy quvvatini oshiruvchi dorilar beriladi: 10% li kalsiy xlorid eritmasi kuniga

3–5 mahal 1 choy qoshiqdan, vitamin K kuniga 5–10 mg dan, askorbin kislota 1 sutkada 100 mg ga qadar ichiriladi. Talvasa tutganda aminazin, bromidlar buyuriladi.

Nafas qaytganda nafas olish uchun kislorod beriladi, asfiksiyada nafas yo‘llaridagi shilimshiq so‘rib olib tashlanadi, doimiy ravishda kisloroddan nafas oldiriladi, teri ostiga kordiamin (0,2 ml) yuboriladi. Yurak faoliyati susayganda kofein ichiriladi (1% li eritmasi sutkasiga 3–4 mahal 1 choy qoshiqdan beriladi).

Miyaga qon quyilishining profilaktikasi asfiksiyaga qarshi kurash va tug‘ruqni ehtiyotlik bilan boshqarishga asoslanadi. Asfiksiya bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni ehtiyot bo‘lib jonlantirishning ahamiyati katta.

CHAQALOQLARNING TOKSIK-SEPTIK KASALLIKLARI

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning keng tarqalgan mikroblarga (streptokokk, stafilokokk, ichak tayoqchasi va boshqalarga) qarshilik ko‘rsatish xususiyati kattaroq yoshdagi bolalar va katta yoshdagi kishilarnikiga nisbatan ancha kam.

Mikroblar noqulay sharoitda chaqaloqning kindik jarohati, nafas yo‘llari, teri, me‘da-ichak yo‘li orqali kirib, har xil yuqumli kasalliklarni yuzaga chiqaradi. Mahalliy infeksiyon jarayonlar (masalan, kindik jarohatining yiringlashi, terining yiringli kasalliklari) chaqaloqlarda ko‘pincha umumiy septik kasalliklar manbai hisoblanadi.

Piodermiya (terining yiringli kasalligi) ko‘pincha stafilokokklar sabab bo‘ladi, u bolaning terisiga atrof-muhitdan tushadi (tibbiyot xodimlari–infeksiya tashuvchilar, kasallangan ona, nosteril oqliqlar va boshqalardan tushadi). Stafilokokk chaqaloqning terisi orasiga kirgach, ichi loyqaroq suyuqlik bilan to‘la, atrofi bilinar-bilinmas giperemiyalangan mayda vezikulalar (pufakchalar) hosil bo‘ladi. Mahalliy davolanadi, bunda terini yaxshilab yuvib, kaliy permanganatning kuchsiz eritmasida cho‘mltiriladi, zararlangan joyini 70° li spirt va brilliant yashili bilan artiladi.

Infeksiya tushgan terida ancha rivojlangan pufakchali kasallik kelib chiqishi mumkin. Bu bola tug‘ilgandan 1–2 hafta o‘tgach paydo bo‘ladi. Terida no‘xatdek va undan ham kattaroq pufakchalar hosil bo‘ladi, ichida avvaliga tiniq, keyinroq yiringli suyuqlik yig‘iladi. U ko‘pincha umumiy kasallik belgilarisiz o‘tadi. Antibiotiklar bilan davolanadi, teriga 70° li spirt, brilliant yashili surtiladi, zaruriyatga qarab, gidrokortizon mazi ishlatiladi.

Kindik yarasi. Kindik yarasi bitish jarayonida yallig‘lanib, reaksiya berishi mumkin, bu seroz yoki seroz-qon aralash eksudat chiqishi bilan ifodalanadi (kataral omfalt). Davosi – 70° li spirt; 5% li kaliy permanganat eritmasi surtiladi. U o‘z vaqtida davolanmasa, bo‘rtib turadigan granultatsion to‘qima (fungus) paydo bo‘lishi mumkin. Fungusning davosi: vodorod peroksid bilan yuviladi, lyapis-kumush nitrat qalamchasi surtiladi yoki bakterisid (tarkibida sulfadimezin va penitsillin bo‘ladigan) upa sepiladi. Yallig‘lanish jarayoni yiringlaganda (yiringli

omfalit) atrofidagi terisi qizarib, qalinlashib turadi, bunday hollarda infeksiya tomirlar orqali chuqur tarqalishi hamda peritonit va sepsis kabi asoratlar berishi mumkin. Uni ixtisoslashgan muassasalarda pediater davolaydi (antibiotiklar, gamma-globulin va mahalliy davolanadi).

Sepsis. Umumiy infeksiyon kasallik. Kasallik o'chog'i (piodermiya, omfalit), nafas yo'llari (rinit, pnevmoniya), ichaklar (enterit) dan patogen mikroblar tarqalishi oqibatida rivojlanadi.

Infeksiya kasal ona yoki chaqaloqlar, patogen mikroblarni tashib yuruvchi tibbiyot xodimlari, shuningdek, parvarish buyumlari, cho'yshab-oqliklar va boshqalardan yuqishi mumkin. Chaqaloqning o'smay qolishi, anemiya, konyunktivit, rinit, infeksiyaning terida paydo bo'lishi, omfalit sepsisning darakchilaridir. Ilk belgilari: ishtaha yo'qolishi, emmay qo'yish, qusish, terining oqish-ko'kimsir rangda bo'lishi.

Chaqaloqlar sepsisida harorat ko'tarilmasligi mumkin, lekin bolaning umumiy holati keskin o'zgaradi. To'qimalarning tarangligi pasayadi, ozadi, terisi oqish-ko'kimsir yoki sarg'ish rangda bo'ladi, ichi ketadi, qusadi, hansiraydi: jigar va taloq kattalashadi. Ba'zan toshma toshadi; qonida leykositoz, leykopeniya kuzatiladi. Ayrim hollarda septik infeksiya yiringli (piyemik) o'choqlar (pnevmoniya, otit kabilar) bilan xarakterlanadi.

Ixtisoslashgan muassasalarda pediater davolaydi (antibiotiklar, gamma-globulin, qon, plazma quyiladi, vitaminlar beriladi, glukoza yuboriladi va hokazo).

Infeksiyon kasalliklar (ayniqsa yiringli omfalit va sepsis) nafaqat kasal chaqaloq, balki atrofdagi chaqaloqlarga ham xavf tug'diradi, chunki izolatsiya yaxshi bo'lmasa u epidemiya holida tarqalib ketadi.

Bunday holat faqat tug'ruq majmuasining sanitariya-gigiyena rejimi buzilganda kuzatiladi. Akusherlik bo'limining ishi va chaqaloqni parvarishlash to'g'ri tashkil qilinsa chaqaloqlarga infeksiyon kasalliklar yuqish hollari yuz bermaydi. Bu borada kasallangan onalarni o'z vaqtida alohidalab qo'yish katta ahamiyatga ega.

Tug'gan ayollarda infeksiya belgilari aniqlansa (tana harorati ko'tarilsa, tumov bo'lganda, yo'talganda, tomog'i qizarganda va hokazo) darhol ularni sog'lom onalardan ajratib qo'yiladi, bola emizganda burun va og'ziga niqob tutadi, qo'llari va sut bezini tozalab yuvadi. Kasallangan bolalarda dastlabki belgilar hatto uncha yaqqol ko'rinmasa ham, ular darhol ajratib qo'yiladi, ya'ni alohida boksga yotqiziladi, ularni parvarish qilish uchun individual buyumlar, vrach va akusher uchun maxsus xalatlar bo'ladi.

Toksikoinfeksiyon kasalliklar ro'y berganda tug'ruq majmuasini obdon tozalash va dezinfeksiya qilish uchun yopib qo'yiladi.

Mustaqil ishlayotgan akusher yangi tug'ilgan chaqaloqlarning hamma kasalliklarini darhol vrachga ma'lum qilishi kerak (hatto sezilar-sezilmas bo'lganda ham).

XXXI BOB. AKUSHERLIK OPERATSIYALARI

AKUSHERLIK OPERATSIYALARIGA TEGISHLI KO'RSATMALAR VA ULARNING SHART- SHAROITLARI

Akusherlik operatsiyalari qilish to'g'risidagi qaror tug'uvchi (yoki homilador) ayolni batafsil tekshirish asosida chiqariladi. Homiladorlik va tug'ruq vaqtida ro'y berib, tug'ruqni operatsiya yo'li bilan amalga oshirish zaruriyatini tug'diradigan kasalliklar va ko'ngilsiz holatlar akusherlik operatsiyalariga tegishli ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Ona (yurak kasalliklari, eklampsiya, plasentaning oldinda yotishi va hokazo) hamda homila hayotiga tahdiq soladigan ko'ngilsiz hodisalar (asfiksiya), tug'ruq yo'llarining anomaliyalari (tor chanoq, qin stenozi va boshqalar), tug'ruq kuchlarining nuqsonlari va shu kabilar akusherlik operatsiyalariga tegishli ko'rsatma bo'la oladi.

Bundan tashqari, biron akusherlik operatsiyasining shart-sharoiti, ya'ni operatsiya qilishga yo'l qo'yadigan ma'lumotlar yig'indisi aniqlanadi. Masalan, homilaning ko'ndalang yotganligi tug'ruqni operatsiya yo'li bilan tugallashga ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Lekin biron operatsiyani tanlash (homilani tashqaridan burish, oyog'iga burish klassik operatsiyasi, kesar kesish, embriotomiya va hokazo) operatsiya qilish shart-sharoitiga bog'liq. Bachadon bo'yni teshigining ochilish darajasi, homila pufagining holati, chanoq xususiyatlari, homila boshining chanoqqa nisbatan qanday yotganligi va hokazolar operatsiya shart-sharoitiga kiradi.

Aseptika va antiseptikaning barcha qoidalariga rioya qilib, homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda homila pufagi butun yoki qog'onoq suvi barvaqt ketganda (homila harakatlanib turganda) uni oyog'iga burish, homilani chanoq tomonidan olish, yo'ldosh va uning bo'laklarini qo'lda ko'chirish hamda tushirish, 1- va 2-daraja yirtilgan oraliqni choklash operatsiyalari va boshqa operatsiyalarni amalga oshirish mumkin.

AKUSHERLIK OPERATSIYALARIGA TAYYORGARLIK

Ko'pgina akusherlik operatsiyalari kechiktirmasdan qilishni taqozo etadi. Shuning uchun, tug'ruqxonalarda steril material (doka, paxta, ipak, ketgut), kiyim-kechak va steril asboblari (oraliqni choklash, qisqich solish uchun), qon va fiziologik eritma, ularni quyish uchun kerakli apparatlar, narkoz va mahalliy anesteziya uchun zarur hamma narsalar, yurakni quvvatlaydigan dorilar, dezinfeksiya vositalari va boshqalar doimo shay turishi kerak. Odatdagi tartibda qilinadigan (shoshilinch bo'lmagan) operatsiyalarda asboblari bevosita ishlatilishdan oldin sterilanadi.

Materialni sterillash. Kiyim-kechak (xalat, niqob, qalpoq, kosinka, choyshab, sochiq) maxsus biksga (barabanga) joylanadi; doka salfetka, tampon, bint va boshqa materiallar alohida biksga solinadi. Kiyim-kechak va salfetkalar (katta va o'rtacha o'lchamli) sanab solinadi. Barabanlarni teshiklarini ochib qo'yib, avtoklavga qo'yiladi va unga **siqilgan bug'** bilan 45–50 daqiqa yuqori bosimda sterillanadi. Bog'lov materialini qaynatib sterillashga kamdan-kam hollarda ruxsat etiladi.

Rezina qo'lqop avtoklavda sterillanadi (avtoklavga solishdan oldin unga talk sepiladi) yoki 10–15 daqiqa qaynatiladi. Qo'lqop qaynatilgach, steril sochiqda quritiladi, steril talk sepiladi va steril salfetkaga o'rab qo'yiladi.

Choklash materiallarini sterillash. Ipak va ketgut choklash materiali hisoblanadi. **Ketgut** turlicha tayyorlanadi. U shisha plastinka yoki g'altaklarga bir qavat qilib o'raladi va qopqog'i burab yopiladigan bankadagi Kali jodati, Jodi puri aa 10,0, Spiritus vini rectificati 96°–1000,0 ga solib qo'yiladi. Ikki haftadan keyin ketgut 96°li spirt quyilgan shisha bankaga solinadi va ishlatilguncha unda saqlanadi.

Ketgut tayyorlashning ikkinchi usuli: ketgut iplari benzina ho'llangan doka bilan artiladi, distillangan suvga yaxshilab chayiladi, steril material bilan quritiladi, Lyugol eritmasi (Jodi puri 10,0, Kali jodati 20,0, Spiritus vini rectificati 96°–1000,0) quyilgan bankaga 10 kun solib qo'yiladi. Shundan keyin ketgut toza spirt quyilgan bankada saqlanadi.

Ipak yozilib, kichkina tutam-tutam qilib bog'lanadi, iliq suvda sovunlab qayta-qayta yuviladi, distillangan suvda yaxshilab chayiladi va efirda 12 soat, so'ngra toza spirt 12 soat saqlanadi, keyin ipak 1% li sulema eritmasida 5 daqiqa qaynatiladi. So'ngra qo'l operatsiyaga qanday tayyorlansa, o'shanday tayyorlanadi; qaynatilgan ipakni steril shisha plastinkalarga yoki g'altaklarga o'rab, qopqog'i burab yopiladigan bankadagi toza spirtga solib qo'yiladi. Ipak va ketgutning sterilligi laboratoriyada tekshiriladi (bulyonda undiriladi).

Asboblarni sterillash. Asboblarni 1% li karbonat soda eritmasida 15 daqiqa qaynatib sterillanadi. Asboblarni maxsus sterilizatorida qaynatiladi, u bo'lmasa toza kostryulda qaynatish ham mumkin. Kesadigan asboblarni (skalpel, qaychi) qaynatilmay, operatsiyaga 1–2 soat qolganda spirtga botirib qo'yiladi.

Operatsiyadan keyin asboblarni iliq suvda cho'tka bilan sovunlab yuviladi, so'ngra karbonat soda eritmasida qaynatiladi (kesuvchi asboblardan tashqari) va tozalab artiladi.

Qorinni yorib qilinadigan operatsiya oldidan va qorin devorini choklashdan oldin akusher asboblarni sanaydi, ayni vaqtda operatsiyaga ketgan kiyim va salfetkalarni ham sanaydi.

Qo'llar Spasokukoskiy – Kochergin, Fyurbringer yoki Alfeld usuli bilan dezinfeksiya qilinadi.

Qo'llar dezinfeksiya qilingach, niqob tutiladi, steril xalat va steril rezina qo'lqop kiyiladi. Qin operatsiyalarida qo'lqop tutilmasa ham bo'ladi (qo'lqop hisni pasaytiradi).

Bemorni (homilador, tugʻadigan, tugʻgan ayolni) **operatsiyaga tayyorlash.** Operatsiyadan oldin qovuq kateter bilan boʻshatiladi, operatsiya shoshilinch boʻlmasa, huqna qilinadi, tashqi jinsiy aʼzolar tozalanadi. Shundan keyin qorinning pastki qismi (kindikkacha), qovuq, ikkala sonning ichki yuzasi, tashqi jinsiy aʼzolar, oraliq va anal soha kornsangga qisilgan steril paxta bilan iliq suvda sovunlab yuviladi. Soʻngra yuvilgan aʼzolar steril materialda quritiladi, spirt bilan artiladi va 5% li yod nastoykasi surtiladi.

Qorinni yorib qilinadigan operatsiyada qorinning oldingi devori ikki marta spirt bilan yuviladi va 5% li yod nastoykasi surtiladi. Soʻngra qorin devoriga oʻrtasi tilingan steril choyshab yopiladi.

Qin operatsiyalarida bemorning oyogʻiga steril paypoq kiygiziladi, tashqi jinsiy aʼzolariga oʻrtasi tilingan steril choyshab yopiladi. Steril xalatdan foydalanish ham mumkin, uning yengi paypoq vazifasini oʻtaydi.

Akusherlik operatsiyalari qorinni yorish va qin operatsiyalariga moslashtirilgan maxsus operatsiya stolida qilinadi. Qin operatsiyalarida Raxmanov karavotidan foydalanish mumkin. Karavotning oyoq tomoni bosh tomoniga surib kirgiziladi, karavot oyoqlariga oyoq ushlagichlar bint bilan mahkamlab qoʻyiladi. Tugʻuvchi ayolning chanogʻi karavot chetida, oyoqlari esa oyoq ushlagichlarda turadi. Ayolning chanogʻi tagiga kleyonka yozilib, ustidan steril choyshab yopiladi.

Bularning iloji boʻlmasa odatdagi stolda operatsiya qilish mumkin; ayni vaqtda ayolning oyoqlari Ott oyoq ushlagichlarda yoki choyshabdan yasalgan oyoq ushlagichda ushlab turiladi. Tugʻuvchi ayolning oyoqlarini yordamchilar ushlab tursa ham boʻladi.

Barcha operatsiyalardan oldin homila asfiksiyasining oldini olish choralari koʻriladi. Shu bilan birga, asfiksiya bilan tugʻilgan bolani jonlantirish uchun zarur narsalarning hammasini faol oldindan tayyorlab qoʻyiladi.

AKUSHERLIK OPERATSIYALARI TASNIFI

1. Homiladorlik davrida bajariladigan operatsiyalar.
 - 1.1. Oʻn ikki haftalikkacha boʻlgan homilani olib tashlash.
 - kengaytirgich va abortsanglar yordamida 12 haftalikkacha boʻlgan homilani sunʼiy ravishda olib tashlash;
 - vakuum ekskoxliatsiya yordamida 12 haftalikka qadar boʻlgan homilani sunʼiy olib tashlash;
 - homilaning qolgan qismlarini qoʻl barmoqlari yordamida olib tashlash.
 - 1.2. Eritmalarni qogʻonoq boʻshligʻiga intraamnional kiritish yoʻli bilan 24 haftalikkacha boʻlgan homilani tushirish.
 - qin orqali kesar kesish operatsiyasi;
 - kichik kesar kesish operatsiyasi;

– dori-darmonlar yordamida tugʻruq faoliyatini sunʻiy qoʻzgʻatish.

1.3. Homiladorlikni saqlash operatsiyalari. Istmik-servikal yetishmovchilik holatida bachadon boʻyni kanalini toraytirish maqsadida qilinadigan operatsiyalar.

2. Tugʻruq jarayonida qoʻllaniladigan operatsiyalar.

2.1. Tugʻruq yoʻlini tayyorlash operatsiyalari: perineotomiya, epiziotomiya, asboblar bilan bachadon boʻynini kengaytirish, bachadon boʻgʻzini barmoqlar yordamida kengaytirish, bachadon boʻynini kesish, metreyriz, amniotomiya, bosh terisiga tishli qisqich qoʻyish operatsiyalari.

2.2. Homila holatini toʻgʻrilovchi operatsiyalar: akusherlik burishlar, tashqi profilaktik burish, tashqi va ichki burish.

2.3. Tugʻdirish operatsiyalari: homila boshi terisiga Uild-Ivanov usulida tishli qisqichlar qoʻllash, akusherlik qisqichlari. Homilani vakuum ekstraksiya qilish operatsiyalari.

2.4. Homila chanogʻi oldinda joylashganda qoʻllaniladigan operatsiyalar. Homilani chanoq qismidan tortib olish operatsiyalari.

2.5. Kesar kesish operatsiyasi (qorin devorini oʻrta chiziq boʻylab va Pfanenshtil usulida kesish, bachadon devorini korporal uzunasiga, Gusakov usulida quyi segmenti boʻylab koʻndalangiga kesish, ekstra peritoneal kesar kesish).

3. Homilani yemirish operatsiyalari: kraniotomiya, embritomiya, kleydotomiya, dekapitatsiya, eventratsiya, spondilotomiya.

4. Yoʻldosh koʻchishi va tushishi hamda chilla davrlarida qoʻllaniladigan operatsiyalar: yoʻldoshni qoʻlda ajratib olish, bachadon boʻshligʻi yuzasini qoʻl yoki asboblar yordamida tekshirish, bachadon qon tomirlarini bogʻlash, bachadonni qin ustidan kesib olib tashlash, bachadon ekstirpatsiyasi.

AKUSHERLIK OPERATSIYALARIDA OGʻRIQSIZLANTIRISH

Hamma akusherlik operatsiyalari umumiy (ingalatsion) narkoz yoki mahalliy anesteziya bilan qilinadi. Akusherlik operatsiyalarida orqa miya anesteziyasi tavsiya etilmaydi.

Umumiy (ingalatsion) narkoz katta akusherlik operatsiyalarida (homilani oyogʻiga burish klassik operatsiyasi, homilani tortib olish, kesar kesish, homilani yemirish operatsiyalari va boshqalar), plasentani va uning bachadonda ushlanib qolgan qismlarini qoʻlda koʻchirishda qoʻllaniladi. Narkoz berishdan oldin unga tegishli moneliklar sinchiklab hisobga olinadi.

Odatda efir (yaxshisi kislorod bilan aralashtirib) ishlatiladi; homilador va tugʻadigan ayollar ozgina efir hidlantirilishi bilan uxlab qolishadi. Azot (1)-oksidning kislorod bilan aralashmasi ham yaxshi natija beradi.

Narkoz berishdan oldin ayolning yasama tishlari bor-yoʻqligi aniqlanadi, chiqadigan boʻlsa olib qoʻyiladi. Bemorning yuziga vazelin surtiladi, koʻzlari

sochiq bilan berkitiladi va bir qo'li uzatilganicha, tanaga qo'shib bog'lanadi, ikkinchi qo'lini narkotizator ushlab, pulsni tekshirib turadi.

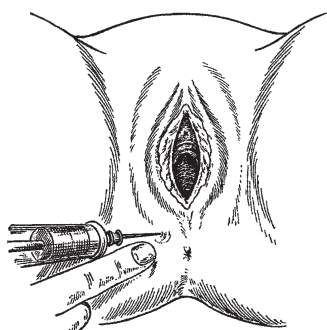
Narkotizator yonidagi stolchada efirdan tashqari og'iz kengaytirgich, tilushlagich, ignalari bilan steril shpris, kamfora va kofeinli ampulalar, kislorodli yostiqcha ham turishi kerak.

Narkotizator bemorning pulsiga, nafas olishiga va ko'z qorachiqclarining reaksiyasiga doim qarab turadi. Chuqur uyqu boshlangach qorachiqclar torayib, yoruqqa reaksiya ko'rsatmaydi; puls to'liq, ritmli, sekinlashgan bo'ladi; bemor tekis nafas oladi, muskullari bo'shashib turadi; reflekslar yuzaga chiqmaydi.

Bachadondan tashqari homiladorlikda va kesar kesish operatsiyasini (ro'y-rost anemiya bo'lmasa) mahalliy anesteziya bilan (novokain yuborib) qilish ham mumkin.

Pudental anesteziya tug'ruqni og'riqsizlantirish va ba'zi akusherlik operatsiyalarida qo'llaniladi (234-rasm).

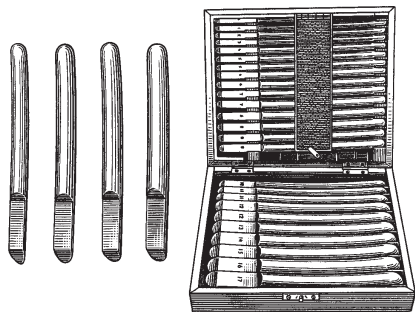
Paraservikal anesteziya. Bachadonni qirishda va qin orqali kesar kesishda 0,25% li novokain eritmasi qinning yon gumbazlari orqali (oldingi gumbaz chegarasidan) bachadon bo'yni atrofidagi kletchatkaga yuboriladi (bu kletchatkada nerv chigallari bor). Har tomonga 30–40 ml novokain eritmasi yuboriladi.



234-rasm. Pudental anesteziya.

BACHADONNI QIRISH (ABRASIO CAVIUTERI)

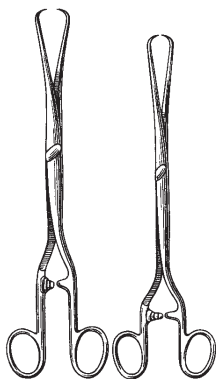
Akusherlik amaliyotida bachadon bo'shlig'ini qirish operatsiyasi: a) sun'iy abortda, b) chala abortda va jadallangan abortda, d) chilla davrida, asosan chillada kech qon ketayotganda (plasentaning bir qismi bachadonda ushlanib qolishi sababli qon ketganda) qo'llaniladi.



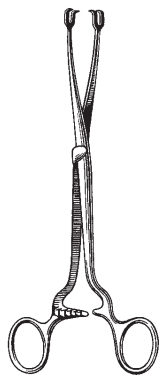
235-rasm. Gegar kengaytirgichlari.

Zarur asboblari: qin ko'zgulari va ko'targich, kengaytirgichlar (sun'iy abortda 235-rasm), pulevoy qisqichlar (236-rasm) yoki Myuzo qisqichlari (237-rasm), bachadon zondi (238-rasm), bachadonni qirish uchun kyuretkalar (darchali qoshiqchalar, 239-rasm), abort qilish uchun darchali qisqich (abortsang), anesteziya uchun shpris va ignalar, pinsetlar, kornsanglar.

Sun'iy abort. Homiladorlikning 12 haftasigacha bachadonni qirish yo'li



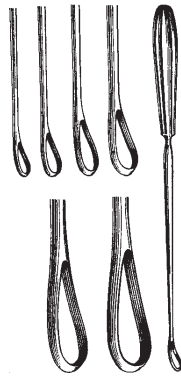
236-rasm.
Pulevoy qisqichlar.



237-rasm.
Myuzo qisqichi.



238-rasm.
Bachadon
zondi.

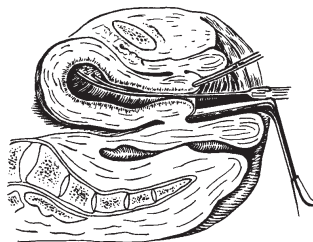


239-rasm.
Bachadonni qirish uchun
ishlatiladigan kyuretka
(qoshiqcha).

bilan sun'iy abort qilishga yo'l qo'yiladi. Shu muddatdan keyin bachadonni qirish xavfli (teshilishi mumkin).

Operatsiya texnikasi. Qin ko'zgular bilan keriladi; bachadon bo'yni va qin devorlari spirt bilan tozalanib, yod surtiladi; bachadon bo'ynini pulevoy qisqichda ushlab, bachadonga zond suqiladi. Keyin bachadon bo'ynining kanali metall kengaytirgichlar bilan kengaytiriladi; dastlab eng ingichka kengaytirgich, so'ngra undan yo'g'onroq kengaytirgichlar navbat bilan ishlatiladi. Bachadonni qirish uchun bachadon bo'ynining kanalini 4 dan 12 nomerligacha kengaytirgichlar bilan kengaytirish mumkin.

Bachadon bo'ynining kanali kengaytirilgach, bachadon qiriladi (240-rasm). Homila tuxumi kyuretkada ko'chiriladi va bachadon bo'shlig'idan olib tashlanadi. Homila tuxumining bachadon bo'yni kanalidan chiqib turgan bo'laklari abort qisqichi (abortsang) bilan olib tashlanadi. Homila tuxumi olib tashlangach, bachadon bo'shlig'i kichkina kyuretka bilan sinchiklab tekshiriladi, pulevoy qisqich olinadi (qisqichdan qolgan izlarga yod surtiladi) va ko'zgular chiqariladi.



240-rasm. Bachadonni
kyuretk bilan qirish.

Jadallashgan va chala abortda bachadon bo'ynining kanalini kengaytirish shart emas; kyuretk bachadonga zond kiritilgandan keyin kiritilaveradi.

12 haftadan keyingi sun'iy abort (kechki abort) faqat tibbiy ko'rsatmalarga ko'ra qilinadi. Homiladorlik davrida og'irlashadigan kasalliklar (yurak, o'pka, buyrak, jigar va boshqa a'zolarining kasalliklari), gestozlar hamda gipertoniya kasalligining og'ir shakllari, psixozlar homiladorlikning keyingi muddatlarida abort qilishga tegishli tibbiy ko'rsatma bo'ladi. Homiladorlikning keyingi

muddatlarida a) qin orqali (ba'zan qorin devori orqali) kesar kesish qilinadi; b) bachadon devori bilan pardalar orasiga suyuqlik kiritiladi; d) metreyriz yordami bilan homiladorlik to'xtatiladi.

HOMILA TUXUMINING QOLDIQLARINI QO'LD OLIB TASHLASH



241-rasm. Homila tuxumining qoldiqlarini qo'lda olib tashlash.

Homiladorlikning keyingi muddatlaridagi chala abortda homila tuxumining qoldiqlarini qo'lda olib tashlashga ruxsat etiladi. Bachadon bo'yni tekislanganda (yoki ancha kaltalanganda) va bachadon bo'ynining kanali 1–2 barmoq enicha ochilganda shu operatsiyani qilish mumkin.

Qinga to'rtta barmoq, bachadon bo'shlig'iga bir yoki ikki barmoq kiritiladi; bachadon tubi tashqaridagi qo'l bilan qorin devori orqali ushlanaadi. Homila tuxumining qoldiqlari bachadon bo'shlig'iga suqilgan barmoq bilan ko'chirilib olib tashlanadi (241-rasm), shundan keyin bachadon bo'shlig'i sinchiklab tekshiriladi.

Homila tuxumining qoldiqlarini qo'lda olib tashlash texnikasi asboblardan olib tashlash usuliga nisbatan murakkabroq, bunda infeksiya bilan bog'liq ko'ngilsiz holatlar ko'proq uchraydi. Shu sababli homila tuxumining qoldiqlarini asboblardan (kyuretkalar) bilan olib tashlash maqsadga muvofiq.

TUG'RUQ YO'LLARINI TAYYORLAYDIGAN OPERATSIYALAR

Bachadon bo'ynining kanali: a) asboblardan (kengaytirgichlar); b) metreyrinter kiritish; d) teri-bosh qisqichini solib, homila boshidan doimo tortib turish; e) barmoq suqish, f) teshik chetlarini qirqish yo'li bilan kengaytirish (dilatatio canalis cervicalis) operatsiyalari kiradi.

BACHADON BO'YNINING KANALINI KENGAYTIRISH

Sun'iy abortda bachadon bo'ynining kanali metall kengaytirgichlar bilan kengaytiriladi; tug'ruqda metreyrinter kiritishdan oldin kengaytirgichlar qo'llaniladi, bunda 18–19 gacha nomerli kengaytirgichlardan foydalaniladi.

METREYRIZ (METREURYSIS)

Metreyriz operatsiyasi bachadon bo'shlig'iga rezina ballon–metreyrinter kiritib, bachadon bo'ynining kanalini sekin-asta kengaytirishdan iborat.

Metreyrizga tegishli ko'rsatmalar: tibbiyot ko'rsatmalariga muvofiq qilinadigan kechki abort, tug'ruq kuchlarining birlamchi sustligi, plasenta cheti va yonining oldinda yotishi, homila ko'ndalang yotganda qog'onoq suvining barvaqt ketishi, bachadon bo'ynining teshigi ozgina ochilganda kindikning chiqib qolishi (to'g'rilab qo'yilgan kindikni bachadonda ushlab turish uchun).

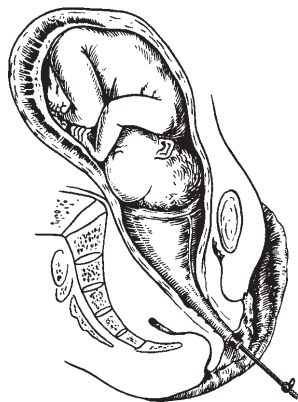
Shart-sharoiti: bachadon bo'ynining teshigi 2 barmoq enicha ochilgan (teshik berk bo'lsa 18–19 nomerli kengaytirgichlardan foydalaniladi), infeksiya belgilari bo'lmasligi kerak.

Zarur asboblari: qin ko'zgulari va ko'targichlar, pulevoy qisqichlar (2–3), qayrilgan kornsanglar (2–3), 200 ml li shpris (1), qisqichlar (2–3). Bachadon bo'ynining kanali berk bo'lsa kengaytirgichlar qo'yiladi.

Metreyriz texnikasi: operatsiyadan oldin metreyrinterga suv to'ldirib, butunligi tekshiriladi. So'ngra suvini to'kib, bo'shagan metreyrinter sigara kabi buklanadi va qayrilgan kornsangga qisib olinadi.

Qinga ko'zgular kiritiladi, bachadon bo'yni pulevoy qisqich bilan ushlanadi. Bachadon bo'ynining kanali yetarlicha ochilgan bo'lsa buklanib kornsangga qisilgan metreyrinter bachadon bo'shlig'iga kiritiladi (bachadon bo'ynining teshigi berk bo'lsa, oldin kengaytiriladi). Plasenta oldinda yotganda avval pardalari yirtilib, keyin metreyrinter kiritiladi. Metreyrinter ichki teshik orqasiga kiritilgach, kornsang olinadi, metreyrinterga katta shpris (Jane) yordamida steril fiziologik eritma tarmoq naycha orqali sekin-asta to'ldiriladi (242-rasm). Metreyrinter to'ldirilgach, naycha qisqich bilan berkitilib, kichkina yuk (200–400g) g'altak orqali osib qo'yiladi.

Bachadon bo'shlig'iga kiritilgan metreyrinter dard tutishini kuchaytirib, bachadon bo'yni teshigining ochilishiga yordam beradi. Metreyrinter o'zicha tushadi yoki 6–8 soatdan keyin olinadi (metreyrinter bachadonda 10 soatdan ortiq turmasligi kerak).

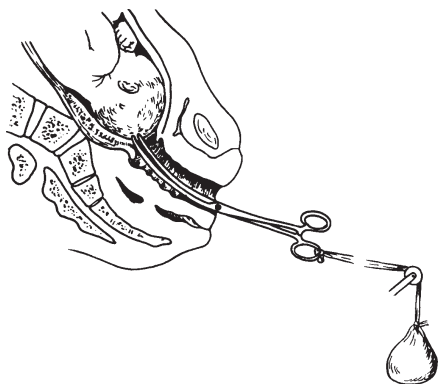


242-rasm. Bachadonga kiritilgan metreyrinter.

TERI-BOSH QISQICHINI SOLISH

Uilt-Ivanov usulida teri-bosh qisqichini solib, homila boshidan doimo tortib turiladi. Bachadon bo'ynining kanali homila boshidan doimo tortib turish uchun barmoqlar bilan kengaytiriladi, homila boshining teri burmasi maxsus qisqich Myuzo qisqichi bilan ushlanadi. Qisqich dastasiga ozgina yuk (200–400 g) g'altakka osib qo'yiladi (243-rasm).

Teri-bosh qisqichi solishga tegishli ko'rsatmalar: tug'ruqning uzoq cho'zilib, homilaning o'lib qolishi, plasenta qisman oldinda yotganda va homila



243-rasm. Homila boshidan doimiy tortish usuli.

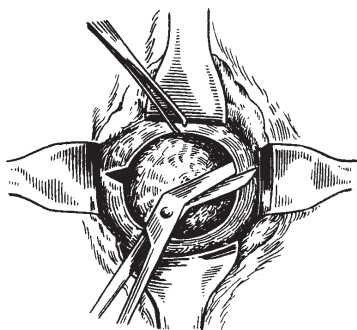
chala bo'lganda qon ketishi. Bachadon bo'ynining teshigi kamida 2 barmoq enicha ochilganda qisqich solinadi.

BACHADON BO'YNINING TESHIGINI BARMOQ BILAN KENGAYTIRISH

Bachadon bo'yni teshigining chetlari qotganda (rigidlik), shuningdek, tug'ruqni tezlatish zarur bo'lganda bachadon bo'ynining teshigini barmoq bilan kengaytiriladi. Bachadon bo'yni to'la enicha ochilganda bu operatsiyani qilish mumkin.

Operatsiya texnikasi: qinga qo'l barmog'i kiritilib, bachadon bo'ynining teshigiga ko'rsatkich barmog'i bilan o'rta barmoq suqiladi. Bachadon bo'ynining teshigi unga suqilgan barmoqlarda avaylab kengaytiriladi va imkon bo'lgan hamono uchinchi barmoq, so'ngra to'rtinchi barmoq ham kiritiladi. Bachadon bo'ynining teshigini anchagina kengaytirish uchun beshinchi barmoqni kiritgan ma'qul. Bachadon bo'ynining teshigini barmoq bilan kengaytirish oson ko'rinsa ham, hamisha muvaffaqiyatli chiqavermaydi. Bachadon bo'ynining teshigi chetlari qotganda arang cho'ziladi, barmoqlar charchab qoladi, kengaygan teshik ko'pincha yana torayib, avvalgi holiga keladi.

BACHADON BO'YNINING CHETLARINI QIRQISH (HISTEROISTMIKOSTOMATOMA)



244-rasm. Bachadon bo'yni chetlarini qirqish.

Bachadon bo'yni qotib (rigidlik), dorilar bilan davolash (promedol, bachadon bo'yniga novokain eritmasini kiritish va hokazo) hamda barmoq bilan kengaytirishning nafi bo'lmasa bachadon bo'ynini qirqish tavsiya etiladi. Ba'zan bu operatsiya boshqa operatsiyalarga tayyorgarlik sifatida qo'llaniladi. Bachadon bo'ynining to'la tekislanishi zarur shart-sharoit hisoblanadi.

Bachadon bo'yni keng qin ko'zgulari va ko'targichlar bilan ochiladi, chetlari pulevoy qisqich bilan ushlab turiladi. Ikki yoni to'rt tomoni qayrilgan to'mtoq qaychida ko'pi bilan 1 sm chuqurlikda qirqiladi (244-rasm).

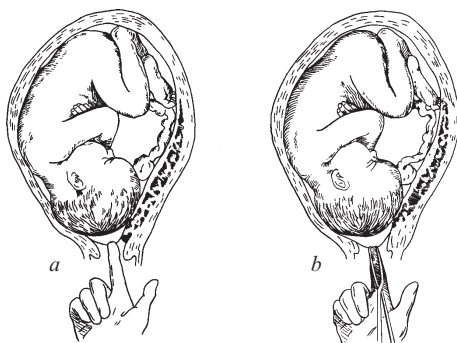
HOMILA PUFAGINI YIRTISH (DIRUPTIO VELAMENTORUM OVI)

Ko'rsatmalar: homila pufagining kech yorilishi, uning yassiligi, plasentaning qisman oldinda yotishi, qog'onoq suvlarining ko'pligi, eklampsiya, egizaklar tug'ilayotganda ikkinchisining hadeganda tug'ilavermasligi (ikkinchi homila pardalarining yorilishi).

Operatsiya texnikasi. Qinga ko'rsatkich barmoq bilan o'rta barmoq kiritiladi, dard tutgan vaqtda taranlangan homila pufagining pardalari barmoq bilan yirtiladi, bu natija bermasa, homila pufagi pulevoy qisqich yoki kornsang bilan yirtiladi (245-rasm).

Homila pufagini ko'z bilan ko'rib turib (qinga ko'zgular suqiladi) yoki barmoq bilan paypaslab, asboblarda yordamida yirtiladi. Barmoqlar bilan paypaslab tekshirishda asbob barmoqlar bo'ylab kiritiladi va pardalar shu barmoqlar bilan yirtiladi.

Homila pufagi odatda markazidan yirtiladi. Qog'onoq suvlari ko'p bo'lganda homila pufagi yonidan, teshik chetining yuqorisidan yirtiladi, natijada qog'onoq suvi sekin oqadi, bunda homilaning qindagi va mayda bo'laklari chiqib qolmaydi. Qog'onoq suvi tez ketganda qo'l suqib, to'xtatib ham turiladi.



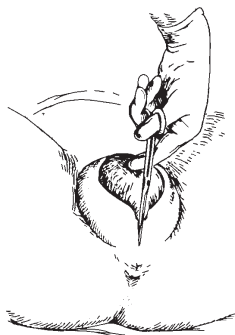
245-rasm. Homila pufagini teshish:
a—barmoqda; b—tishli qisqich yordamida.

ORALIQNI QIRQISH (PERINEOTOMIA)

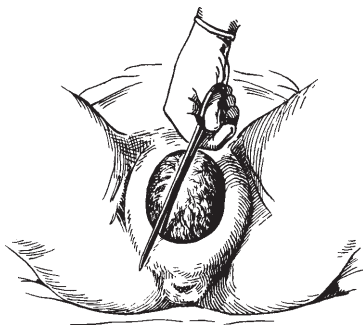
Oraliqning yirtilish xavfi bo'lganda (oraliq qattiq cho'zilganda, yupqa tortganda, oqarib ketganda) va homila asfiksiyasida (homila boshi chiqayotgan bo'lsa) oraliq qirqladi (perineotomiya).

Oraliq terisiga yod surtib, dezinfeksiya qilingach, to'mtoq uchli qaychida qirqladi. Qaychining bir oyoqchasini barmoq nazoratida homila boshi bilan orqa bitishma orasiga kiritib, oraliq qirqladi. Oraliq o'rta chiziqdan 2–3 sm uzunlikda qirqladi (246-rasm).

Epiziotomiya – jinsiy yoriqni kengaytirish maqsadida yonlama qirqish; Epiziotomiya hozir perineotomiyaga nisbatan kam qo'llaniladi. Orqa bitishmadan quymich do'mbog'iga tomon 2–3 sm qochirib qaychi solinadi va 2 sm uzunlikda qirqladi. Homila tug'ilgach, oraliqning yirtilgan joyi qanday choklansa, qirqlangan joyi ham shunday choklanadi (247-rasm).



246-rasm. Perineotomiya (oraliqni qirqish).



247-rasm. Epiziotomiya.

AKUSHERLIK BURISH OPERATSIYALARI (VERSIO OBSTETRICA)

Homilani noqulay vaziyatdan qulay, shunda ham hamisha bo'ylama vaziyatga (N.N.Fenomenov) o'tkazish operatsiyasi akusherlik burishi deb ataladi. Uning quyidagi turlari bor: tashqaridan burish; bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilganda ichkaridan burish – klassik operatsiya; bachadon bo'ynining teshigi chala ochilganda ichkaridan burish (Brekston-Giks usulida burish).

HOMILANI TASHQARIDAN BURISH

Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda tashqaridan buriladi. Ba'zi akusherlar (B.A.Arxangelskiy, M.B.Trubkovich, M.A.Kolosov va boshqalar) homilaning chanoq tomoni oldinda yotganda ham uni tashqaridan burish kerak, deb hisoblaydilar.

1. Homila ko'ndalang va qiyshiq yotganda tashqaridan burish operatsiyasi homiladorlikning 35–36-haftasida statsionarda qilinadi.

Tashqaridan burishning shart-sharoiti: homilaning harakatchanligi (suv ketmaganligi), qorin devorining mayinligi, chanoq normal o'lchamda yoki uncha toraymaganligi, ona va homilaning ahvoli normal ekanligi.

Homila ko'pincha boshiga burib qo'yiladi. Homilador ayol yoni bilan yotganda qiyshiq vaziyatdagi homila odatda bo'ylama vaziyatga o'tadi (homilaning pastda yotgan yirik qismi ayolning qaysi yoniga to'g'ri kelsa, o'sha yon bilan yotish buyuriladi). Homilaning vaziyati to'g'ri bo'lmasa tashqaridan burib qo'yiladi. Homila boshi chanoq og'ziga yaqin turgan bo'lsa, boshiga buriladi, dumbalari chanoq og'ziga yaqin turgan bo'lsa, chanoq tomoniga buriladi.

Tashqaridan burish texnikasi: homilador ayol terisining ostiga 1% li morfin eritmasidan 1 ml yuboriladi, qovug'i bo'shatiladi, qattiq kushetkaga yotqiziladi, oyoqlarini bukish buyuriladi. Vrach ayolning o'ng tomonida o'tirib, bir qo'lini

homila boshiga, ikkinchi qo'lini homilaning chanoq tomoniga qo'yadi; avaylab harakat qilib, homila boshini chanoq og'ziga, homilaning chanoq tomonini bachadon tubiga tomon suradi (248-rasm). Homilani chanoq tomoniga burishda dumbalari chanoq og'ziga, boshi esa bachadon tubiga suriladi.

Homilani burib bo'lgach, bo'ylama vaziyatini saqlab qolishga va homilaning yana ko'ndalang vaziyat olmasligiga harakat qilinadi. Shu maqsadda homilaning orqasi va mayda bo'laklari (qorni, ko'kragi) bo'ylab yumaloqlangan ikkita choyshab valik qo'yiladi va ular shu holatda (qorinni qismasdan) bintlanadi.

2. Homila chanog'i oldinda yotganda uni profilaktika maqsadida tashqaridan boshiga

burish. B.A.Arxaŋgelskiyning fikricha, chanog'i oldinda yotgan homila boshiga burilganda o'lik tug'ilish xavfi kamayadi, shuning uchun bu operatsiyani profilaktika maqsadida homiladorlik vaqtida qilish kerak.

Ko'pgina akusherlarning fikricha, homilaning chanoq tomoni oldinda yotganda tug'ruqni tabiiy holiga qo'yib berish kerak, bunda homilani burish tavsiya etilmaydi.

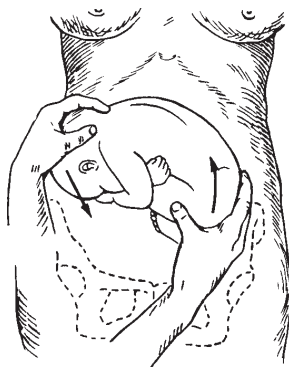
Ko'ndalang yotgan homilani burish uchun qanday shart-sharoit zarur bo'lsa, chanoq tomoni oldinda yotgan homilani boshiga burish uchun ham shunday shart-sharoit kerak.

Bunga moneliklar sinchiklab aniqlanadi: anamnezda ayolning chala yoki o'lik tug'ganligi, qorin devori va bachadonda operatsiyadan keyingi chandiqlar borligi, ushbu homiladorlik gestozlar bilan davom etayotganligi va qon ketayotganligi, rivojlanish anomaliyalari, bachadon o'smalari va shu kabilar homilani boshiga burish uchun monelik hisoblanadi.

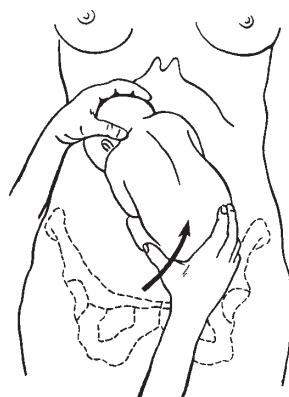
Chanog'i oldinda yotgan homila 35–36 hafta homiladarlikda statsionarda boshiga buriladi.

Ko'ndalang yotgan homilani burish texnikasi qanday bo'lsa, chanoq tomoni oldinda yotgan homilani burish texnikasi ham shunday, faqat, homila ko'ndalang yotganda 90° , chanoq tomoni oldinda yotganda 180° buriladi.

Homilani burishda dumbalari yuqoriga, bachadon tubiga (homilaning orqasiga tomon) boshi chanoq og'ziga (homilaning qorin devoriga tomon) suriladi (249-rasm).



248-rasm. Homila ko'ndalang yotganda tashqaridan boshiga burish.



249-rasm. Homila chanog'i oldinda yotganda tashqaridan boshiga burish.

BACHADON BO'YNI TO'LIQ OCHILGANIDA (O'Z VAQTIDA) HOMILANI ICHKI VA TASHQI OYOG'IGA KLASSIK BURISH OPERATSIYASI

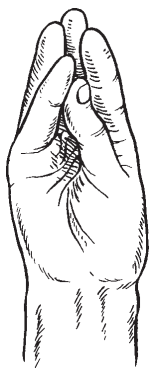
Ko'rsatmalar: 1) homilaning ko'ndalang yotganligi; 2) homila boshining oldinda noto'g'ri yotganligi va noto'g'ri suqilganligi (peshonasining oldinda yotganligi, yuzi oldinda yotishining orqa turi, orqa asinklitizm); 3) homila boshi oldinda yotganda kindigi va mayda bo'laklarining chiqib qolganligi; 4) ona va homila hayoti uchun xavfli holatlar va kasalliklar.

Shart-sharoiti: 1) bachadon bo'yni teshigining to'la ochilganligi; 2) homila pufagining butunligi yoki qog'onoq suvining endigina ketganligi; 3) bachadon bo'shlig'ida homila harakatchanligining to'la saqlanganligi; 4) homila kattaligi bilan chanoq o'lchamlarining mosligi (chanoqning uncha toraymaganligi).

Operatsiya texnikasi. Operatsiya quyidagi momentlardan iborat: qo'l suqish, homilaning oyog'ini qidirib topish, oyog'idan ushlab, asli burish.

Operatsiyadan oldin homilaning vaziyatini, bachadon bo'yni teshigining qanchalik ochilganligini va boshqa ma'lumotlarni aniqlash maqsadida tashqi va qin orqali tekshirish takror o'tkaziladi.

Qo'l suqish. O'ng qo'l bilan ishlash oson bo'lgani uchun bachadon bo'shlig'iga odatda o'ng qo'l suqiladi. Ko'pgina akusherlarning fikricha, ba'zan chap qo'lni suqish kerak. M.S.Malinovskiy qo'l tanlash qoidasini quyidagicha ta'riflaydi: homilani burib, ko'ndalang vaziyatdan bo'ylama vaziyatga o'tkazish uchun uning chanoq tomoniga mos keluvchi qo'lni (birinchi holatda chap qo'lni, ikkinchi holatda o'ng qo'lni) suqish kerak; bo'ylama vaziyatdagi homilani oyog'iga burishda uning mayda bo'laklariga mos keladigan qo'l (birinchi holatda – chap qo'l, ikkinchi holatda – o'ng qo'l) suqiladi.

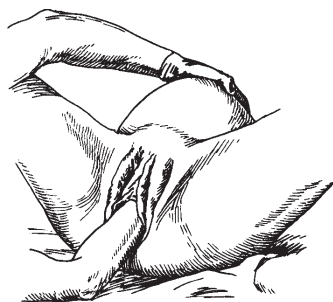


250-rasm. Konus shaklida juftlashtirilgan qo'l barmoqlari ("akusher qo'li").

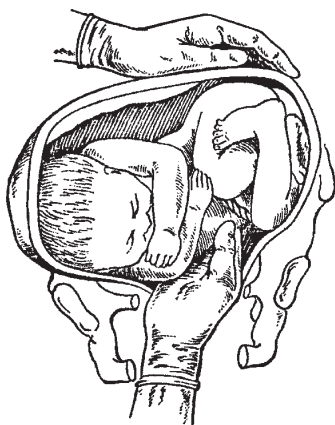
Tashqaridagi qo'l bilan jinsiy yoriq keriladi, homilani burish uchun tanlangan (ichkaridagi) qo'lga steril vazelin moyi surtiladi, bu qo'l konus shaklida yig'ilib (250-rasm), qinga suqiladi va bachadon bo'yni teshigi sari harakatlantiriladi (qo'l panjasining dorzal tomoni dumg'aza tomonga qarab turishi lozim). Barmoqlarning uchlari bachadon bo'ynining teshigiga yetishi bilan tashqaridagi qo'l bachadon tubiga yetkaziladi (251-rasm). Shundan keyin homila pufagini yirtib, bachadonga qo'l suqiladi; homilaning bosh tomoni oldinda yotganda esa qo'lni bachadonga suqishdan oldin homila boshi orqasiga tomon itariladi.

Homilaning oyog'ini qidirib topish. Bo'ylama vaziyatdagi homilani oyog'iga burishda ona qornining old devoriga qaragan oyog'ini qidirib topish va ushlab olish kerak.

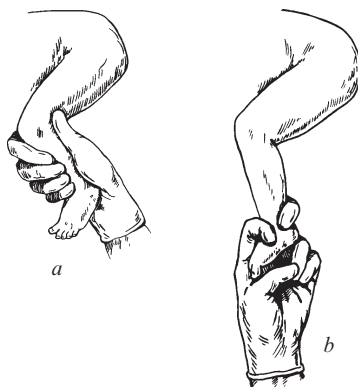
Homila ko'ndalang yotganda qaysi oyog'idan ushlash turga bog'liq: oldingi turda (homila orqasi oldinga qaraganda) pastda yotgan oyog'i, orqa turda esa yuqorida yotgan oyog'i ushlanadi. Homilaning oyog'ini qidirib topish uchun yoni paypaslanadi) va qo'l qo'ltiqdan chanoq tomonga, so'ngra soni bo'ylab boldirgacha siypalab borib, oyog'idan ushlab olinadi. Oyoqni qidirayotgan vaqtda tashqaridagi qo'l homilaning chanoq tomonini pastga (ichkaridagi qo'lga peshvoz) surib beradi (252-rasm).



251-rasm. Bachadon bo'shlig'iga qo'lni kiritish.



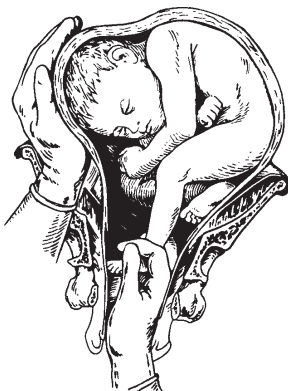
252-rasm. Homilaning oyog'ini qidirib topish.



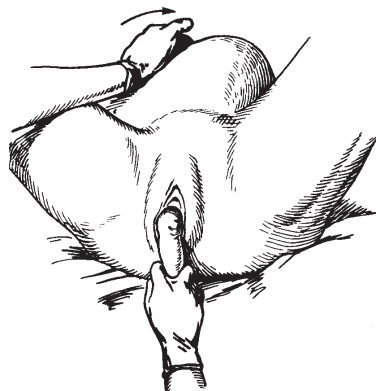
253-rasm. Homila oyoqlarini ushlash.
a—oyoq butun qo'l bilan ushlangan; b—oyoq ikki barmoq bilan ushlangan.

Homila oyog'idan ikki xil usulda ushlanadi: 1) boldiri butun qo'l bilan ushlanadi; to'rtta barmoq boldirni oldingi tomondan ushlaydi, bosh barmoq boldir muskullari bo'ylab barmoq uchi taqimgacha yetadi (253-a rasm); 2) homilaning oyog'i to'pig'idan ko'rsatkich barmoq bilan o'rta barmoqda ushlanadi (253-b rasm), oyoq panjasini bosh barmoq suyab turadi. Oyoqni birinchi usulda ushlash ishonchliroq.

Homilani asli burish. Homila oyog'idan ushlangach, tashqaridagi qo'l homilaning chanoq tomonidan boshiga yurgiziladi, bu qo'l homila boshini yuqoriga, bachadon tubiga tomon surib beradi; ayni vaqtda ichkaridagi qo'l homila oyog'ini pastga tushiradi, qin orqali tashqariga chiqaradi (254-rasm). Homila oyog'i jinsiy yoriqdan tizzasigacha chiqarilgach, homilani oyog'iga burish tugallangan hisoblanadi (255-rasm). Bu homilaning bo'ylama vaziyatda yotganligidan guvohlik beradi.



254-rasm. Oyoqdan
tortib burish.



255-rasm. Oyoqqa burish tugallangan.
Oyoq tizzasigacha chiqarilgan.

Homila ko'ndalang yotganda qog'onoq suvlari ketayotganda ko'pincha qo'li chiqib qoladi. Chiqib qolgan qo'l to'g'rilab kirgizilmay, steril bintdan yasalgan qovuzloqqa olinib, simfiz tomonga suriladi. Homilani burgan vaqtda qo'li jinsiy yo'llarga o'z-o'zidan yuritiladi. Homila burilgan vaqtda ko'pincha asfiksiya ro'y beradi. Shu sababli homila burilgandan keyin odatda oyog'idan tortib olinadi.

Kamdan-kam hollarda vrach chaqirish yoki tug'uvchi ayolni tug'ruq majmuiga yetkazish imkoniyati bo'lmaganda akusher narkoz bermasdan turib, homilani buradi. Bunday hollarda operatsiyadan oldin ayol terisi ostiga 0,1% li atropin sulfat eritmasidan 1 ml va 1% li papaverin eritmasidan 1 ml yuborish kerak. Operatsiyaning hamma momentlari navbatma-navbat (dard tutmayotgan vaqtda) qilinadi.

BACHADON BO'YNI TO'LIQ OCHILMAGANDA HOMILA OYOG'INI ICHKI VA TASHQI TOMONGA BURISH

(BREKSTON-GIKS USULIDA BURISH)

Patologik tug'ruq chog'ida ba'zan bachadon bo'ynining teshigi chala ochilgani holda homilani burishga quyidagi ko'rsatmalar bo'lishi mumkin.

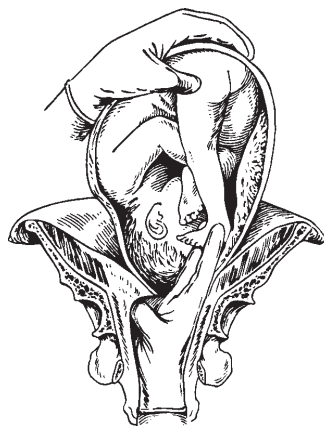
1. Placentaning oldinda yotishi. Homila oyog'iga burilgach, pastga tushirilgan chanoq tomoni oldinda yotgan plasentaning chanoq devoriga taqab qisiladi, bu qon ketishini to'xtatishga yordam beradi. Ammo operatsiya texnikasi murakkab bo'lib, unda ko'pincha homila nobud bo'ladi, bachadon bo'ynining shikastlanish xavfi kelib chiqadi. Shu sababli placentaga oldinda yotganda boshqa operatsiyalar ma'qul ko'riladi. Homila chala bo'lib, nobud bo'lgan taqdirda bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilmasdan turib homilani burishga ruxsat etiladi.

2. Homila ko'ndalang (qiyshiq) yotganda qog'onoq suvining barvaqt ketishi va homilaning chala yo o'lik ekanligi.

Shart-sharoiti: 1) bachadon bo'yni teshigining kamida 2 barmoq enicha ochilganligi; 2) homilaning harakatchanligi (homila pufagining butunligi yoki qog'onoq suvining yaqinda ketganligi); 3) chanoqning anchagina toraymaganligi; 4) tug'ruqni darhol tugallash zarurati (ko'rsatmalar) yo'qligi.

Operatsiya texnikasi. Steril vazelin surib, konus shaklida yig'ilgan qo'l panjasi qinga, so'ngra ko'rsatkich barmoq bilan o'rta barmoq bachadon bo'ynining teshigiga suqiladi, homila pufagi shu barmoqlar bilan yirtiladi va dastlab (homila bo'ylama vaziyatda bo'lsa) boshi itariladi. Tashqaridagi qo'l bachadon tubiga o'tqaziladi. Keyinchalik butun operatsiya ikki qo'llab qilinadi. Tashqaridagi qo'l bilan homilaning chanoq tomoni suqilgan barmoqlarga tomon suriladi. Suqilgan ikki barmoq bilan homila oyog'i to'piqlaridan ushlanadi (256-rasm), keyin tashqaridagi qo'l homila boshiga o'tkazib, homila boshi shu qo'l bilan yuqoriga, bachadon tubiga tomon itariladi. Ayni vaqtda homila oyog'i ichkaridagi qo'l bilan pastga tortiladi va bachadon bo'ynining teshigidan qinga, so'ngra tashqariga chiqariladi. Oyog'i tizzasigacha jinsiy yoriqdan chiqqach, homilani burish tugallangan hisoblanadi. Keyinchalik tug'ruq konservativ usulda boshqariladi. Homilaning oyog'iga ozgina yuk (200–400 g) osib qo'yiladi.

Agar zaruriyati bo'lmasa tug'ruqni jadallatish (oyog'idan tortish) yoki homilani tortib olishga urinishlar taqiqlanadi, chunki bunda og'ir shikast yetishi (bachadonning bo'yni va pastki segmenti yirtilib, og'ir darajada qon ketishi) mumkin.



256-rasm. Bachadon bo'ynining teshigi chala ochilganda homilani oyog'iga burish (Brekston-Giks usuli).

HOMILANI CHANOQ TOMONIDAN USHLAB TORTIB OLISH (EXTRACTIO FOETUS)

Ona va homilaning hayotiga xavf soluvchi noxushliklar ro'y berganda chanoq tomoni oldinda yotgan homilani tortib olib, tug'ruqni tugatishga to'g'ri keladi. Bachadon bo'ynining teshigi to'la ochilgach, homilani oyog'iga burish klassik operatsiyasidan keyin ham homila tortib olinadi.

Homilani tortib olish qo'l amaliidan farq qiladi. Homilaning chanoq tomoni oldinda yotganda homila kuragining pastki burchagigacha tug'ilgach, qo'llari va boshini bo'shatish maqsadida qo'l amali bajariladi. Homilani chanoq

tomonidan ushlab tortib olish operatsiyasida esa homila oyoqlaridan tortib bo'shatiladi. Bu operatsiya asbobsiz, faqat qo'lda bajariladi.

Ko'rsatmalar: 1) tug'uvchi ayolning og'ir kasalliklari (eklampsiya, yurak kasalliklari va hokazo) sababli tug'ruqni tez tugallash zaruriyati; 2) homila asfiksiyasi; 3) homilani oyog'iga burish klassik operatsiyasidan keyin.

Shart-sharoiti: 1) bachadon bo'yni teshigining to'la ochilganligi; 2) homila pufagining yorilganligi; 3) homila o'lchamlari bilan ona chanog'i o'lchamlari mosligi.

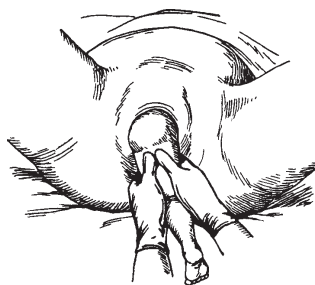
Oyog'i oldinda yotgan homila bir oyog'idan (bir oyog'i oldinda yotganda) yoki ikkala oyog'idan (ikkala oyog'i oldinda yotganda), faqat oldinda yotganda chov bukimidan ushlab tortib olinadi. Dumba aralash oldinda yotganda oldingi oyoq pastga tushiriladi; bir oyoq oldinda yotadigan qilib qo'yiladi va homila shu oyog'idan ushlab tortiladi.

HOMILANI OYOG'IDAN USHLAB TORTIB OLISH

Oldinda yotgan (oldingi) oyoq hali qinda bo'lsa, ikki barmoq bilan jinsiy yoriqdan tashqariga chiqariladi va oyoq shunday ushlanadi: bosh barmoq boldir muskullari bo'ylab joylashadi, qolgan to'rt barmoq boldirni oldingi tomondan ushlaydi. Homila oyog'ini ikki qo'lda ushlash mumkin: ikkala bosh barmoq boldir muskullari bo'ylab yotadi (257-rasm). Oyoq shunday ushlanganda suyaklari sinmaydi. Oyoqdan tortib olishda tizza bo'g'imi cho'zilmasligi uchun shu bo'g'imdan ushlagan ma'qul. So'ngra oyoq sekin-asta pastga qarab tortiladi (traksiya); oyoq tashqariga chiqa borgan sayin, tortib oluvchi qo'l oyoq bo'ylab yuqoriga, jinsiy yoriqqa tomon surib boriladi (258-rasm).



257-rasm. Homilani oyog'idan ushlab tortib olishda qo'llarning joylashuvi.



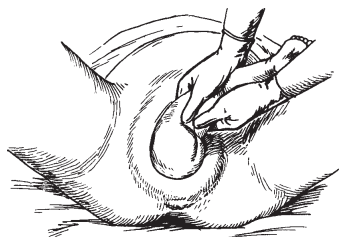
258-rasm. Homila oyog'ini sonidan ushlab tortish.

Homilaning oldinda yotgan dumbasi va yonbosh suyagi (fiksatsiya nuqtasi) simfizning pastki chekkasi ostiga kelguncha homila pastga tomon tortilaveradi, so'ngra homilaning oldingi soni ikkala qo'l bilan ushlanib, yuqoriga ko'tariladi

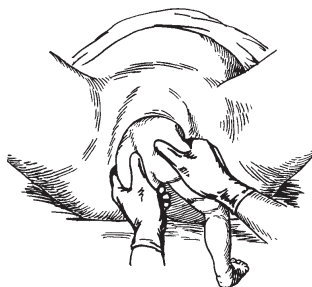
(259-rasm); ayni vaqtda homila tanasi yoniga bukilib, ikkinchi dumbasi oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

Homilaning ikkinchi (orqadagi) oyog'ini hech qachon bo'shatmaslik kerak (sinish xavfi bor), homila tortib olingan sayin orqadagi oyog'i o'zicha chiqadi.

Homilaning ikkinchi dumbasi chiqqach, qo'llar quyidagicha harakatlantiriladi: bir qo'lda oldingi son ushlanadi, shu bilan birga qo'lning bosh barmog'i dumg'aza bo'ylab joylashadi; ikkinchi qo'lning ko'rsatkich barmog'i orqadagi chov bo'g'imiga kiritiladi, bu qo'lning bosh barmog'i ham dumg'azaga qo'yiladi (qolgan barmoqlar kaftga taqalib turadi). Homilaning chanoq tomonini yuqorida ko'rsatilganicha ushlab, traksiya pastga tomon davom ettiriladi, lekin endi traksiya tikroq sathda bo'ladi. Orqadagi oyoq chiqqach oldingi oyoq kabi ushlanadi (260-rasm), homila kindigigacha tortib olinadi, kindigining tarang-tarangmasligi tekshiriladi, so'ngra kuraklarining pastki burchagigacha tortib olinadi. Shundan keyin homilaning qo'llari va boshi qo'l amalidagi qoidalarga muvofiq bo'shatiladi.



259-rasm. Homilaning yonbosh suyagi (fiksatsiya nuqtasi) simfiz ostiga kelganda, soni yuqoriga ko'tariladi.

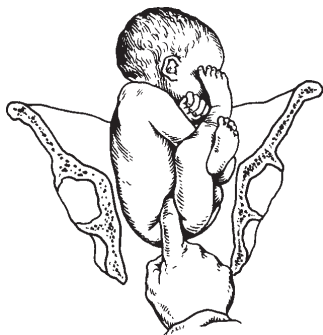


260-rasm. Homilaning dumbasi tug'ilgach tanasini tortib olishda qo'llarning joylashuvi.

Homilaning ikkala oyog'i oldinda yotganda ikkala oyog'idan ushlab tortiladi. Homila oyoqlari qinda bo'lsa, bo'shatiladi, oyog'i har bir qo'l bilan shunday ushlanadiki, bosh barmoqlar boldir muskullari bo'ylab joylashadi, qolgan barmoqlar esa boldirdan ushlaydi. Oyoqlar tortib olingan sayin qo'llar yuqoriga, jinsiy yoriqqa tomon suriladi. Ikkala oyoqdan tortib olishning boshqa bosqichlari oldinda yotgan bir oyoqdan tortib olishga o'xshaydi.

HOMILANI CHOV BUKIMIDAN USHLAB TORTIB OLISH

Faqat dumbalar oldinda yotganda homilani tortib olish bitta ko'rsatkich barmog'i bilan boshlanadi, bunda barmoqni ilmoq kabi bukib, homilaning oldingi chov bukimiga kiritiladi (261-rasm). Homilaning oldingi dumbasi chiqib, yonbosh suyagi qov ravog'i ostiga kelguncha traksiya pastga tomon davom ettiriladi. Traksiya to'lg'oq tutgan vaqtda qilinadi; kuchaytirish uchun operatsiya qilayotgan qo'lning kaft usti ikkinchi qo'l bilan ushlab turiladi.



261-rasm. Homilani chov bukimidan ushlab tortish.

Oldingi yonbosh suyagi qov ravog'ining ostiga kelgach, traksiya yuqoriga yo'naltiriladi. Ayni vaqtda homila tanasi yonga bukilib, orqadagi dumbasi yorib chiqadi. Shundan keyin ikkinchi qo'lning ko'rsatkich barmog'ini ilmoq kabi bukib, homilaning orqadagi chov bukimiga kiritiladi va kuraklarining pastki burchagigacha tortib olinadi, oyoqlari o'z-o'zidan chiqadi. Homilaning qo'llari va boshi qo'l amalidagi kabi bo'shatiladi.

Homilani chov bukimidan ushlab tortib olish eng murakkab jarayon, bunda operatsiya qiluvchi qo'l tez charchaydi, homilaning dumbalari sekin

harakatlanadi. Dumbalar yuqorida yotganda homilani dumbasidan ushlab tortib olish ayniqsa qiyin.

Chov bukimiga to'mtoq metall ilmoq yoki qovuzloq (tasma, bint qovuzloq) solib tortishni ham taklif etishadi, ammo bunda homilaga shikast yetadi (suyagi chiqadi, sinadi va hokazo). Shu sababli hozir bu usullar homila o'lib qolgandagina qo'llaniladi.

Homilani tortib olishda ro'y beradigan ko'ngilsiz hodisalar. Homilani tortib olishda (va qo'l amalida) bachadon bo'yni teshigining spazmi, homila qo'llarining qayrilib qolishi, orqa tur va boshqa ko'ngilsiz holatlar ro'y berishi mumkin.

Bachadon bo'yni teshigining spazmini bartaraf qilish uchun narkoz berib operatsiya qilinadi. Spazmning oldini olish maqsadida operatsiyadan oldin teri ostiga 0,1% li atropin eritmasi hamda 1% li papaverin eritmasidan 1 ml dan yuboriladi. Homila qo'llarining qayrilib qolishi (yuziga, qulog'i oldiga yoki ensasi orqasiga o'tib qolishi) nihoyatda jiddiy ko'ngilsiz holat, bunda qayrilib qolgan qo'lni bo'shatish uchun qinga to'rt barmoq suqib, homila qo'lini yuzi va ko'krigidan sirpanib tushadigan qilib ("yuz yuvish harakati") pastga tushirish kerak.

Homilani tortib olayotganda orqa tur paydo bo'lishi (engagi simfizga, ensasi dumg'azaga burilishi) ham mumkin. Orqa turda barmoqni homilaning og'ziga suqilib, boshi bukiladi; qanshar sohasi (fiksatsiya nuqtasi) simfiz ostiga kelguncha homila tashqaridagi qo'l bilan tortiladi (262-rasm). Shundan keyin homila tanasi oldinga (ona qorniga tomon) engashtiriladi va boshi oraliq ustidan chiqariladi. Homila boshi yozilgan bo'lsa, og'ziga barmoq yaqinlashtirish va boshini bukishning iloji bo'lmaydi, bunday hollarda homila oyog'idan ushlanib, tanasi onaning qorin devoriga yaqinlashtiriladi; homilaning yelka kamarini orqa tomondan ikkinchi qo'l bilan ayri shaklida ushlab, homilani tortib olishga yordam beriladi. Homila boshi vertikal o'lchami bilan yorib chiqadi, til osti suyagi sohasi fiksatsiya nuqtasi bo'lib hisoblanadi (263-rasm).



262-rasm. Orqa turda boshni chiqarib olish (avval bukiladi).



263-rasm. Orqa turda yozilgan boshni tortib olish.

AKUSHERLIK QISQICHLARI (FORCEPS OBSTETRICA)

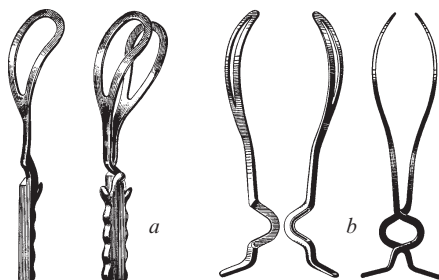
Akusherlik qisqichi – tugʻruqni tez tugallash zarur boʻlganda aksari **tirik yetuk homila** boshini tortib olish uchun qoʻllaniladigan asboddur.

XVII asr boshlaridayoq shotland vrachi Chimberlen akusherlik qisqichini ishlatganligi maʼlum.

Keyinchalik qisqichning tuzilishini koʻpgina xorijiy (Levre, Smelli, Simpson, Negel va boshqalar) va rus akusherlari (I.P.Lazarevich, N.N.Fenomenov, I.I.Fedorov va boshqalar) qisqichning yangi modellarini yasashgan. Uni amaliyotga tatbiq etishda ham koʻpgina olimlar qatnashgan.

Rus akusherlaridan G.I. Korablev, A.Ya. Krassovskiy, N.N. Fenomenov va boshqalar qisqich solish operatsiyasini yanada takomillashtirishgan.

Simpson qisqichining (264-a rasm) Fenomenov modifikatsiyasi hozir koʻproq qoʻllaniladi, qisqich oʻrtasidan bir-biri bilan kesishadigan ikki tarmoq (qoshiq) dan iborat. Har bir tarmoq uch qismdan tuzilgan: 1) darchali qoshigʻi homilani boshidan ushlaydi; 2) qulfi tarmoqlarni qovushtirib turadi; 3) dastasi qisqich qoshiqlari orasida turgan boshni tortib olishga yordam beradi. Qisqich qulfi bilan dastasi oʻrtasida yon boʻrtmalari boʻlib (ular Bush ilmoqlari deb ataladi), bu homila boshini tortib olishda operatsiya qiluvchi qoʻllar uchun yaxshi tayanch hisoblanadi. Qisqichning ikkita: bosh va chanoq egriliklari bor. Bosh egriligi homila boshini ushlashga; chanoq egriligi chanoq oʻtkazuvchi oʻqining qayrilgan shakliga mos keladi. Qisqichning har bir qoshigʻi qinning (chanoqning) chap va oʻng tomoniga alohida-alohida kiritiladi. Chanoqning chap tomoniga kiritiladigan qoshiq chap qoshiq deb atalib, hamisha birinchi boʻlib kiritiladi, bu qoshiqning qulfdagi qismi ikkinchi (oʻng) tarmoqning qulfi ostida turadi.



264-rasm. Akusherlik qisqichlari. *a*–Simpson-Fenomenov qisqichi; *b*–Lazarevich qisqichi.

Ikkinchi qoshiq chanoqning o'ng tomoniga kiritiladi va o'ng qoshiq deb ataladi. O'ng qoshiq hamisha chap qoshiqdan keyin kiritiladi, qisqich tarmoqlarini qovushtirish uchun shunday qilish zarur.

Chanoq egriligi bo'lmaydigan va tarmoqlari kesishmaydigan Lazarevich qisqichi (parallel to'g'ri qisqich) hozir ko'p qo'llanilmaydi (264-*b* rasm).

Ona va homila hayotini saqlab qolish maqsadida tug'ruqni tez tugallashni taqozo qiladigan kasalliklar va ko'ngilsiz hodisalar akusherlik qisqichini solishga kerakli ko'rsatma hisoblanadi. Ularga quyidagilar kiradi: 1) tug'ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi va homila boshining 2–3 soat ichida qimirlamay turishi; 2) tug'ruqdagi endometrit; 3) yurak-tomir tizimi, o'pka va boshqa a'zolarining og'ir kasalliklari; 4) eklampsiya (davolashga qaramay tutqanoq tutaverganda); 5) homila asfiksiyasi.

Qisqich solish **shart-sharoiti**: 1) homilaning tirikligi; 2) bachadon bo'yni teshigining to'la ochilganligi; 3) homila pufagining yo'qligi; 4) homila boshining uncha kichkina (chala homila) va uncha katta (yirik homila, gidrosefaliya) emasligi; 5) normal (yoki salgina toraygan) chanoq; 6) homila boshining chanoqdan chiqish teshigida yoki chanoq bo'shlig'ida turganligi.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigida turganda qisqich solish osonroq bo'ladi, bunday qisqich “chiqish qisqichi” deb ataladi. Homila chanoq bo'shlig'ida turganda boshiga solinadigan qisqich “bo'shliq qisqichi” deb ataladi, uni solish birmuncha murakkabroq.

CHIQISH QISQICHINI SOLISH TEXNIKASI

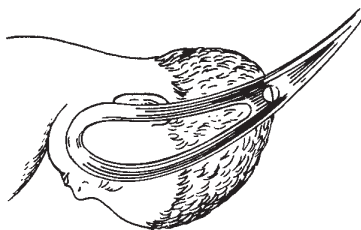
Operatsiyaga qisqich, keng plastinkasimon ko'zgu, pulevoy qisqich (operatsiyadan keyin bachadon bo'ynini ko'zdan kechirish uchun), perineotomiya uchun zarur qaychi va oraliqni choklash uchun zarur asboblarni tayyorlab qo'yiladi. Qisqich solishda ba'zan oraliqni qirqishga va tug'ruq vaqtida yirtilgan oraliqni choklashga to'g'ri keladi.

Operatsiyadan oldin, homila boshining chanoqdagi vaziyatini, o'q-yoysimon chok va liqildoqlarining yo'nalishini aniqlash maqsadida qin orqali tekshirish o'tkaziladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida homila boshi chanoqdan chiqish teshigida bo'lib, o'q-yoysimon choki to'g'ri o'lchamda turadi, kichik liqildog'i simfizga, katta liqildog'i dumg'azaga qaragan bo'ladi. Qisqichni kiritish uchun chap tarmog'ini chap qo'lga, o'ng tarmog'ini o'ng qo'lga olib, gorizontalsathda (stol ustida) juftlashtiriladi.

Operatsiya quyidagi tartibda o'tkaziladi: 1) qisqich qoshiqlarini kiritish; 2) qisqich tarmoqlarini qovushtirish; 3) sinab ko'rish maqsadida traksiya; 4) asli traksiya (homila boshini tortib olish); 5) qisqichni olish.

Qisqich qoshiqlari quyidagicha kiritiladi: chap qoshiqini chap qo'lga olib, chanoq (qin) ning chap yarmiga, o'ng qoshiqini o'ng qo'lga olib, chanoqning

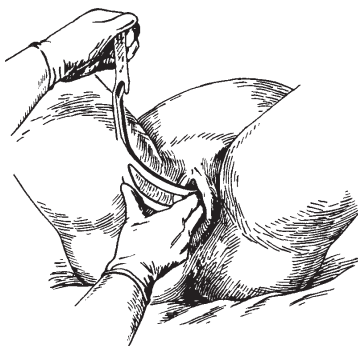
o'ng yarmiga suqiladi. Avval chap qoshiq, keyin o'ng qoshiq kiritiladi. Homila boshi chanoqdan chiqish teshigida turgan bo'lsa, qisqich qoshiqlari chanoqning ko'ndalang o'lchamida kiritiladi. Ayni vaqtda qisqich qoshiqlari homila boshining tepa do'mboqlar va quloqlar sohasiga joylashadi, kichik liqildoq (o'tkazuvchi nuqta) qisqich sathida turadi: qisqichning chanoq egriligi, homila boshining o'qi (kichik liqildoqdan engakkacha bo'lgan soha) va chanoqning o'tkazuvchi o'qi bir-biriga mos keladi (265-rasm).



265-rasm. Qisqichni homila boshiga to'g'ri solish.

Qisqich qoshiqlari quyidagicha kiritiladi: o'ng qo'lni to'rtta barmog'i qinga suqiladi, barmoqlar homila boshining yon yuzasida joylashadi (barmoqlarning uchlari engakka yo'nalgan bo'ladi). Chap tarmoqning dastasi chap qo'lda yozuv perosi kabi ushlanib, homilaning o'ng chov bukimiga (unga parallel holda) yo'naltiriladi.

Chap qoshiq qinga suqilib, qo'l bilan homila boshi orasiga joylashtiriladi, ayni vaqtda qoshiqning pastki qirrasini o'rta barmoq bilan ko'rsatkich barmog'i o'rtasidagi chuqurchadan sirg'anib boradi. Qoshiq chap qo'lda o'ng qo'l nazorati ostida hech qanday kuch ishlatmasdan kiritiladi (266-rasm). Qoshiq suqilgan sayin dastasi pastga, oraliqqa tomon tushiriladi. Homila boshining tepa do'mboq sohasiga joylashadigan qoshiq ichkaridagi qo'l bilan yo'naltiriladi. Chap qoshiq kiritilgach, o'ng qo'l tortib olinadi, qoshiq dastasi yordamchiga topshiriladi.

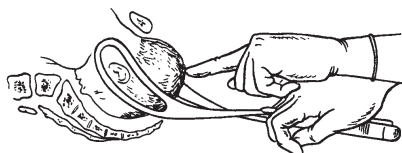


266-rasm. Qisqichning chap qoshig'ini kiritish.

So'ngra o'ng qoshiq o'ng qo'lda chap qo'l nazoratida chanoqning o'ng yarmiga xuddi shunday kiritiladi. O'ng qoshiq dastasi hamisha chap qoshiq dastasi ustida turadi.

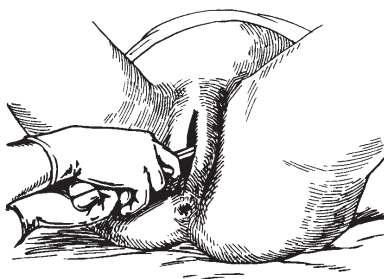
Qisqich qoshiqlarini juftlashtirish. Har bir qoshiq dastasi bir nomli qo'lda ushlanadi va qulfdagi qismlari bir-biriga yaqinlashtiriladi. Qisqich qoshiqlari to'g'ri solinsa, darrov juftlashadi.

Sinov traksiyasi. Qisqich qoshiqlari juftlashtirilgach, homila boshini tortib olishda ularning sirg'anish-sirg'anmasligi tekshiriladi. Shu maqsadda qoshiqlarning dastalari o'ng qo'lda ushlanadi, chap qo'l panjasi o'ng qo'l panjasining ustida yotadi, shu qo'lni uzatilgan ko'rsatkich barmog'ining uchi homila boshiga tegib turadi. O'ng qo'lda tortib ko'riladi (267-rasm). Qisqich to'g'ri solingan bo'lsa, qisqich ketidan homila boshi ham siljiydi va ko'rsatkich barmog'i homila boshiga tegib turaveradi.



267-rasm. Sinov traksiyasi (sxema).

keyin homila boshini tortib olishga kirishiladi. Qisqichning qulf qismi o'ng qo'lda ushlanadi (ikkita barmoq Bush ilmoqlarining ustida turadi), dastasi esa chap qo'lga olinadi (268-rasm). Homila boshini tortib olishda tug'ruq mexanizmining hali tabiiy



268-rasm. Homila boshini qisqichda tortib olish.

Qisqich sirg'anib ketsa (noto'g'ri solingan bo'lsa), ko'rsatkich barmog'i homila boshidan uzoqlashib qoladi (qisqich chiqadi-yu, homila boshi siljimaydi).

Asl traksiya (homila boshini tortib olish). Sinov maqsadidagi traksiyadan keyin homila boshini tortib olishga kirishiladi. Qisqichning qulf qismi o'ng qo'lda ushlanadi (ikkita barmoq Bush ilmoqlarining ustida turadi), dastasi esa chap qo'lga olinadi (268-rasm). Homila boshini tortib olishda tug'ruq mexanizmining hali tabiiy yo'l bilan yuzaga chiqmagan onlari sun'iy yo'l bilan bajariladi. Tabiiy tug'ruq kuchlarining ta'siriga amal qilib, homila boshi uyg'un harakatlar bilan tortib olinadi (traksiya); har bir traksiya 1–1,5 daqiqaga cho'ziladi. Traksiyalar o'rtasida 1–2 daqiqa dam beriladi (pauza); homila miyasida qon aylanishini yaxshilash maqsadida qoshiqlarning juftlashgan joyi pauzalarda birmuncha bo'shatiladi.

Traksiyalarining yo'nalishi homila boshining tug'iladigan yo'lga (chanoqning o'tkazuvchi o'qiga) mos bo'lishi lozim.

Homila boshi chanoqdan chiqish teshigida turgan bo'lsa, ensa do'mbog'i yorib chiqib, ensa osti chuqurchasi qov ravog'iga yaqinlashguncha traksiya yotiq (gorizontal) sathda bajariladi. So'ngra tug'uvchi ayolning chap tomonida turib, qisqich dastalari o'ng qo'lda ushlanadi va yorib chiqayotgan bosh bilan birga yuqoriga yo'naltiriladi, chap qo'l bilan esa oraliq ushlab turiladi. Traksiyalar yuqoriga yo'naltirilgan paytda homila boshi yozilib, tug'iladi.

Qisqichni chiqarib olish. Homilaning ensa va tepa do'mboqlari chiqarilgach qisqichni olish va keyin homila boshini oddiy tug'ruqdagi kabi qo'lda bo'shatish mumkin. Homila boshini qisqichda chiqarsa bo'ladi. Qisqich teskari tartibda (avval o'ng qoshig'i, so'ngra chap qoshig'i) olinadi. Olinayotgan qisqich dastalari onaning qarama-qarshi soniga yo'naltiriladi. Yo'ldosh tushgach, bachadon bo'yni ko'zgular bilan tekshiriladi. Bachadon bo'yni yirtilgan, qin va oraliq shikastlangan bo'lsa tartib bilan choklanadi.

KESAR KESISH OPERATSIYASI (SECTIO CAESAREA)

Bachadonni kesib, homila va yo'ldoshni olish operatsiyasi **kesar kesish** deb ataladi.

Homilador yoki tug'uvchi ayol to'satdan o'lib qolganda bola hayotini saqlab qolish maqsadida kesar kesish operatsiyasi qilinganligi qadimdan ma'lum. Tirik

ayolda kesar kesish operatsiyasi birinchi marta XVII asr boshlarida qilingan, ammo aseptika va antiseptika joriy etilib (XIX asr oxiridan), operatsiya usuli takomillashtirilgach kesar kesish keng rasm bo'ldi.

Kesar kesish operatsiyasi qorin devori yoki qin orqali qilinadi.

Qin orqali kesar kesish operatsiyasi kamroq (homiladorlik muddatiga yetmaganda) qo'llaniladi.

QORIN DEVORI ORQALI QILINADIGAN KESAR KESISH

Kesar kesish operatsiyatsiga tegishli ko'rsatmalar: 1) chanoqning anatomik jihatdan nihoyatda torligi (3- va 4-darajasi); 2) chanoq bilan homila boshining bir-biriga mos kelmasligi (klinik jihatdan tor chanoq); 3) bachadonning yorilish xavfi; 4) plasenta markazining oldinda yotishi (va plasenta yoni oldinda yotganda ko'p qon ketishi); 5) normal joylashgan placentaning barvaqt ko'chishi (ichga qon ketishi va shok belgilari); 6) ayolning og'ir ahvolda ekanligi (yurak kasalliklari, gipertoniya, gestozlarning og'ir shakllari va hokazo); 7) bachadonda ilgari qilingan operatsiyalarning chandiqlari, chanoq tor bo'lish bilan birga homiladorlik muddatidan o'tgani, ona bilan homila hayotini saqlab qolish boshqa yo'llar bilan tug'ruqni tamomlash imkoniyati bo'lmaydigan ko'ngilsiz holatlar.

Operatsiya shart-sharoiti: infeksiya yo'qligi, homila tirik va yashashga layoqatligi. Operatsiyani dard tuta boshlaganda qilish maqsadga muvofiq.

Zarur asboblari: skalpel (2), uzun pinset (2), anatomik pinset (3–4), xirurgik pinset (3–4), qon to'xtatuvchi qisqichlar (10 ta uzuni, 5–6 ta kaltasi), Pean qisqichlari (15–16), kornsanglar (5–6), pulevoy qisqichlar (2), oval qisqichlar (2), kyuretkalar (2–3), igna ushlagichlar (2), har xil ignalar (10–12), qaychilar (2 ta qayrilgani, 2 ta to'g'risi), qorin ko'zgulari, kateter, shpris va ignalar, kiyim qisqichlari (4).

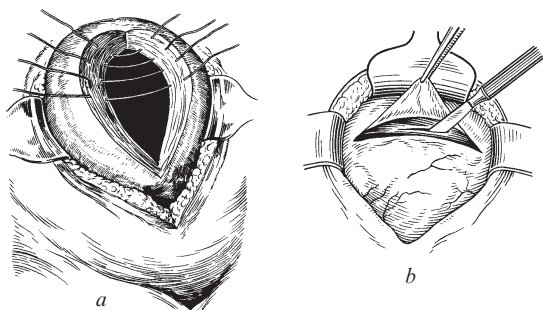
Qon quyish va asfiksiya holatida tug'ilgan bolani jonlantirish uchun zarur narsalarning hammasi oldindan tayyorlab qo'yiladi.

Operatsiya texnikasi. Qorinning old devori oq chiziq bo'ylab qavatma-qavat ochiladi. Kesish chizig'i qov yuqorisidan boshlanib, kindikkacha va undan yuqoriroqqa boradi. Qorin bo'shlig'iga qog'onoq suvlari tushmasligi uchun u salfetkalar bilan bachadonning oldingi yuzasidan ajratib qo'yiladi. Bachadonning oldingi devori uzunasiga qariyb 12 sm uzunlikda kesilib, homila oyog'idan qo'lda ushlab olinadi.

Kindik ikki qisqich orasidan kesilib, bola akusherga topshiriladi. Shundan keyin yo'ldosh olinadi, bachadon bo'shlig'i qo'l yoki kyuretkalar bilan tekshiriladi, bachadon devori qavatma-qavat choklanadi (269-a rasm), barcha asbob va salfetkalar olinib, qorin devori qavatma-qavat tikiladi.

So'nggi vaqtda bachadonni pastki segmentidan kesishni ma'qul ko'rilmogda; buning uchun qorin pardasining qovuq bilan bachadon o'rtasidagi burmasini ochib, qovuqni pastga surib qo'yiladi (269-b rasm). Homila va yo'ldosh olinib,

bachadon pastki segmenti choklangach, qovuq avvalgi joyiga surib qo'yilib, qorin pardasining qovuq bilan bachadon o'rtasidagi burmasi choklanadi.

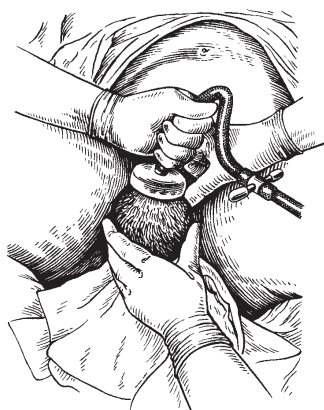


269-rasm. Klassik va bachadon pastki segmentidan kesar kesish operatsiyasi. *a*—bachadon devorining korporal kesilgan joyini choklash; *b*—bachadonning pastki segmentidan ko'ndalang kesish.

VAKUUM-EKSTRAKSIYA

Homilani vakuum-ekstraktor yordamida tortib olish, ya'ni vakuum-ekstraksiya operativ akusherlikning zamonaviy usullariga kiradi. Vakuum-ekstraktor vakuum-apparatdan va homila boshiga qo'yiladigan katta-kichik pallalardan iborat. Vakuum-apparatda manfiy bosim vujudga keltiriladi.

Apparatning ishlash tartibi pallasining ichki yuzasi bilan homila boshi o'rtasida manfiy bosim vujudga keltirishga asoslangan. Ayni vaqtda homilani tortib olish uchun zarur traksiya imkoniyatini beradigan tirkashish kuchi vujudga keladi.



270-rasm. Vakuum-ekstraksiya operatsiyasi. Homila boshini vakuum apparatida tortib olish.

Tug'ruqni tez tugallash zarur bo'lsa-yu, kesar kesish ma'qul topilmasa yoki bu operatsiyaga monelik bo'lsa, qisqich solish uchun esa zarur sharoit bo'lmasa vakuum-ekstraktor tatbiq etiladi.

Asosiy ko'rsatmalar tug'ruq kuchlarining uzoq davom etadigan sustligi, homila asfiksiyasi boshlanganligi, kindigi to'g'rilangandan keyin ham chiqib qolishi.

Operatsiya shart-sharoiti: bachadon bo'yni teshigining to'la ochilganligi, homila pufagining yo'qligi, homila boshi bilan chanoq o'lchamlarining to'la mosligi, homila ensasining oldinda yotishi. Homila boshining yozilib oldinda yotganligi, chala tug'ish, homila boshi bilan chanoq o'lchamlarining mos kelmasligi, to'lg'oqni to'xtatishni talab qiladigan kasalliklar (yurak poroklari, gestozlarning og'ir shakllari va hokazo) vakuum-ekstraksiyaga monelik qiladi.

Vakuum-ekstraktor pallasi homila boshining kichik liqildoq sohasiga qo'yiladi; apparat pallasi qo'yilgach, manfiy bosim $0,4-0,5 \text{ kg/sm}^3$ gacha, traksiyalarda $0,7-0,8 \text{ kg/sm}^3$ gacha yetkaziladi. Traksiyalar to'lg'oq tutgan vaqtda bajariladi (270-rasm).

HOMILANI YEMIRISH OPERATSIYALARI

Homila o'lik bo'lsa, uni yemirish operatsiyasi tatbiq etiladi. Homila tirik bo'lganda bu operatsiya juda kam qo'llaniladi. Ayol hayoti xavf ostida qolib, tug'ruqni boshqa yo'llar bilan tamomlashning imkoni bo'lmaganda homilani yemirish operatsiyasi qilinadi.

Homilani yemirish operatsiyalari har xil: kraniotomiya (bosh hajmini kichraytirish), dekapitatsiya (homila boshini tanasidan ajratish), eventratsiya (qorin bo'shlig'ini, ko'krak qafasini bo'shatish), kleydotomiya (o'mrov suyaklarini kesish), spondilotomiya (umurtqa pog'onasini yemirish).

Homilaning tanasi va bo'ynida qilinadigan operatsiyalar majmui (dekapitatsiya, eventratsiya, kleydotomiya, spondilotomiya) embriotomiya deb ataladi.

KRANIOTOMIYA (CRANIOTOMIA)

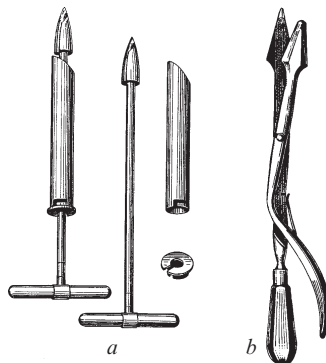
Kraniotomiyaga tegishli ko'rsatmalar: homilaning nobud bo'lganligi, homila boshi bilan chanoqning aniq mos kelmasligi, bachadonning yorilish xavfi va boshqa tahlikali holatlar ro'y berganda tug'ruqni boshqa yo'l bilan tamomlash imkoniyatining yo'qligi.

Zarur asboblari: Fenomenov perforatori (271-a rasm) yoki Blo perforatori (271-b rasm), keng qin ko'zgulari (2), ko'targich (2), Myuzo qisqichlari (2), pulevoy qisqichlar (2), miyani yemiradigan qoshiqcha (1), kranioklast (1), o'mrov suyaklarini qirqish uchun qaychi (1).

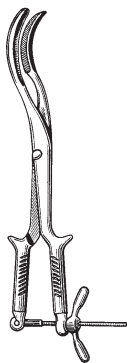
Bachadon bo'yniga va oraliqqa (shikastlanish ehtimolini nazarda tutib) chok solish uchun asboblari tayyorlab qo'yiladi.

Kraniotomiya quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) perforatsiya (homila boshini teshish); 2) eks-serebratsiya (miyani yemirib olib tashlash); 3) kranioklaziya (homila boshini kranioklast bilan tortib olish).

Kraniotomiya texnikasi: qin ko'zgular bilan keriladi, homila boshiga Myuzo qisqichlari solinadi, homila boshini pastga tortib, perforatsiyaga kirishiladi. Parmaga o'xshash tuzilgan Fenomenov perforatoridan foydalangan ma'qul; burov tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalarini tasodifan shikastlanishdan saqlaydigan gilza ichida turadi. Homila kallasining old suyagi shu perforator bilan teshilib, yumaloq darcha ochiladi. Bloning kopyosimon perforatoridan foydalanish ham mumkin. Bu perforator kallani chok yoki liqildoq sohasidan krest shaklida qirqadi (273-



271-rasm. Perforatorlar.
a–Fenomenov perforatori; b–Blo-ning kopyosimon perforatori.

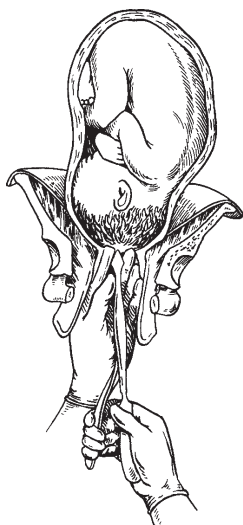


272-rasm.
Kranioklast.

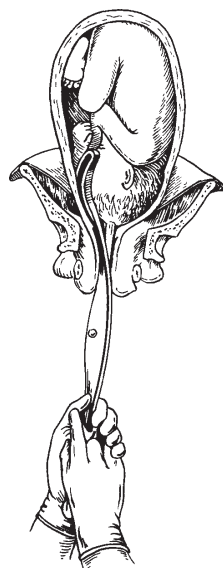
rasm). Kopyosimon perforatorning kesuvchi yuzalari tashqariga qaragan, shuning uchun tugʻruq yoʻllarining yumshoq toʻqimalarini tasodifiy shikastdan saqlash zarur. Buning uchun perforator dastasi pastga tushiriladi, qinning oldingi devori (va qovuq) koʻzgu yoki chap qoʻl bilan toʻsilib, shikastdan saqlanadi. Homila miyasi steril qoshiq yoki kyuretka bilan yemiriladi, miya kalla boʻshligʻidan bemalol oqib chiqadi. Baʼzi akusherlar miyani yemirgandan keyin kalla boʻshligʻini steril fiziologik eritma bilan yuvishadi.

Miya oqib chiqqach, kalla puchayib qoladi; operatsiyaning keyingi bosqichi – kranioklaziya (yaʼni homila boshini tortib olish) kranioklast bilan bajariladi. Kranioklast (272-rasm) qoshiqcha shaklidagi ikkita tarmoq, qulf qismi, dastalar va vintdan iborat.

Yaxlit qoshiq kalla boʻshligʻiga kiritilib, yuz suyaklariga yetkaziladi, darchasimon qoshiq esa kalla yuz qismining tashqi yuziga qoʻyiladi (qisqichning qoshigʻi kabi kiritiladi).



273-rasm. Homila boshini
Blo perforatorida teshish.



274-rasm. Homila boshini
kranioklast bilan tortish.

Kranioklast qoshiqlari kiritilgach vint yordamida juftlashtiriladi va qisilgan bosh mahkamlab qoʻyiladi. Bachadon boʻynining teshigi toʻla ochilgach, homila boshi kranioklast bilan tortib olinadi (274-rasm). Bachadon boʻynining teshigi toʻla ochilib, tugʻruqni tez tugallash zaruriyati boʻlsa, bachadon boʻyni teshigining cheti qirqilib, keyin homila tortib olinadi.

DEKAPITATSIYA

Vaqtidan o'tkazib yuborilgan ko'ndalang vaziyatdagi homila dekapitatsiya qilinadi.

Zarur asboblari: dekapitatsion ilmoq, qayrilgan uzun to'mtoq uchli qaychilar, bachadon bo'ynini ko'zdan kechirish uchun ko'zgular, pulevoy qisqichlar, chok solish uchun (bachadon bo'yni va oraliqning shikastlanish ehtimolini nazarda tutib) asboblari (275-rasm).

Operatsiya texnikasi: homilaning qo'li chiqib qolgan bo'lsa, unga qovuzloq solib, yordamchiga uzatiladi. Qovuzloq solingan qo'lni yordamchi pastga va homilaning chanoq tomoniga tortadi. Qo'lni tug'ruq yo'llariga kiritib, homilaning bo'yni qidirib topiladi va gir aylantirib ushlanadi; bosh barmoq oldinda, ko'rsatkich barmog'i bilan o'rta barmoq esa orqada turadi. So'ngra qo'l bo'ylab dekapitatsion ilmoq kiritiladi, bu ilmoq homilaning bo'yniga (tugmasini pastga qaratib) solinadi. Ilmoq dastasi pastga qarab qattiq tortiladi va bosh tomonga aylantiriladi. Ayni vaqtda homilaning umurtqa pog'onasi qirs etib sinadi (276-rasm).

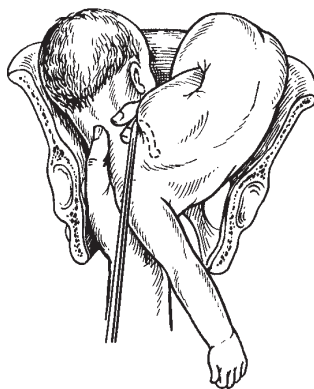
Umurtqa pog'onasi singach, ilmoq olinadi, homila bo'ynining yumshoq to'qimalari to'mtoq uchli qaychida ichkaridagi qo'l bilan qirqladi. Homila boshidan ajratilgach, qo'lidan tortib chiqariladi. Homila yelkalarini chiqarish qiyin bo'lganda o'mrov suyaklari qirqladi. Homila boshi qo'lda tortib olinadi, buning uchun qo'lni bachadon bo'shlig'iga kiritib, ko'rsatkich barmoq homilaning og'ziga suqiladi va tortib chiqariladi.

Homila boshini qo'lda olib bo'lmasa, teshib, miyasi uziladi va kranioklastda tortib olinadi.

Operatsiyadan keyin bachadon bo'yni, qin va oraliq sinchiklab ko'zdan kechiriladi.



275-rasm.
Braun's
dekapitatsion
ilmog'i.



276-rasm. Dekapitatsiya.

KLEYDOTOMIYA

Kleydotomiya – yelka kamarining hajmini kichraytirish maqsadida o'mrov suyaklarini qirqish. Zaruriyatga ko'ra o'mrov suyaklarining ikkalasi qirqladi. Dekapitatsiyadan keyin yoki yirik homilani tug'ishda kleydotomiya zarur bo'lib qolishi mumkin.

Operatsiya tug'ruq yo'llariga suqilgan qo'l nazorati ostida qilinadi. Ichkaridagi qo'lning ikki barmog'i o'mrov suyagining o'rtasiga qo'yiladi: uchi

to'mtoq uzun qaychilar (yumilgan holatda) o'sha qo'lining kaft yuzasi bo'ylab kiritilib, o'mrov suyagiga yaqinlashtiriladi va suyak qirg'iladi. Bir tomondagi o'mrov suyagi qirg'ilgach, yelka kamari 2,5–3 sm kichrayadi, ikkala tomondagi o'mrov suyagi qirg'ilganidan keyin esa yelka kamari 5–6 sm kichrayadi.

EMBRIOTOMIYA

Embriotomiya homilani bo'laklarga bo'lib tug'dirib olish operatsiyasi. Uning eventratsiya (evisseratsiya), spondilotomiya turlari mavjud.

EVENTRATSIYA

Eventratsiya – homilaning qorin devorini yoki ko'krak qafasini kesib, ichki a'zolarini olib tashlash.

Vaqtidan o'tkazib yuborilgan ko'ndalang vaziyatda bachadon bo'yni qo'lga ilinmaydi va homila boshini tanasidan ajratib bo'lmaydi, shunday hollarda yoki homila mayriq bo'lganda eventratsiya qo'llaniladi. Operatsiya bachadon bo'yni teshigi to'la ochilgach qilinadi. Homilaning qorin devori qaychida qirg'ilib, ichki a'zolari olib tashlanadi. Ko'krak qafasiga qo'l yaqinlashtirish osonroq bo'lsa, qovurg'alarni kesib, ko'krak qafasi ochiladi. Ichki a'zolar olib tashlangach, homila buklab olinadi. Qiyinchilikni yengillatish maqsadida spondilotomiya operatsiyasi qilinadi.

SPONDILOTOMIYA

Spondilotomiya – umurtqa pog'onasini qirg'ish, ichki a'zolar olib tashlangach, umurtqa pog'onasi qaychida qirg'iladi yoki dekapitatsion ilmoq bilan sindiriladi. So'ngra qorin devorining yumshoq to'qimalarini qaychida qirg'ib, tananing yuqori (bosh bilan birga) va pastki qismi (oyoqlar bilan birga) ketma-ket olinadi. Operatsiyadan keyin bachadon bo'yni, qin va oraliq sinchiklab ko'zdan kechiriladi.

OPERATSIYA QILINGAN BEMORLARNI PARVARISHLASH

Akusherlik operatsiyalari chog'ida qo'l yoki asboblardan orqali bachadon bo'shlig'iga qindagi mikroblar tushib qolishi mumkin. Shu sababli akusherlik operatsiyalaridan keyin infeksiya yuqish ehtimoli normal tug'ruqdagiga nisbatan ko'proq hisoblanadi. Akusherlik operatsiyalarida tug'ruq yo'llarining yumshoq to'qimalari shikastlanganidan, ko'pincha infeksiya kiradigan qo'shimcha yo'llar vujudga keladi. Operatsiya yo'li bilan tugallanadigan patologik tug'ruqda ayol ko'pincha qon yo'qotadi, bu esa infeksiyaning avj olishiga qulay sharoit

tug‘diradi. Bolasi tirik tug‘ilmagan (homilani yemirish operatsiyasi qilingan, bolasi juda ham chala bo‘lgan va hokazo) ayollar ma’yusliklarini ularni parvarishlash chog‘ida hisobga olish kerak.

Operatsiya qilingan ayollar asosan tinch yotishi, sutkasiga kamida 8–10 soat uxlashi kerak. Zarur bo‘lsa kechqurun bromidlar (bola emizmaydigan ayollarga) buyuriladi. Tug‘ayotganda bolasi o‘lgan ayollarni bola emizadigan onalardan alohida yotqizgan ma’qul.

Tug‘gan ayollarning tagini tozalash, kateterlash, ularga dori yuborish va bog‘lov materialini almashtirish chog‘ida aseptikaga qat’iy rioya qilish zarur. Qilingan operatsiyaning turi va bemorning individual xususiyatiga qarab, parhez va rejim buyuriladi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorning harorati va pulsiga jiddiy e’tibor berish, sut bezlarining (to‘g‘ri emizish, sutini sog‘ib olish, ko‘krak bezlarini parvarish qilish), shuningdek, ichak va siydik chiqarish yo‘llarining funksiyasidan xabardor bo‘lib turish, zaruriyatga ko‘ra organizmning umumiy holatini mustahkamlaydigan dorilar va antibiotiklar buyurish lozim. Tug‘gan ayol tug‘ruqxonadan uyiga jo‘natilganda tug‘ruqning qanday o‘tganligi va qilingan operatsiya to‘g‘risida ma’lumotnoma beriladi (70 kunlik ta’til olish uchun shunday ma’lumotnoma talab qilinadi).

Tug‘ib uyiga kelgan, ona va bolani akusher patronaj yo‘li bilan (uyiga borib) muntazam kuzatib boradi.

Nazorat uchun savollar

1. Akusherlik operatsiyasining tasnifi.
2. Akusherlik operatsiyalariga tayyorlash va og‘riqsizlantirish turlari.
3. Bachadonni qirish operatsiyasi, ko‘rsatma va texnikasi.
4. Homila qoldiqlarini barmoqda olib tashlash.
5. Tug‘ruq yo‘llarini tug‘ruqqa tayyorlash operatsiyalari.
6. Akusherlik burish operatsiyalari.
7. Akusherlik qisqichlari, ko‘rsatmalar, shart-sharoit va texnikasi.
8. Kesar kesish operatsiyasi, turlari, ko‘rsatmalar, shart-sharoit va texnikasi.
9. Vakuum ekstraktsiya operatsiyasi, ko‘rsatmalar, shart-sharoit va texnikasi.
10. Homilani yemirish operatsiyasi, turlari, ko‘rsatmalar, shart-sharoit va texnikasi.

IV QISM. AKUSHERLIKDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH

XXXII BOB. TERMINAL HOLATLARDA ORGANIZM ASOSIY TIZIMLARINING PATOFIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Homiladorlik va tug'ruqda to'satdan terminal holatlar keltirib chiqaruvchi asoratlarning turlari.

O'zbekiston Respublikasi sharoitida 60–65% hollarda homiladorlik va tug'ruq mo'tadil fiziologik me'yorda kechishi, qolgan 35–40% tug'ruq u yoki bu holdagi patologik tarzda kechishi kuzatiladi.

Homiladorlik va tug'ruqning ba'zi bir xil asoratlari akusherlik amaliyotida juda muhim o'rin tutadigan, zudlik bilan reanimatsiya chora-tadbirlarni talab qiladigan ekstrimal holatlarni sodir etadi. Bunday asoratlardan homiladorlik davrida uning ikkinchi yarmida, ayniqsa tug'ruq oldi dekret ta'tilining so'nggi haftalarida ko'p uchraydigan kechki gestozlar (preeklampsiya, eklampsiya holati) plasentaning oldinda joylashuvi va barvaqt ko'chishi oqibatida sodir bo'ladigan qon ketishlar, tug'ruq va undan keyingi dastlabki davrida esa bachadondan gipotonik qon ketishlar, septik infeksiya (sepsis, septik shok) homila gipoksiyasi va chaqaloqlar asfiksiyasi, gemorragik shok, gipo-afibrinogepemiya, DVS (tomir ichi keng tarqalgan qon ivishi sindromi) sindromi holatlari akusherning hamisha hushyor, o'tkir zehnlil bo'lishini hamda lozim bo'lganda zudlik bilan terminal holatdagi ayollarga tez va shoshilinch yordam ko'rsata bilishi talab qiladi.

REANIMATOLOGIYA HAQIDA TUSHUNCHA

Reanimatologiya so'zi lotin tilidan olingan bo'lib, "re" – qayta, "anaemary" – tiriltirish, "logos" – ta'limot, ya'ni organizmni qayta jonlantirish haqida ta'limot degan ma'noni anglatadi.

Akademik V.A.Negovskiy ta'riflashicha, "Reanimatologiya – bu o'layotgan organizmdagi bir qancha tizimlarga ta'sir etgan holda markaziy asab tizimining o'lishini oldini olish va so'nayotgan miya funksiyasini qaytadan to'liq tiklash haqidagi fan deb qarash mumkin". Reanimatologiya – bu inson hayotida terminal holatlarning patologiyasi, terapiyasi va profilaktikasini, klinik o'limga qarshi kurash, bemorni bu holatdan olib chiqish chora-tadbirlarini o'rgatadi.

Uning asosiy vazifasi o'limga olib keluvchi mexanizmlarni o'rganish, hayot bilan o'lim oralig'idagi holatni (terminal holat), hayot uchun zarur bo'lgan funksiyalarni qayta jonlantirish va undan keyingi davrni boshqarishdan iborat.

O‘lim – odam organizmi va to‘qimalar hayot faoliyatining asta-sekin so‘nishi, organizmdagi tizimlar funksiyasining ketma-ket buzilishi oqibatida hayotning to‘xtashi demakdir. Shu holat ya‘ni ketma-ket va sekin-asta funksiyalarning to‘xtashi jonlantirish uchun vaqt va imkoniyat beradi.

Terminal holatlar

Terminal holatlarga preagonal, agonal holat va klinik o‘lim kiradi.

Preagonal holat markaziy asab tizimi faoliyatining buzilishi bilan xarakterlanadi.

Bemor karaxt yoki hushsiz, qon aylanishi buzilgan, qon bosimi 70–60 mm simob ustuniga teng yoki o‘lchab bo‘lmaydigan darajada, pulsi yuzaki, tezlashgan, periferik qon aylanish buzilishining aniq belgilari bor, teri oqish yoki ko‘kmtir (sianoz) yoki oqargan, bo‘g‘ilish ko‘zga tashlanadi. Preagonal holat uzoq davom etishi mumkin.

Agonal holat. Agonal yunoncha “agon” kurashmoq degan so‘zdan olingan.

Klinik o‘lim boshlanishidan oldin agoniya – bevosita o‘limdan oldin ro‘y beradigan organizmning reaktiv va muvofiqlashtiruvchi so‘nggi alomatlari ro‘y beradi. Bunda organizmning boshqaruv tizimlari izdan chiqib, talvasa tutadi, puls tezlashadi, o‘pka shishadi, yurak aritmiyasi kuzatiladi, qon bosimi ko‘tariladi (periferik qon tomirlari spazmi tufayli) nafas olish to‘liq bo‘ladi. Bu reaksiya o‘layotgan organizmning hayotini saqlab qolish uchun kurashidir.

Bu holat gipoksiyaning chuqurlashishi, bosh miya qobig‘i faoliyatini so‘nishiga olib keladi, bu esa hushning yo‘qolishiga sabab bo‘ladi. Yurak qon tomirlari faoliyati agonal holatda o‘zgarishlarga uchraydi. Periferik qon tomirlar spazmi agonal qo‘zg‘aluvchanlikda ro‘y beradi va asta-sekin parhez holatiga o‘tadi. Bu holatda qon bosimi tushadi, pulsi ipsimon, keyinchalik aniqlab bo‘lmaydigan darajaga keladi, yurak tonlari bo‘g‘iq yoki eshitilmaydi. Yurak faoliyati haqida uyqu arteriyasidagi pulsga qarab fikr yuritish mumkin. Nafas olish tezlashadi va chuqurlashadi. Buning natijasida miya gipoksiyasi ortib boradi. Agonal holatdagi nafas olishning o‘zgarishi boshlang‘ich davrda tez va chuqur, keyinchalik yuzaki va nafasning to‘xtashi bilan xarakterlanadi, bu holat terminal pauza deyiladi, u bir necha sekunddan 2–3 daqiqaga qadar davom etishi mumkin.

Terminal pauzadan so‘ng agonal nafas olish boshlanadi, sekin-asta nafas harakatlari yuzakilashadi va qisqa muddatli nafas chiqarmay turish yoki ikki fazali nafas chiqarish (tutqanoqli nafas olish) kuzatiladi va shu orada nafas olish to‘xtaydi.

Klinik o‘lim hayot va o‘lim o‘rtasidagi oraliq holat, buni hali o‘lik yoki tirik deb ham bo‘lmaydi.

Klinik o‘lim markaziy asab tizimi, qon aylanishi va nafas olish tizimlari faoliyatining to‘xtab qolishi lahzasidan boshlanib qisqa muddat davom etadi,

lekin shu muddatda to'qimalar va ayniqsa bosh miyada qayta tiklab bo'lmaydigan o'zgarishlar ro'y bermagunga qadar bo'lgan davr.

Demak klinik o'limda organizmni qayta jonlantirish mumkin.

Klinik o'lim 5–7 daqiqa davom etadi. Gipotermiya sharoitida organizmning kislorodga bo'lgan ehtiyoji kamroq bo'lganligi sababli klinik o'lim 1 soatgacha davom etishi mumkin. Bu davrda qon aylanishi, nafas olish to'xtaydi, reflekslar yo'qoladi, lekin almashinuv jarayonlari to'xtamagan bo'ladi.

Kislorod kelishi to'xtagach almashinuv glikoliz yo'li bilan sodir bo'ladi, bu esa asab tolalarining hayotini minimal darajada saqlaydi, sekin-asta miyadagi glikogen, adenozintrifosfat kislota va asab to'qimasi o'ladi.

Biologik o'lim organizm hayot faoliyatining batamom barham topib, barcha fiziologik jarayonlarning to'xtab qolishidir; u boshlangandan keyin tez orada murdada o'limdan keyin paydo bo'ladigan bir qancha o'zgarishlar ro'y beradi.

Homiladorlik davrida gemostazning moslashuvi (adaptatsiyasi)

Fiziologik sharoitda gemostaz (qon ivishi jarayoni) qon tomirlar devorlarining holatiga, trombositlar miqdori va sifatiga, qon ivish faktorlari hamda fibrinolizga bog'liq. Ularning o'zaro munosabati qonning tomirlardagi sirkulatsiyasini va har xil jarohatlar natijasida qon ketganda qonning to'xtashini ta'minlanadi.

Homiladorlik vaqtida qon ivish tizimi fibrinoliz o'zgarishlarga uchraydi. Ivish faktorlari va fibrinogen aktivligi oshadi.

Bachadon-plasenta tizimi qon tomirlarida fibrin to'planadi va fibrinolizni susaytiradi.

Bunday o'zgarishlar va umumiy aylanib yuruvchi qon hajmining ko'payganligi plasenta ajralganda qon ketishini oldini oladi, qon tomirlarida tromblar hosil qiladi, homiladorlik tufayli kelib chiqadigan salbiy oqibatlar tromboemboliya, qon ketishidan kelib chiqadigan DVS sindromini oldini oladi.

Qon tomirlar devorining butunligi. Qon tomirlar devorining butunligini saqlashda trombositlar muhim ahamiyatga ega. Trombositlar miqdori kamayganda yoki funksiyalari buzilganda kapillarlardan kuchli qon ketadi. Trombositlar normada mikrotromblar hosil qilib qon tomirlar devoridagi mikrodefektlarni berkitadi, keyinchalik fibrinoliz tufayli erib ketadi.

Trombositlar buzilgan bazal membranadagi kollagenga yopishadi, keyin trombositlarning o'zida o'zgarish hosil bo'ladi, ularning shakllari o'zgaradi va ADF (adenozindifosfat) ajralib chiqadi. ADF ajralishi trombositlar agregatsiyasini stimulatsiya qiladi.

Shu reaksiyalar oxirida trombin va fibrin hosil bo'lishini tezlashtiradi. Katta qon tomirlar buzilganda trombositlar defektni yopa olmay qoladi. Bunda qon tomirlarining qisqarishi va koagulyatsiya mexanizmi katta rol o'ynaydi.

Koagulatsiya tizimi. Koagulatsiyaning oxirgi hosilasi qon plazmasidagi erigan fibrinogendan erimaydigan fibrinning hosil bo'lishidir.

Fiziologik homiladorlik paytida gemostaz tizimida VII–VIII–X ivish faktorlari, ayniqsa plazmadagi fibrinogen miqdori ko'payadi, bu esa homiladorlik vaqtida eritrositlarning cho'kish tezligi (ECHT) ko'tarilishining asosiy sababi hisoblanadi. Fibrinoliz gemostazdagi dinamik o'zaro ta'sir etuvchi mexanizmining bir qismi hisoblanadi, u qondagi plazminogenning faolligiga bog'liq bo'ladi.

Plazminogen aktivatori bachadonda, tuxumdonlarda, yurakda, o'pkada, qalqonsimon bezda, buyrak usti ortiqlari va limfatik tugunlarda ko'p uchraydi, uning aktivligi vena qon tomirlarida aniqlanadi.

Tananing pastki qismlarida vena qon tomirining tiqilishi fibrinolizni stimulatsiyalaydi; fibrinolizning ikki turdagi ingibitorlari; antiplazminogenlar va antiplazminlar tavofut etiladi.

Plazminogen ingibitorlariga epsilon aminokapron kislotasi va antifibrinolitik agent kiradi.

Plazminning aktivligini trombositlar, plazma va zardob juda susaytiradi. Normada plazmadagi antiplazmin plazminogenga nisbatan baland bo'ladi.

Plazmaning fibrinolitik aktivligi homiladorlik paytida, ayniqsa tug'ruq davrida susayadi, plasenta tug'ilgach 1 soatdan keyin o'zining oldingi holatiga qaytadi.

Bu esa plasentada fibrinolizni blokada etuvchi ingibitorlar borligidan darak beradi. Demak homiladorlik paytida fibrinoliz jarayonining tormozlanishiga plasentaning ahamiyati kattadir.

Homiladorlik paytida qonning ivishi tizimida sodir bo'ladigan o'zgarishlar koagulatsion aktivlikni doimo susaytiradi. Elektron mikroskop orqali tekshirilganda plasentaning vorsinkalar orasidagi bo'shliqlarda va spiral arteriyalar devorida fibrinogen to'planishini ko'rish mumkin. Homiladorlik rivojlanishi bilan elastik membrana va ulardagi muskullardan iborat qatlam orasida fibrin to'planadi. Plasenta ajralayotganda miometriy qisqaradi va plasentaga kelayotgan qon kamayadi. Spiral arteriyalar devoridagi o'zgarishlarga, qon tomirlari terminal qismining berkilishi sabab bo'ladi. Plasenta tug'ilgandan keyin uning nayi fibrin qobiq (plenka) bilan qoplanadi.

Bachadon va plasentar qon aylanishi homiladorlikning oxirida periferik qon tomirlari qarshiligining kamayishi, plasenta va bachadon vaznining ortishi, homilador ayol organizmida umumiy aylanib yuruvchi qon hajmi sezilarli darajada ko'payishi kuzatiladi. Bu holat bachadon plasentar qon aylanishi doirasidagi qon tomirlari qarshiligining kamayishi bilan uzviy bog'liq.

Plasenta qon tomirlari kam qarshilikka ega bo'lganligi sababli qon aylanishi passiv ravishda boshqariladi, bu esa bachadon – plasentar qon aylanishining miogen autoregulatsiya mexanizmining yo'qligi tufayli sodir bo'ladi. Shunday

qilib bachadonning qon tomirlari homiladorlikning oxirgi muddatida maksimal kengaygan bo'ladi. Ma'lumki fiziologik o'tayotgan homiladorlikda progesteron miqdorining ko'p bo'lishi bachadon muskullaridagi tomirlarni bo'shashtiradi va bachadon-plasentar qon aylanishini kuchaytiradi.

Bachadon bo'shlig'i hajmining qisqarishi (qog'onoq suvlarining ketishi, homilaning tug'ruq yo'llaridan siljishi) plasenta yuzasini kichrayishiga va bachadon-plasentar qon aylanishining kamayishiga olib keladi.

Tug'ruq vaqtida bachadon qisqarishi natijasida miometriydagi bosim arterial bosimga nisbatan ortadi. Shu tufayli vorsinkalar orasidagi bo'shliqdan venoz qoni oqib ketishi vaqtincha to'xtaydi, arteriyadan qon kelishi ham tugaydi, bu holat homila qonidagi kislorodning parsial bosimi (PO_2) kamayishiga olib keladi.

Tug'ruq kuchlari sustligida miometriydagi gemodinamika o'zgaradi, bu esa homila va plasenta gipoksiyasiga olib keladi.

E.T. Mixaylenkoning kuzatishlariga ko'ra miometriydagi PO_2 – kislorodning parsial bosimi tug'ruq boshlanishida 19,1 mm simob ustuniga teng bo'lib, tug'ruq kuchayganda 10,8 – 0,28 mm simob ustunigacha kamayadi. Odatda dard va to'lg'oq davrida PO_2 juda kamayadi, ayniqsa "charchagan" miometriyda PO_2 normaga nisbatan 5,7 – 3,2 marta kamayadi.

Normal homiladorlikda gemoglobin miqdori 110 g/l dan kam bo'lmasligi kerak 110 g/l – 80 g/l homiladorlarda yengil shakldagi anemiyadan, 70 g/l va undan past bo'lishi og'ir anemiyadan darak beradi.

Homiladorlikda qizil qon tanachalari massasining (QQTM) ortishiga tarkibida temir moddasi bor preparatlar qabul qilish ta'sir etadi. QQTM sog'lom, homilador bo'lmagan ayollarda 1400 ml ni tashkil etadi, homilador ayollarda esa 240 ml ga – 18 foizgacha ko'payadi.

QQTM ortishi asosan homiladorlikning I trimestrda va egiz homiladorlikda kuzatiladi. Tug'ruq paytida esa uning miqdori kamayadi.

Organizmda eritropoezni fiziologik jihatdan idora etib turuvchi modda eritropoetin gormoni hisoblanadi. Homiladorlikning II trimestrida eritropoetin miqdori oshadi, bu plasentar laktogen ajralishini kuchaytiradi, bu esa qizil qon tanachalar massasi va plazmaning ko'payishiga olib keladi. Shuningdek, gematokrit o'zgarishiga, ya'ni qizil qon tanachalari hajmining plazma hajmiga bo'lgan nisbati o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Temir almashinuvi: qondagi temir moddasining konsentratsiyasi homiladorlik paytida homilador bo'lmagan ayollarga nisbatan kamayadi. Homiladorlik paytida qondagi temir moddasining o'rtacha miqdori:

- I trimestrda – 21 mkmol.l
- II trimestrda – 14,6 mkmol.l
- III trimestrda – 10,6 mkmol.l

Homiladorlikda temir konsentratsiyasining kamayishini giperplaziya, homila va plasenta rivojlanishiga sarflanishi bilan tushuntirish mumkin.

II trimestrda sutkasiga 3–4 mg gacha, III trimestrda esa 6,6 mg gacha temir moddasiga ehtiyoj seziladi. Shuning uchun ham homiladorlik paytida kamqonlik kuchayishi yoki yangidan paydo bo'lishi mumkin.

Suv, elektrolitlar balansi va uning buzilishi

Katta odam organizmining 70–60% og'irligini suv tashkil etadi, yosh o'tgan sari organizmdagi suv miqdori kamayadi.

Organizmدا suv uchta vazifani o'taydi:

1. Suv plastik element hisoblanadi, u hujayralar, interstinal suyuqliklar, tomirlar bo'shlig'ini to'ldirib, transport vazifasini o'taydi.

2. Kolloid kristalloid, tuzlar mikroelementlarning universal erituvchisi vazifasini o'taydi.

3. Kimyoviy reaktiv xossasiga ega bo'lib, organizmda sodir bo'ladigan ko'pgina reaksiyalarda ishtirok etadi.

Shu funksiyasiga asosan suv organizmda erkin holda yoki tuzlar, oqsillar, kristalloidlarda erigan holda uchraydi.

Suv uchta bo'shliqda to'planadi:

Hujayralar tarkibida 50%;

Interstinal suyuqliklar 15%;

Tomirlar orasida 5%.

Interstinal suyuqliklarga miyadagi, seroz bo'shliqlardagi suvdan tashqari (plevra, qorin bo'shlig'i) orqa miya suyuqligi va sinovial suyuqlik kiradi.

Sanab o'tilgan bo'shliqlarda suvning to'planishi katta hujayralar (kletochnaya) membranasi va katta kapillar tomir membranasi suv va elektrolitlar uchun o'tkazuvchan, lekin oqsil molekulalarini o'tkazmaslik xususiyatiga bog'liq.

Mana shu membranalarini o'tkazuvchanligidagi farq suvni shu uchala bo'shliqlarda normal miqdorda bo'lishini ta'minlaydi.

Hamma biologik suyuqliklar tuzlar, kolloidlar va kristalloidlar erigan eritma hisoblanadi. Tuz va ko'pchilik kolloidlar ionlangan holatda uchraydi, demak elektr zaryad tashiydi. Normada biologik suyuqliklar elektrolitar holatida teng musbat va manfiy zaryadlarni tashib yuradi. Suyuqlik muhitidagi elementlar og'irlik o'lchovida beriladigan milligram prosent, ekvivalentlar (milliekvivalent) yoki molyar birliklarida 1 milli mol hisobida yuritiladi.

Suv balansi

Normal sharoitda organizmdan chiqariladigan suv miqdoriga teng.

Suv organizmga ichish (1200–1400 ml), oziq moddalari orqali (1000 ml. ga qadar); metabolik yo'l bilan (ya'ni oddiy oqsillar, yog'lar va uglevodlarning

parchalanishi natijasida 300 ml gacha) kiradi. Organizm oʻrtacha bir sutkada 2500–2700 ml suv qabul qiladi.

Suv organizmdan siydik (1300–1500 ml), axlat (100 ml), teri yuzasi (500 ml) va nafas yoʻllari orqali (500 ml gacha) chiqariladi.

Tana haroratining koʻtarilishida organizm 3–8 litrgacha terlash orqali suv yoʻqotadi.

Elektrolitlar balans

Tana ogʻirligining 5% ini mineral moddalar tashkil etadi. Normal sharoitda qabul qilingan kaliy miqdori odam organizmida agar tana vazni 70 kg boʻlsa 150–200 g. (3750–5000 mmol) gacha boʻladi. Shulardan 95–98% i hujayralarida va faqat 2% i interstinal suyuqlikda va plazmada.

Kaliy. Organizmda kaliy miqdori kamaysa uglevodlar almashinuvi, fosforlanish jarayoni buziladi, muskullar gipotoniya vujudga keladi.

Silliqlik muskullar zararlanishi, qusish, meteorizm, ichaklar va siydik pufagi parezini keltirib chiqaradi. Gipokaliyemiya yurak tomirlar funksiyasini buzilishi, miokard qisqaruvchanligining susayishi, yurak uchida sistolik shovqin paydo boʻlishi, qon bosimining tushishi, yurak boʻshliqlarining kengayishiga olib keladi.

Natriy. Organizmning natriyga boʻlgan sutkalik ehtiyoji 4–5 g ga teng. Qusish, ich ketish, ovqatlanishning buzilishi, koʻp terlash natriyning kamayishiga olib keladi.

Bunda darmonsizlik, bosh ogʻrigʻi, koʻrish qobiliyatining susayishi, pay reflekslarining susayishi, arterial gipotenziya, taxikardiya paydo boʻladi.

Natriy yetishmovchiligini tuz va bikarbonat eritmalari quyish orqali rostlash mumkin.

Xlor hujayralar sirtidagi anion hisoblanadi. Gipoxloremik holat xirurgik bemorlarda Na, K kationlar balansini buzilganda, qusish, ich ketish, ichaklar tutilganda uchraydi.

Yurak-qon tomirlar tizimining homiladorlikka moslashuvi

Homiladorlik ayolning yurak-qon tomirlar tizimiga katta taʼsir etadi. Oʻzgarishlar faqat yuragi kasal homilador ayollarda emas balki sogʻlom ayollarda ham namoyon boʻladi. Sogʻlom ayollar homiladorlik davrida yurakka tushadigan qoʻshimcha yuklamani bemaʼlol uddalaydi.

Homiladorlik vaqtida ona va bola organizmlarini sharoitga moslashishiga qaratilgan gemodinamik oʻzgarishlar sodir boʻladi: qon hajmining ortishi, yurak urishi oshadi va venoz qon bosimi koʻtariladi.

Homiladorlik davrida qon ishlab chiqish jarayoni kuchayadi: gemoglobin, eritrositlar, leykositlar soni ortadi, qon plazmasi, plazma hajmi (PH) va aylanib

yuruvchi qonning umumiy hajmi (AYuQH) oshadi. Buni jadvalda quyidagicha ifodalash mumkin.

	AYuQH	PH
Homilador bo'lmagan sog'lom ayollarda	66,16 ± 3,31	41,69 ± 2,62
Homilador ayollar (III trimestr)	82,19 ± 2,14	52,89 ± 1,34

AYuQH – aylanib yuruvchi qonning umumiy hajmi; **PH** - plazma hajmi

Homiladorlikda fiziologik gipervolemiya

Mikrosirkulatsiya homiladorlik va tugʻruq davrida plasenta va hayot uchun zarur boʻlgan aʼzolar miya, yurak, jigar, buyraklarga kislorod hamda boshqa kerakli oziq moddalarni tashib berishga qulay sharoitni saqlab turuvchi mexanizm hisoblanadi.

Qon plazmasi homiladorlikning 10-haftasidan boshlab koʻpayadi (34-haftasigacha) keyin sekinlik bilan koʻpayib borib, homiladorlik oxirida plazmaning aylanib yuruvchi hajmi homilador boʻlmagan ayollar plazma hajmiga nisbatan 2600 ml dan 3900–4000 ml gacha koʻpayishi kuzatiladi. Eritrositlar hajmi 10 haftaligidan boshlab homiladorlik oxiriga qadar oshib boradi. Plazma va eritrositlar koʻrsatkichi oshganligi sababli gemotokrit va gemoglobin konsentratsiyasi kamayadi. Homiladorlikning 32–34-haftasidan esa koʻpaya boshlaydi.

Umumiy aylanib yuruvchi qon hajmi uch oylik homiladorlik muddatidan boshlab 36 haftalikkacha, yaʼni homiladorlikning I va II trimestrida plasenta rivojlanishi va oʻsish davrida koʻpayadi, oʻrtacha 25–48% oshadi.

III trimestrda esa plasenta oʻsishi susayganligi sababli uning oʻsish surʼati pasayadi.

Qon bosimi. Normal kechayotgan homiladorlikning II trimestrida sistolik va diastolik qon bosimi 5–15 mm simob ustunigacha kamayadi.

Ayniqsa homiladorlikning 28-haftasida eng past diastolik qon bosimi kuzatiladi, keyinchalik asta-sekin ortib, homiladorlik oxirida esa dastlabki koʻrsatkichgacha va undan koʻp koʻtarilmaydi. Agarda homilador ayoldagi qon bosimi (AB) homiladorlikkacha boʻlgan qon bosimiga nisbatan 15–20% oshsa demak, bu gestozdan darak beradi.

Egiz homiladorlikda qon bosimi birmuncha yuqori boʻlishi kuzatiladi, bunda koʻproq sistolik va diastolik arterial qon bosimi oshadi.

Qon bosimini koʻtarilishiga aorta distal boʻlagining homilador bachadon bilan qisilishi sabab boʻladi.

Puls. normada katta kishining pulsi bir daqiqada 60–80 martagacha boʻladi. Odatda esa taxikardiya gipoksiya, gipovolemiya, intoksikatsiya, gipertermiya,

tireotoksikoz, yana miokardning zararlanishida, yurak klapanlari zararlanishi holatlarida qayd etiladi.

Fiziologik taxikardiya homiladorlik vaqtida, jismoniy mehnat qilayotganda kuzatiladi. Yurak qisqarishi chastotasi homiladorlikning III trimestrida maksimumga yetadi, homilador bo'lmagan ayollarga nisbatan 15–20 martagacha ortadi. Fiziologik homiladorlikning oxirida yurak bir daqiqada 80–90 martagacha uradi.

Markaziy venoz bosimi homiladorlikning III trimestrida o'rtacha 8 (4–12 sm) simob ustuniga, homilador bo'lmagan ayollarda 3,6 (2–5 sm) simob ustuniga teng bo'ladi. Yurakning daqiqalik hajmi homiladorlikning 30–32-haftasigacha ko'payib, keyinchalik asta-sekin homiladorlikning oxiriga qadar homilador bo'lmagan ayollardagi hajmga tenglashadi.

Homiladorlik davrida yurakning ishiga estrogen gormonlar sekretsiyasi, kortizol va qalqonsimon bez gormonlari ta'sir etadi. Homiladorlar yuragiga qo'shimcha yuklama tushishiga aylanib yuruvchi qon hajmining oshishi, ayolning vazni va gorizontal holatda yurakning joyidan siljishi, qorin bo'shlig'idagi bosimning ortishi va diafragmaning yuqoriga siljishi ta'sir etadi.

Bachadon tubining balandligi, diafragma harakatchanligining chegaralanganligi ko'krak qafasida yurak joylashishini o'zgartiradi. Shuning uchun sog'lom homiladorlarda yurak uchida, 10% ayollarda esa o'pka arteriyasi sohasida sistolik shovqin eshitiladi.

Ayrim tekshiruvchilar fiziologik homiladorlikda I ton yurak uchida kuchayishini e'tirof etadi. Fiziologik homiladorlikda II ton uncha o'zgarishga uchraymaydi.

O'tkir yurak va qon tomir yetishmovchiligi. Sabablari, belgilari, shoshilinch yordam ko'rsatish

O'tkir yurak va qon tomir yetishmovchiligi deb yurakning qisqarish faoliyatining buzilishi natijasida organizmda qon aylanishini o'tkir susayishiga aytiladi. Keyingi yillarda o'tkir yurak va qon-tomir yetishmovchiligi tushunchasi "yurak qonni kam miqdorda haydashi" sindromi deb atala boshlandi.

O'tkir yurak va qon-tomir yetishmovchiligi organizmning ko'pgina a'zo va tizimlarida og'ir o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Yurak va qon-tomir yetishmovchiligining surunkali xilida, organizm qon aylanish yetishmovchiligiga ancha moslashgan bo'ladi (yurak nuqsonlari, kardioskleroz va boshqa surunkali kasalliklarda).

Organizmda qon aylanishining o'tkir buzilishi 2 turga bo'linadi:

1. Yurakni qon haydash faoliyatining buzilishi, o'tkir yurak yetishmovchiligi.
2. Qon-tomirlarning tonusi va tomir devorlarining fizik-mexanik buzilishi.

O'tkir qon-tomir yetishmovchiligi ko'pgina hollarda qon aylanishining buzilishiga, yurak va qon-tomir tizimi birgalikda sabab bo'ladi.

Sabablari. O'tkir yurak va qon-tomir yetishmovchiliklariga yurak qon-tomir tizimidagi kasalliklar (yurak nuqsonlari, miokarditlar, yurak ishemik kasalliklari, o'pka arteriyasi troboemboliyasi, aritmiya, gipertonik kasallik), bosh-miya travmalari va insultlar, endogen va ekzogen zaharlanishlar, gipovolemiya (gipovolemik, gemorragik shok), gipoksiya va anafilaktik shoklar, homiladorlik gestozlari va boshqa kasalliklar sabab bo'ladi.

Yurak va qon-tomir yetishmovchiligi kelib chiqishining yana bir sababi, yurak sistolik hajmining ko'payishidir. Gipervolemiya natijasida yurak keragidan ortiq qon haydashga majbur bo'ladi. Bu holat ko'pincha qisqa vaqtda keragidan ortiq qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni bemorga quyish natijasida yoki siydik haydovchi dori moddalarini kerakli vaqtda qo'llamaslik sababli sodir bo'ladi.

Chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi

Chap qorincha yetishmovchiligi, yurak yetishmovchiligining ko'p uchraydigan turi bo'lib, ko'pincha miokard infarkti, gipertonik kasallik, kardioskleroz, o'tkir qon ketishi, homiladorlikning kechki gestozlari, yurakning mitral nuqsonlari sababli kelib chiqadi.

Chap qorinchaning toj tomirlar bilan kam ta'minlanganligi, chap qorincha yetishmovchiligini kelib chiqishiga zamin yaratadi.

Chap qorincha yetishmovchiligining sabablari: yurak toj tomirlarining sklerozi, yurakning mitral va aortal nuqsoni, gipertonik kasallik, ko'p qon ketishi, miokard infarkti, o'tkir zaharlanishlar, kechki gestozlarda qon bosimining ko'tarilishi.

Chap qorinchaning qon haydash faoliyati susayishi oqibatida, o'ng bo'lmachada ya'ni kichik qon aylanish doirasida (o'pkada) venoz bosim oshib, o'pkada havo yo'llari (alveolalar) ga qonning suyuq qismi chiqa boshlaydi. Natijada o'pka shishi yuzaga keladi.

Klinik belgilari. Hansirash va uning tobora zo'rayib borishi, taxikardiya, arterial qon bosimi oshgan, normal yoki past bo'lishi mumkin. Bemor bezovtalanib, rangi oqaradi, sovuq ter chiqadi, majburiy o'tirgan holatda bo'ladi.

Akrasianoz. O'pkada susaygan vezikular nafas asosida, mayda va o'rta o'lchamdagi ho'l xirillashlar, og'ir holatda esa har xil o'lchamdagi ho'l xirillashlar eshitiladi.

Boshlanish davrida bemor yo'talganda kamgina yopishqoq suyuqlik, keyinchalik kasallik og'irlashganida qizg'ish rangli ko'pikli balg'am ajraladi.

Shoshilinch yordam. O'tkir yurak chap qorincha yetishmovchiligining boshlang'ich davrida namlangan kislorod, yurak glikozidlari: strofantin 0,025%–1,0, korglyukon 0,06%–1,0 yoki digoksin 0,025%–1,0 vena ichiga. Eufillin 2,4%–10,0 vena ichiga. Og'riqsizlantiruvchi analgin 50%–2,0, dimedrol 1%–1,0 bilan muskul orasiga yoki baralgin – 5,0 muskul orasiga yuboriladi.

Til ostiga nitrogilitserin tabletikasi har 5–6 daqiqada berib turiladi. Bemorning oyogʻi tanadan past qilib yotqiziladi. Oyoqlarga issiq vannalar yoki venoz jgutlar bogʻlanadi.

Ogʻir darajalarida va oʻpka shishida namlangan kislorod spirtli eritma orqali Bobrov apparati yordamida beriladi, vena ichiga yurak glikozidlari strofantin 0,025%–1,0, korglyukon 0,06%–1,0 yoki digoksin 0,025%–1,0 yuboriladi. Diuretiklardan furasemid yoki laziks 1%–6 yoki 10 ml vena ichiga. Qon bosimi oshgan boʻlsa, perminganat 0,1%–10,0, benzogeksoniy 2,5%–2–4 ml, pentamin 1%–1–2 ml, yoki nitrogilitserin 1%–2,0 ml 0,9%–200 ml natriy xlorid eritmasiga qoʻshilib vena ichiga tomchilab yuboriladi. Ogʻriqsizlantirish uchun fentanil 0,005%–2,0, droperidol 0,25%–2,0 bilan birgalikda muskul orasiga yoki morfin 1%–1,0 muskul orasiga yuboriladi. Gormonlardan prednizolon 60–150 mg, deksametazon 8–20 mg vena ichiga yuboriladi.

Oʻng qorinchaning oʻtkir yetishmovchiligi

Oʻng qorinchaning oʻtkir yetishmovchiligi yurak yetishmovchiligida alohida kasallik sifatida juda kam uchraydi.

Sabablari. Oʻpka arteriyasi tromboemboliyasi, oʻpka qon-tomirlari kasalliklari, qon va qon oʻrnini bosuvchi suyuqliklar vena ichiga tez quyilganda.

Klinik belgisi. Bemorning ahvoli ogʻir, bezovta, teri qoplamlari koʻkargan. Hansirash, taxikardiya kuchayib boradi. Arterial qon bosimi past, venalarining shishi va asosan markaziy venoz bosim oshishi kuzatiladi. Markaziy venoz bosim 30–40 sm simob ustunigacha yetadi.

Shoshilinch yordam. Yordam koʻrsatishda birinchi navbatda keltirib chiqargan sabablarni aniqlab, ularga qarshi kurashish kerak. Oʻpka arteriyalari trombozi sababli kelib chiqqan boʻlsa 15000–25000 TB geparin vena ichiga, oʻpka qon tomirlari spazmi natijasida kelib chiqqan boʻlsa 2,4%–10,0 eufillin, strofantin 0,025%–1,0, furosemid 1%–4,0, prednizolon 60–150 mg vena ichiga yuboriladi. Muntazam namlangan kislorod berib turiladi.

Qorinchalar yetishmovchiligi

Qorinchalar yetishmovchiligi koʻpgina anestetik moddalarning (ftorotan, barbituratlar) kardiotoksik taʼsiri natijasida yoki uzoq vaqt yurak kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarda koʻp uchraydi. Bunda bemorlarning ahvoli oʻta ogʻir boʻlib, dekompensatsiya darajasida boʻladi.

Oʻtkir qon tomir yetishmovchiligi

Qon tomirlar tonusi yetishmovchiligi yoki organizmda aylanib yuruvchi qonning umumiy hajmining kamayishi natijasida, aylanib yuruvchi qon va qon-tomirlar hajmining bir-biriga mos kelmasligidir.

O'tkir qon tomir yetishmovchiligida tomirlar tonusi tushib ketadi, natijada tomirlar ichida aylanib yurgan qon miqdori kamayadi, gipovolemik holat sodir bo'ladi.

Sabablari: anafilaktik shok, zaharlanishlar, ko'p qon ketish, anestetiklarning qon tomirlarga salbiy ta'siri, ich ketishi, qusish natijasida organizmda elementlarning kamayib ketishi. O'tkir qon tomir yetishmovchiligiga kollaps, hushdan ketish va shok holatlari kiradi.

Kollaps. Kollaps o'tkir qon tomir yetishmovchiligining bir turi bo'lib, qon tomirlar tonusining tezda tushib ketishi yoki aylanib yuruvchi qon hajmining tezlikda kamayishi bilan xarakterlanadi.

Natijada venoz qonning yurakka kelishi kamayib, arterial va venoz bosimi tushib, bosh-miya gipoksiyaga uchraydi va organizmning faoliyati so'na boshlaydi.

Sabablari: o'tkir infeksiyalar, o'tkir qon ketishi, ekzogen va endogen zaharlanishlar, endokrin va asab kasalliklari, orqa miya va peridural anesteziya, qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklari va organizmdagi qonning ortostatik taqsimlanishi, β -adrenoblokatorlarni nojo'ya ta'siri.

Shok. Organizmning kuchli ta'sirlarga reaksiyasi bo'lib, organizm faoliyatining og'ir izdan chiqishi bilan xarakterlanadi.

Klinik belgilari. Umumiy holsizlik, bosh aylanishi, tashnalik. Tana harorati past, oyoq-qo'llari sovuq, teri qoplamalari oqimtir rangda, akrasianoz, ayrim hollarda sovuq ter qoplaydi. Pulsi tez, sust to'liqlikda. AB pasayadi, ko'pincha hush o'zida, ayrim hollarda karaxt, atrofdagilarga e'tiborsiz bo'ladi.

Shoshilinch yordam. Shoshilinch yordam ko'rsatish kollapsni keltirib chiqaruvchi sabablariga bog'liq qon to'xtatish, gipoksiyani oldini olish, dezintoksikasiya va boshqalar.

Bemorni oyoqlari ko'tarilgan holda gorizontal yotqizilib, namlangan kislorod beriladi. Kordiamin 10%-2,0, kofein 10%-2,0 muskul orasiga, prednizolon 60-90 mg yoki deksametazon 8-12 mg vena ichiga. Reopoliglukin - 400,0, glukoza 5%-400,0, natriy xlorid 0,9-400,0 va boshqa suyuqliklar ko'rsatmalarga asosan vena ichiga tomchilab quyiladi.

Vazopressorlar mezon 1%-0,5-1,0 teri osti yoki vena ichiga 0,9%-200,0 natriy xlorid bilan tomchilab yuboriladi.

Hushdan ketish. Bosh miyaning qon bilan ta'minlanishi buzilishi sababli, qisqa muddat hushdan ketish sodir bo'ladi.

Sabablari: arterial qon bosimi (AQB) tushishi natijasida bosh miya qon aylanishini autoregulator mexanizmlar qon bilan ta'minlash xususiyatini yo'qotadi va miya qonsizlanadi.

AQB tushishida asosan 3 xil patogenetik o'zgarish kuzatiladi:

1. Ortostatik gipotenziya, sayyor asabni qo'zg'alishi, asabiylashish va boshqalar (og'riq, emotsional holat, issiqlik, tezda o'rnidan turish) sababli periferik qon-tomirlar kengayishi hisobiga.

2. Yurak faoliyatining buzilishi (aorta nuqsoni, Adam-Stoks-Morgani sindromi).

3. Qon tarkibida kislorodning kamayishi (yurak, o'pka kasalliklarida).

Klinik belgisi. Bemorning ko'z oldi qorong'lashib, qulog'i shang'illaydi va to'satdan hushidan ketadi, rangi oqaradi. AQB tushib ketadi, pulsi juda sust yoki aniqlanmaydi, nafas olishi yuzaki bo'ladi. Hushdan ketish 10–30 soniya davom etadi. Shundan keyin ko'ngil aynish, holsizlik bir necha vaqtgacha davom etadi.

Shoshilinch yordam. Bemorning oyoqlarini biroz ko'tarib, gorizontal holda yotqiziladi. Bo'ynini qisib turgan kiyimlar yechiladi, yuziga suv sepiladi, nashatir spirti (ammiak) hidlatiladi, shunda o'ziga keladi. Og'ir hollarda venaga 40%–10,0 glukoza, muskul orasiga 10%–2,0 kordiamin yuborish mumkin.

O'tkir nafas yetishmovchiligi

O'tkir nafas yetishmovchiligi – nafas olish tizimi a'zolari tomonidan organizmning kislorodga bo'lgan ehtiyojini qondira olmaslik holatidir.

O'pkada kislorod almashinuvi o'pka ventilatsiyasi, o'pkada qon aylanishi va alveolyar – kapillar diffuziyaga bog'liq. Bu 3 jarayondan birortasining buzilishi o'tkir nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Sabablari. Birlamchi va ikkilamchi o'tkir nafas yetishmovchiligi tafovut qilinadi. Birlamchi o'tkir nafas yetishmovchiligi nafas yo'llari va o'pkaning jarohatlari va kasalliklari bilan bog'liq. Ikkilamchi nafas yetishmovchiligi esa o'pka va nafas yo'llarining kasallik va jarohatlariga bog'liq bo'lmagan sabablar natijasida kelib chiqadi, ya'ni bosh miya shikastlari, zaharlanish, elektrotravma, cho'kish, asab kasalliklari, o'tkir qon ketishi va boshqalar. O'tkir nafas yetishmovchiligi natijasida organizmda kislorod miqdori kamayadi – ya'ni gipoksiya sodir bo'ladi.

Gipoksiyaning quyidagi turlari mavjud:

1. Gipoksik yoki nafas gipoksiyasi, bu gipoksiya nafas yo'llari kasalliklari, jarohatlari, nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi va nafas markazining faoliyati buzilishida kelib chiqadi. Bu gipoksiyada kislorod o'pkagacha yetib bormaydi.

2. Sirkulator gipoksiya – qon aylanishining buzilishi, qon bosimining tushib ketishi bilan bog'liq bo'lib, kislorod o'pkadan to'qimalarga borib yetmaydi.

3. Gemik gipoksiya. Kamqonlik yoki qon kasalliklari sababli qonda gemoglobin miqdorining kamayishi natijasida kelib chiqadi. Akusherlik patologiyalari oqibatida asosan sirkulator va gemik gipoksiya holati sodir bo'ladi.

4. To'qimalar gipoksiyasi – to'qimalarning kislorodni qabul qilib olish xususiyati yo'qoladi. To'qimalarning shikastlanishlari, kasalliklari va o'tkir zaharlanishlarda uchraydi.

O'tkir nafas yetishmovchiliklari nafas olish faoliyati buzilishi va patologik ta'sirlarning turlariga asosan ventilatsion va parenximatoz o'tkir nafas yetishmovchiliklariga bo'linadi.

1. Ventilatsion o'tkir nafas yetishmovchiligi havo almashinuvining buzilishi bo'lib, qonni kislorod bilan boyitish jarayoni qiyinlashuvi natijasida arterial gipoksemiya va giperkapniya holati paydo bo'ladi.

Ventilatsion nafas yetishmovchiligi olib keladigan sabablar:

a) bosh-miya shikastlari, miya shishi, insultlar va o'tkir zaharlanishlar sababli nafas markazi faoliyatining buzilishi;

b) ko'krak qafasi yoki qorin bo'shlig'i yuqori qismi shikastlari va yallig'lanishlaridagi (qovurg'a va to'sh suyagi sinishi, qovurg'alararo neyrit, diafragmatit va boshqalar) og'riq natijasida o'pka harakati (ekskursiyasi) kamayishi;

d) orqa miya va periferik asab tizimining kasalliklari (poliomiyelit, poliradikuloneyrit, qoqshol), miasteniya, miopatiya, gipoksemiya va miorelaksantlar ta'sirida nafas muskullari faoliyatining yetishmovchiligi;

e) o'pka kasalliklari (pnevmotoraks, gemotoraks, gidrotoraks, travmatik diafragmal churra), o'pka arteriyasi, o'pka atelektazlarida nafas olish biomexanikasining buzilishi;

f) traxeya stenozi, balg'am, qon, qusuq massalari, o'sma, shikastlar yoki yot jismlarning nafas yo'llariga tiqilishi; ayrim hollarda parenximatoz o'tkir nafas yetishmovchiligi keskin rivojlanishi natijasida ventilatsion nafas yetishmovchiliklari kelib chiqishi mumkin (bronxospazm, aspiratsion pnevmoniya, astmatik status yoki qiyin ajraladigan balg'amlarning hosil bo'lishi oqibatida).

2. Parenximatoz o'tkir nafas yetishmovchiligi o'pkada qon aylanishi va havo almashinuvi o'rtasida muvozanat o'zgarishi natijasida arterial gipoksemiya kelib chiqadi. Parenximatoz o'tkir nafas yetishmovchiligi kelib chiqishiga quyidagilar sabab bo'ladi:

a) bosh-miya shikastlari, miya shishi, insult, o'sma va zaharlanishlar natijasida faqatgina nafas ritmi, davriyligi, nafas olish soni emas, balki o'pkada mikrosirkulatsiya va modda almashinuvi buzilishi;

b) o'pka yallig'lanishlari, atelektazi va surfaktakt tizimining yetishmasligi;

d) kichik qon aylanish doirasidagi tromboz, emboliyalarning natijasida o'pkada qon aylanishining buzilishi;

e) o'pka shishi va o'pka shikastlari. Umuman o'tkir nafas yetishmovchiligi sodir bo'lishida ventilatsiya, perfuziya va diffuziya jarayonining buzilishi asosiy rol o'ynaydi.

Klinik belgilari. O'tkir nafas yetishmovchiligining klinik belgilari sabablariga qarab turli ko'rinishda bo'ladi, lekin ayrim belgilar borki, bu belgilar barcha turdagi nafas yetishmovchiliklari uchun umumiydir.

O'tkir nafas yetishmovchiligi 4 darajadan iborat:

1-daraja. Yengil daraja bo'lib, bemorning lablari ko'kargan, nafas olishi biroz yuzaki, 1 daqiqada 25–30 marta, puls 100–120 marta, qon bosimi oshgan, arterial qonda kislorodning parsial bosimi PO_2 90–92%. Is gazining parsial bosimi PCO_2 50–60 mm sim. ust. ga teng. Bemorning hushi o'zida.

2-daraja. O'rtacha daraja bo'lib, ko'karish ortadi. Nafas olish 30–40 marta, yuzaki. Qon bosimi oshadi, puls 1 daqiqada 120–130 marta, PO_2 80–90%, PCO_2 60–80 mm sim. ust. ga teng. Bemor injiqlanadi, ko'rsatmalarga quloq solmaydi.

3-daraja. Og'ir daraja bo'lib, bemor komada bo'ladi. Badani muzdek, sovuq terlaydi, ko'karish butun organizmga tarqaladi. Reflekslari juda sust. Qon bosimi past, kasal qo'zg'algan. Puls 150 martadan ortiq, ayrim hollarda aritmiya uchraydi. Nafas olishi 45–50 marta, yuzaki, hansirash kuzatiladi. PO_2 70–80%, PCO_2 80–90 mm sim. ust. ga teng.

4-daraja. O'ta og'ir daraja bo'lib, bemor chuqur komada, reflekslar yo'qoladi. Qon bosimi past, puls 160 dan ortiq, yoki bradikardiya, bradiarritmiya, PO_2 70% yoki undan kam, PCO_2 90–100 mm simob ustunidan yuqori.

Shoshilinch yordam ko'rsatish choralari

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun quyidagi chora-tadbirlar o'tkaziladi:

a) nafas yo'llarini balg'am, suyuqlik, qon va boshqa yot jismlardan tozalash. Buning uchun bemorni gorizontol holda boshini orqaga sal egib yotqiziladi, og'zi ochiladi. Tupfer, salfetka, elektrosog'ich, rezina ballonchalar bilan nafas yo'llari tozalanadi;

b) balg'amlarni bo'shatib, ko'chirish. Buning uchun namlangan iliq kislorod, balg'am ko'chiruvchi moddalar bilan bug'li ingalatsiyalar, infuzion davolash.

d) postural drenaj. Nafas yo'llaridagi suyuqlik va balg'amlarning chiqishi uchun bemorning karavotda boshini oyoqqa nisbatan 25–30° past qilib yotqiziladi. Postural drenaj kuniga 3–4 marta 40–60 daqiqadan o'tkaziladi;

e) vibratsion massaj. Postural drenaj va bemorning har xil holatida hamshira qo'lini kafti bilan bemorning ko'krak qafasiga qo'yib, ikkinchi qo'lini musht qilgan holda birinchi qo'lini ustidan tez-tez 5–6 marta uriladi. Shu tariqa ko'krak qafasinih barcha sohasi uriladi;

f) mikrotraxeostomiya. Bemorni yo'taltirish, inyeksion igna bilan uzuksimon tog'ay va traxeyaning birinchi halqasi o'rtasidan traxeya teshiladi va ignadan kateter traxeyaga kiritiladi, igna olinadi. Kateter orqali traxeyaga 5–10 ml iliq fiziologik eritma yuborib yo'taltirish mumkin. Ko'pincha traxeyani intubatsiya qilib, traxeya tozalanadi.

2. Oksigenoterapiya. Bemorga "Ambu" qopchasi, burun kateterlari, yuz niqoblari yordamida kislorod beriladi.

3. O'pkaga sun'iy nafas berish. "Ambu" qopchasi yoki o'pkaga maxsus sun'iy nafas apparatlari orqali amalga oshiriladi.

4. Nafas olishdagi mexanik o'zgarishlarni bartaraf etish. Gidrotoraks, pnevmotorakslarda zudlik bilan plevra bo'shlig'ini punksiya qilib drenaj o'rnatish kerak. Ko'krak qafasi sinishlarida og'riq nafas olishni qiyinlashtiradi, bunda: og'riqsizlantirish uchun mahalliy 0,5% li novokain, 2% li lidokain va analgin 50%–2,0, baralgin – 5,0 yoki narkotik analgetiklar morfin 1% li – 1 ml, promedol 2% li – 1,0 yoki fentanil 0,005% li – 2,0 qo'llaniladi.

O'tkir jigar yetishmovchiligi. Sabablari, belgilari va davosi

O'tkir jigar yetishmovchiligi deb, virusli hepatit, jigar sirrozi, zaharlanishlar yoki og'ir shikastlanishlar ta'sirida jigar faoliyatining buzilishiga aytiladi.

O'tkir jigar yetishmovchiligiga asosan virusli hepatitlar, o'tkir zaharlanishlar (toksik hepatit), jigar sirrozi, og'ir shikastlanishlar, homiladorlik gestozlari, shok va boshqa holatlar sabab bo'lishi mumkin.

70–75% va undan ortiq hollarda jigar to'qimalarining zaharlanishi jigar faoliyatini og'ir o'tkir yetishmovchiligiga olib keladi.

Klinik belgilari. Bemor holsizlanadi, ishtahasi yo'qoladi, ko'p uxlaydi, karaxt bo'ladi. Teri qoplamlari dastlab sarg'ish, og'ir holatlarda sarig'ayib ketadi, badani qichishadi, hushdan ketib, chuqur koma holatiga tushadi. Qonda bilirubin, ALT, AST fermentlari miqdori oshib ketadi. Qon ivishqoqligi buzilganligi sababli, ko'proq qizilo'ngachdan, tish milkalaridan qon ketishi kuzatiladi.

Davosi. O'tkir jigar yetishmovchiligining davosi, uni keltirib chiqargan omillarni bartaraf qilishga qaratiladi.

Shok holatlarida – shokka qarshi chora-tadbirlar, o'tkir zaharlanishlarda zaharli moddalarni gepotoksik ta'sirini bartaraf qilinadi. Hepatositlarni tiklash maqsadida gepatoprotektorlar beriladi: essensiale, liv-52, karsil, geptral, vitogepat, seripar va gormonlar (prednizolon, deksametzon).

Dezintoksikatsiyalovchi davolash uchun gemodez, polidez venaga tomchilab yuboriladi. 5% li glukoza, askorbin kislotasi, albumin, plazma, kokarboksilaza vena ichiga yuboriladi, bunda diuretiklar (furosemid, laziks) berishni unutmaslik kerak.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi. Sabablari, klinik belgilari va davosi

O'tkir buyrak yetishmovchiligi (O'BYE) buyrak kasalliklari, shok, akusherlikda gemorragik va toksik septik shok holatlarida, o'tkir zaharlanishlar, homiladorlik kechki gestozlari va boshqa sabablar natijasida buyrak faoliyatining og'ir izdan chiqishidir.

O'tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqaruvchi omillarni 3 guruhga bo'lish mumkin.

1. Buyrak oldi (buyrakka bog'liq bo'lmagan patologiyalardan keyin o'tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqaruvchi) omillari. Buyrak oldi omillariga buyrakka qon kelishining yetishmovchiligi (shok holatlari, o'tkir yurak yetishmovchiligi, travmalar, o'tkir qon ketishlar, postransfuzion asoratlar), suv-elektrolit almashinuvining buzilishi (ko'p qayt qilish, ich ketishi, gipertermiya, qandli diabet), endogen intoksikatsiyalar (homiladorlik gestozlari, diabetik va jigar komalari, peritonit) va boshqalar.

2. Buyrakka tegishli bo'lgan omillar. Buyrak kasalliklari, ftor, fosfor va og'ir metall tuzlaridan zaharlanishlar.

3. Buyrakdan keyingi (siydik chiqarish yo'llaridagi siydik tutilishiga olib keluvchi patologiyalar sababli o'tkir buyrak yetishmovchiligi kelib chiqishi).

Siydik yo'li o'tkazuvchanligining buzilishi (siydik yo'li va siydik chiqarish kanalidagi toshlar, o'smalar, erkaklarda prostata bezining gipertrofiyasi – adenomasi).

Yuqoridagi barcha omillar buyrak parenximasining gipoksiyasi va buyrak to'qimalari faoliyatining susayishiga olib keladi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligining klinik kechishi asosan 4 davrga bo'linadi.

1. Boshlanish davri.

2. Oligoanuriya davri.

3. Poliuriya davri.

4. Tiklanish davri.

1. Boshlanish davri. O'tkir buyrak yetishmovchiligini keltirib chiqaruvchi omilning ta'sir qilishidan, buyrak yetishmovchiligining ilk belgilari paydo bo'lguncha bo'lgan vaqt. Bemordan so'ralganda anamnezida uzoq vaqt kollaps, shok holatida bo'lganligi yoki homiladorlik gestozi, buyrak kasalliklari borligini aytadi, siydik kamayishi, holsizlik, uyqusizlik kuzatiladi.

Davosi. Bu davrda shokka qarshi davo choralarini olib boriladi. Organizmdagi suyuqlik miqdori tiklanadi: glukoza 5%–400,0, natriy xlorid 0,9–400,0, reopoliglukin – 400,0, poliglukin – 400,0, refortan – 500,0, injezol – 500,0 va boshqa suyuqliklar bemorning holatiga qarab, asosan venaga tomchilab yuboriladi.

Analgin 50% – 2,0, dimedrol 1%–1,0, baralgin – 5,0, ketonal – 2,0 yoki narkotik analgetiklar (og'ir shikastlanishlarda) bilan og'riqsizlantiriladi.

Spazmatiklar va diuretiklar qilinadi: eufillin 2,4%–10,0, furasemed 1%–4,0, lazeks 1%–4,0 vena ichiga.

2. Oligoanuriya davri. Siydik ajralishining sutkasiga 500 ml va undan kamayishi oligoanuriya, sutkasiga 50 ml va undan kam bo'lsa, **anuriya** deyiladi.

Bemorning butun badanida shish paydo bo'ladi. Kuchli bosh og'rig'i, befarqlik, uyquchanglik, karaxtlik kuzatiladi. Arterial qon bosimi oshadi, puls tezlashadi.

Qorinda og'riq paydo bo'ladi, qusadi, qonda azot qoldiqlari, mochevina, kreatinin miqdori ko'paya boshlaydi. Og'ir hollarda bemor uremik komaga tushadi.

Davosi. Siydik ajratishni tezlashtirish uchun osmodiuretiklar: magniy 30%–200,0 venaga yuboriladi. Markaziy venoz bosimni nazorati ostida furosemid 1%–4 ml, 10 ml venaga yuboriladi. Qonning onkotik bosimini oshirish uchun albumin 10%–100, 200 ml, poliglukin 40% – glukoza, reopoliglukin, refortan venaga yuboriladi. Suv-elektrolit almashinuvi tiklanadi. Og'ir hollarda gemodializ qilinadi.

3. Poliuriya davri. Bemorlar qo'zg'algan, ishtahasi yo'q, tili quruq, ko'ngil aynish, qusish kuzatiladi. Qon bosimi oshadi, puls tezlashadi. Bu davrda siydik ajralishi sutkasiga 1000 ml dan 8–10 litrgacha, ayrim vaqtda 10 litrdan ham ko'p bo'lishi mumkin.

Shu sababli organizmga kerakli miqdorda suyuqliklar, uglevod, oqsil, elektrolitlar (Na, K, Mg, Cl, F) quyiladi. Suv-elektrolit muvozanati tiklanadi.

4. Tiklanish bosqichi. Hushi o'zida, badanidagi shishlar qaytadi. Bemor o'zini yaxshi seza boshlaydi, ishtahaga kiradi, ko'ngil aynishi, qayt qilish bo'lmaydi (siydik ajratish normallasadi, sutkasiga 2–3 litrga yetadi).

Bu davrda bemorni umumiy quvvatlovchi davolash o'tkaziladi.

XXXIII BOB. AKUSHERLIK QON KETISHLARI OQIBATIDA KELIB CHIQUADIGAN TERMINAL HOLATLAR

Gemorragik shok

Akusherlikda qon ketishi keyingi yillarda onalar o'limining asosiy sababchisi bo'lib kelmoqda. Ayniqsa ekstragenital kasalliklar, homiladorlikda uchraydigan gipertenziv sindrom fonida yuzaga kelgan akusherlik qon ketishlar xavfli bo'lib, 60–70% hollarda onalar o'limiga olib keladi.

Gemorragik shok – o'tkir qon ketishi oqibatida yuzaga keladigan terminal holat bo'lib, qisqa vaqt ichida ko'p qon yo'qotilishi, aylanayotgan qon hajmining (AQH) qon tomir hajmiga mos kelmasligi, to'qima gipoperfuziyasi va hayotni zarur a'zolar yetishmovchiligi bilan o'tadigan og'ir patologik holat, ya'ni markaziy asab tizimi faoliyatidagi og'ir o'zgarishlar oqibatida organizm hayoti uchun muhim funksiyalarning izdan chiqishi bilan ta'riflanadi.

Shokni qon bosimining keskin pasayishi, qon tomirlar tonusining tushib ketishi oqibatida yuzaga keladigan o'tkir rivojlanuvchi qon tomir yetishmovchiligi – kollapsdan farq qila bilish kerak.

Modomiki ularning klinik ko'rinishi juda yaqin bo'lsa ham, patogenezi turlicha. Shokda dastlab markaziy asab tizimi tomonidan buzilishlar boshlansa, kollapsda yurak-qon tomir tizimida o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Shokda ikki faza tafovut qilinadi: erektillik (qisqa muddatli, beqaror) va torpid fazalari.

Akusherlik amaliyotida shokning erektillik fazasi ko'pincha ruhiy qo'zg'alishlar bilan bog'liq. Tug'uvchi ayolning tug'ruqdagi og'riqdan o'ta asabiylashishi, qo'rqishi, uning kuchli ruhiy qo'zg'alishiga olib keladi, natijada muvozanatni, mo'ljalni yo'qotadi, hushidan ketadi. Bu faza juda kam davom etadi va tezda torpid fazasiga o'tadi.

Shokning torpid fazasi odatda 3 darajaga bo'linadi.

I daraja (yengil) – sistolik arterial qon bosimi 90–100 mm simob ustunigacha pasayadi, yurak urishi bir daqiqada 90–100 marotaba, yengil tormozlanish holati, reflekslarning pasayishi kuzatiladi.

700 dan 1300 ml gacha aylanib yuruvchi qon hajmi (AQH) 15–25% miqdorida qon yo'qotadi. Dastlab qonning tomirlarda taqsimlanishi va shaklli elementlarning depo a'zolaridan chiqishi kuzatiladi.

II daraja (o'rta og'irlikdagi shok) – arterial bosim to 80–90 mm simob ustunigacha pasayadi, puls 110–120 tagacha tezlashadi, hushi o'zida, lekin kuchli tormozlanish holatida, nafas olish tezlashadi, yuzaki bo'ladi. Qon yo'qotish 1300–1800 ml gacha, ya'ni AQH ning 25–30% ini tashkil etadi.

III daraja (og'ir, dekompensatsiya darajasi) – sistolik arterial bosim keskin 60–70 mm simob ustunigacha qadar pasayadi, umumiy ahvol juda og'irlashadi, teri yuzasi oqargan, butunlay tormozlangan, ter bosgan, yuzaki vena qon tomirlari teri ostidan bilinmaydi. 2000–2500 ml yoki AQH 35% va undan ortiqroq foiz qon yo'qotganda kuzatiladi.

Agarda ahvol og'irlashib ketaversa, o'z vaqtida shokka qarshi kurash chora-tadbirlari ko'rilmasa terminal holatlar yuzaga keladi, organizmning hayotiy muhim funksiyalari so'na boshlaydi.

Etiologiyasi. Homiladorlik va tug'ruqning asoratlarida ko'p qon ketishi;

1. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda nay yorilsa minimal 500 ml qon ketadi, ayrim hollarda 2000 ml gacha.

2. Placentada joylashuvida bir vaqtning o'zida kutilmaganda 1000–2000 ml qon ketib gemorragik shok belgilari qo'shilishi mumkin.

3. Normal yotgan placentaning barvaqt ko'chishida jinsiy a'zolaridan kelayotgan qon miqdori kam bo'lishiga qaramasdan gemorragik shok belgilari tez kuchayadi. Bu uch joyda qon ketishi bilan tushuntiriladi: jinsiy yo'llardan ketayotgan qon, gematoma sohasida (500–1500 ml) qon ketishi, «ichki» qon ketishi. Umumiy hisobda 600–2500 ml qon ketadi.

4. Bola tashlash yoki kriminal abortlarda 750–1500 ml qon yo'qotilishi gemorragik shokka olib keladi.

5. Bachadon chandiq sohasidan yirtilsa 200 ml dan tortib 1–1,5 l gacha ichki qon ketadi, unda shokka og'riq sabab bo'lishi mumkin.

6. Bachadon gipotoniya qon tez va ko'p ketadi (800–2500) ml va gemorragik shok klinikasi tez ko'zga tashlanadi, ayniqsa gestozlar oqibatida.

7. Jinsiy yo'llardagi yumshoq to'qimalar yirtilishlarida qon ketishi hajmi turli xil bo'ladi. Ayrim hollarda 1500 ml dan oshadi.

8. Tug'ruq va chilla davrida qon ivuvchanligining buzilishi oqibatida kuchli qon ketishi (1500 ml) kuzatiladi.

Klinikasi. Kompensatsiyalangan yengil darajasida yo'qotilgan qon miqdorini yurak-qon tomirlar tizimi kompensatsiya qila oladi.

Bemorning hushi saqlangan, teri oqargan, oyoqlari sovuq, darmonsizlik, nisbiy taxikardiya va oligouriya:

– yo'qotilgan qon miqdori 25% gacha (700–1300), nisbiy taxikardiya, - A/B biroz pasaygan, ajraladigan siydik miqdori 50% gacha pasaygan;

– taxikardiya 120–140 marta 1 daqiqada;

– A/B yanada pasaygan;

– periferik vazokonstruksiya kuchaygan, sovuq ter bilan qoplangan;

– hansirash.

Agarda adekvat davo o'tkazilmasa, yo'qotilgan qon hajmi to'ldirilmasa va yo'qotilgan qon miqdori 1300–1800 ml ga, AQH tanqisligi 25–35% ga yetsa GSH ning II davri rivojlanadi, qon aylanishi yetishmovchiligi chuqurlashib boradi. Teri oqarishi fonida bemorlarda akrosianoz kuzatiladi.

Qon yo'qotish 2000–2500 ml ga yetsa va AQH tanqisligi 35% dan oshsa bemorlarda gemodinamika, metabolism va qon ivish vaqti buzilib boradi, teri marmar tusiga kirib, bemor karaxt, nigohi bir nuqtaga qadalgan, ba'zan hushini yo'qotadi, puls 140 marta, keskin rivojlanganda taxikardiya, qon bosimi keskin pasaygan. Agar qon bosimi 70 mm simob ustunigacha pasaysa, buyrakning filtrlash funksiyasi to'xtaydi, bemorlarda anuriya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi, hansirash, nafas olish 30 martadan oshadi, markaziy venoz bosimi, gemoglobin va gemotokrit ko'rsatkichi keskin pasayib boradi.

Diagnostikasi. Gemorragik shok diagnozi – ichki qon ketishlarda qiyin bo'ladi, lekin bemordagi obyektiv ma'lumotlar dignozni to'g'ri qo'yishda shifokorga biroz yengillik tug'diradi. Gemorragik shok diagnozini yuqorida aytilgan klinik ko'rinishlariga, obyektiv tekshirishlarga (puls va nafas soniga, arterial va markaziy venoz bosimini o'lchash) qon yo'qotish hajmiga asoslanib qo'yish mumkin. Yo'qotilgan qon hajmining shok indeksiga (ShI) qarab ham aniqlasa bo'ladi (shok indeksi pulsning sistolik bosimiga nisbatidir). Normada shok indeksi 0,55 ga teng. Agar ShI baravar bo'lsa, yo'qotilgan qon hajmi 1 litrga teng bo'ladi.

Buyrak faoliyati buzilishini aniqlashda soatlik diurezning ahamiyati katta. Diurezning – soatiga 30 ml pasayishi periferik qon aylanishi buzilgandan dalolat bersa – soatiga 15 ml pasayishi shokning dekompensatsiyalanganidan dalolat beradi.

Gemorragik shokda shoshilinch yordam ko'rsatish. Qon ketishi tufayli onalar o'limini kamaytirish maqsadida bir qator tashkiliy masalalarga e'tibor qaratish lozim.

1. Turli hajmda qon yo'qotgan ayolni qabul qilishga tayyor bo'lgan sharoit yaratish; har xil guruhdagi qon zaxiralari va infuzion terapiya uchun vositalar tayorlash.

2. Tug'ruq bloki xodimlari qon ketish sabablari, yo'qotilgan qon hajmi, qon ketish tezligi, bemorning og'ir holatida yordam berishning qonun-qoidalari sxemasini bilishlari lozim.

3. Jarrohlikka doir, shuningdek, yurak, o'pka reanimatsiyasi uchun kerakli boshqa tibbiy asbob-uskunalar, o'pka sun'iy ventilatsiyasi (O'SV) apparati tayyor holda bo'lishi kerak.

4. Hayotiy muhim a'zolar faoliyatini tezkor diagnostika qilishni ta'minlash zarur.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotiga ko'ra 500 ml yoki undan ko'p qon yo'qotish tug'ruqdan keyingi qon ketish deb qabul qilinishi mumkin.

Tug'gan ayollarda ko'p qon ketishida quyidagilarga e'tibor qaratiladi:

1. Kislorodni advekvat uzatilishini ta'minlash (intranazal kateterlar, spontan yoki sun'iy o'pka ventilatsiyasi, traxeya intubatsiyasi).

2. Hayot uchun muhim ko'rsatkichlar – puls, AB, nafas soni, es-hush holatini baholash va unga asosan qon ketish og'irlik darajasini va taxminiy hajmini aniqlash.

3. Bir vaqtning o'zida vena punksiyasi va kateterizatsiya qilinadi. Eritrositar antigenlari bo'yicha guruhni aniqlash uchun qon olinadi (agar avval aniqlanmagan bo'lsa), umumiy klinik tahlil (Hb, Ht, eritrositlar trombositlar), bioximik tekshiruv (kreatinin, kaliy, natriy, xloridlar, kislota-ishqor muvozanati, umumiy oqsil) va koagulopatik tekshiruv (protrombin indeksi va vaqti, fibrinogen ivish vaqti) uchun olinadi. 30–60 daqiqa davomida 1 litr yangi muzlatilgan plazma quyiladi.

4. Gipovolemiya darajasini qayta baholash kristalloidlarni 1–2 litr hajmda AB ko'tarilguncha va stabillashguncha, ya'ni 60 mm simob ustunidan past bo'lmagan darajaga yetguncha quyish.

5. Gipokoagulatsiya qon ketishi saqlangan holda, yangi muzlatilgan plazma quyishni davom ettirish, transfuziya hajmini 2 litrgacha yetkazish.

6. Siydik pufagiga kateter qo'yish.

7. Gemodinamikaning stabillashuviga erishish.

8. 2 litrdan yoki AQH ning 30% idan ko'p qon yo'qotilganda gemodinamika ko'rsatkichlari turg'un bo'lmasa, konyunktiva oqarib borishi kuzatilganda eritrositlar quyish, bir xil guruhli eritrositar massa bo'lmaganda O (I) Rh manfiy eritrositlar quyilishi mumkin.

9. Bemorni ixtisoslashgan bo'limga ko'chirish vaqtini qisqartirish.

10. Barcha eritmalarni isitilgani holda, bemor tana haroratini 37°C gacha ko'tarib quyish kerak.

Qonni to'xtatish maqsadida yo'ldoshni qo'l bilan ajratish, bachadon bo'shlig'ini asboblari yoki qo'l bilan nazorat qilish, bachadonni ichki va tashqi massaj qilish, Baksheyev usuli bo'yicha parametriyga vaqtincha klemma qo'yiladi. Shu bilan birga vena ichiga bachadonni qisqartiruvchi vositalarni yuborish maqsadga muvofiqdir. Bulardan metilergometrin yoki oksitosin 1,0 tezlik bilan vena ichiga yuborish. Oksitosin yuqori dozalarda, 25–30 TB (5,0–6,0) 400 ml natriy xlorid aralashmasi bilan tomchilab yuborish mumkin. Bu aralashmani yuborish tezligini bachadon qisqarishiga qarab o'zgartirsa bo'ladi.

Gipo-atonik qon ketishiga qarshi kurashish usullari

Qon ketishga qarshi kurashda dori-darmonlar, mexanik va operativ yo'l bilan qonni to'xtatish usullari qo'llaniladi.

Qovuq bo'shatilgandan keyin qoringa muz xalta qo'yiladi va bachadon qorinning oldingi devori orqali tashqaridan uqalanadi. Bir vaqtning o'zida vena ichiga 5 TB 1 ml oksitosin, 1 ml – 0,02% li metilergometrin eritmasi 20 ml 40% li glukoza eritmasi bilan birgalikda yuboriladi. Agar bu yetarli samara bermasa, zudlik bilan bachadon devorlarini qo'l bilan tekshirishga kirishiladi, bunda albatta kalipsol yoki sobrevin bilan og'riqsizlantiriladi. Bunda bachadon devorlarida, bo'shlig'ida yo'ldosh qoldiqlari, bo'laklari bor-yo'qligi, uning butunligi aniqlanadi, bachadon butun bo'lsa, qoldiqlar olib tashlanib, bachadon bo'shlig'ida qo'l mushtga aylantirilib, chap qo'l qorinning oldingi devoridan birgalikda 3 daqiqagacha bachadon uqalanadi. Qon ketishining dastlabki bosqichlarida bu operatsiya juda katta samara beradi, chunki bachadon bo'shlig'iga kiritilgan qo'l, kuchli reflektor qo'zg'atuvchi hisoblanadi. Bachadon bo'yiga prostoglandin yuborish yaxshi qon to'xtatuvchi vosita hisoblanadi yoki vena ichiga 5 TB oksitosin, prostoglandinni 250 ml 5% li glukoza eritmasi bilan yuboriladi. Barcha qon to'xtatuvchi tadbirlar infuzion-transfuzion terapiya bilan parallel holda olib boriladi.

Agar bachadonni qo'l bilan tekshirib, uqalash samara bermasa qon ketishining koagulopatiyaga xos ekanligidan dalolat beradi. Shuni esda tutish kerakki, birinchi marta qo'llangan chora-tadbir samara bermasa, ikkinchi bor uni qo'llab vaqtini bekor o'tkazish kerak emas.

O'tkazilgan chora-tadbirlarga qaramasdan qon ketishi davom etaversa va yo'qotilgan qon miqdori 1000–1200 ml dan oshsa, laparotomiya qilib, bachadonni ekstirpatsiya yo'li bilan olib tashlashga to'g'ri keladi. Qon ketishini to'xtatishning xirurgik usullariga bachadon va tuxumdon qon tomirlarini bog'lash ham kiradi. Bachadon gipo-atoniyasida qon ketishini xirurgik yo'l bilan to'xtatishda kompleks intensiv davolash, infuzion-transfuzion terapiya, zamonaviy narkoz va o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish bilan birgalikda qo'shib olib borilishi shart.

Profilaktikasi. Gipo-atonik qon ketishlarning oldini olishda jinsiy a'zolar yallig'lanishi kasalliklarini o'z vaqtida davolash, sun'iy va kriminal abortlarga

qarshi kurash, homiladorlikni oqilona boshqarish, gestozlar va homiladorlikning boshqa turli xil asoratlarini oldini olish, homilador ayollarni to'laqonli psixoprofilaktik yo'l bilan tug'ruqqa tayyorlash kabi tadbirlardan foydalaniladi. Tug'ruqni o'rinli og'riqsizlantirish, tug'ruq faoliyatini optimal idora qilish lozim. Tug'ruqning ikkinchi davri (to'lg'oq davri) oxirida va ilk chilla davrida bachadonni qisqartiruvchi vositalar yuboriladi.

Qon to'xtatish tadbirlarining algoritmi

1. Yo'qotilgan qon miqdorini aniqlash.
2. Qovuqni bo'shatish, bachadonni tashqi uqalash, periferik vena punksiyasi, izotonik eritma quya boshlash–50% glukoza, fiziologik eritma, kristalloid va kolloidlar nisbati–3:1.
3. Bachadon devorlarini qo'l bilan tekshirib, bachadon kontraktilligini tekshirish sinamasini o'tkazish – metilergometrin yoki oksitosin 1,0 vena ichiga. Bu vaqtda umumiy qon yo'qotish – 700–800 ml yoki tana massasiga nisbatan 0,8% ga yetishi mumkin.
4. Bachadon, tug'ruq yo'llarini tekshirish. Genkel-Tikanadze bo'yicha bachadon bo'yniga klemma qo'yish.
5. Qon ketish davom etsa koagulopatiyani kutmay laparatomiya qilib, bachadonni olib tashlash (ekstirpatsiya qilish).

Tomir ichida qonning tarqoq ivishi (TIQTI–DVS) sindromi

TIQTI sindromi – bu nospetsifik patologik jarayon bo'lib, qon ivishi tizimlari biologik faol moddalarining ko'p miqdorda qonga tushishi, fibrin va fibrinogenlarning parchalanishi natijasida qon tomirlar ichida keng tarqalgan tromblar hosil bo'lishi, uning oqibatida kuchli qon ketishi va qon aylanishining izdan chiqishi, a'zolarda chuqur distrofik o'zgarishlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. TIQTI sindromining kelib chiqishiga quyidagi omillar va buzilishlar sabab bo'lishi mumkin:

1. Akusherlik patologiyalari (plasentaning barvaqt ko'chishi, kuchli gestozlarning og'ir shakli, qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lish, mos kelmagan qonni quyish, homilaning ona qornida nobud bo'lishi, homiladorlikning katta muddatlarida homilani tushirish (abort qilish) va gemoliz oqibatida to'qimalardagi bioximik substantlar, biologik aktiv moddalarning qonga tushishi.
2. Aorta anevrizmasi, gemolitik-uremik sindromlar, o'tkir glomerulonefritlar natijasida qon tomirlar endoteliysining zararlanishi.
3. Bakterial (stafilakokk, streptokokk, pnevmokokk, meningokokk, gramm manfiy bakteriyalar), virusli (chechak, suvchechak, qizilcha), parazitlar, zamburug'li yuqumli kasalliklar tufayli organizmda kuchli intoksikatsiya bo'lishi.

Tasnifi. Ko‘rinib turibdiki TIQTI sindromi ko‘pgina kasalliklar va holatlardan keyin yuzaga kelishi mumkin. Shunga ko‘ra uni rivojlanishi va klinik belgilariga qarab tasniflanadi.

Patogenetik tasnifi.

1. Giperkoagulatsiya bosqichi.
2. Gipokoagulatsiya – rivojlanmagan fibrinoliz bosqichi.
3. Gipokoagulatsiya – rivojlangan fibrinoliz bosqichi.
4. Qon ivishining to‘liq izdan chiqishi.

Klinik tasnifi. TIQTI sindromining klinikasi asosiy kasallik klinikasi bilan qo‘shilib ketadi. Klinik kechishiga qarab:

1) o‘tkir (yashin tezligida) kechishi; 2) o‘tkir oldi; 3) surunkali; 4) qaytalovchi shakllarga bo‘linadi.

Patogenezi. TIQTI sindromida, qon ivishini ta‘minlovchi va qon ivishiga qarshi fibrinolitik tizimda nomutanosiblik kelib chiqishi hisobiga o‘tkinchi koagulopatiya sodir bo‘ladi. Uning eng xavfli jihati shundaki, gemostaz talab qilmaydigan joylarda, ya‘ni parenximatoz a‘zolarida tromb, fibrin laxtachalarining ko‘plab tarqoq holda paydo bo‘lishi. Patologik omillar dastlab giperkoagulatsiyaga sabab bo‘lib, mikrosirkulator tizim bo‘ylab mayda g‘ovak fibrin laxtalari yoki mikrotromblar hosil bo‘lishiga olib keladi. Ular fibrinolitik tizim orqali tez eritiladi. Lekin yangi hosil bo‘lgan tromblar va laxtalar ham ivuvchi tizim omillari–trombositlar, protrombin, fibrinogenlarning parchalanishiga olib keladi, bu esa antikoagulant ta‘sir ko‘rsatadi. Buning oqibatida koagulopatiya avj oladi. Endi qayerda tomir butunligi buzilsa, tromb hosil bo‘lmaydi. Bunda antikoagulantlar ko‘payib, qon ketishini to‘xtatishning iloji bo‘lmaydi. Kichik tomirlarda hosil bo‘lgan fibrin laxtachalari to‘qimalarda qon aylanishini buzadi, to‘qimalar ishemiyasini chaqiradi, hayotiy muhim a‘zolar faoliyatini buzadi. Ayniqsa jigar, buyrak, o‘pka kabi a‘zolarida o‘tkir yetishmovchilik holatlari yuzaga keladi.

Klinikasi. TIQTI sindromida uni keltirib chiqargan asosiy kasallikning simptomlari bilan birgalikda gemostazning barcha zvenolaridagi keskin buzilishlar, trombozlar va gemorragiya, metabolik buzilishlar hamda shokning umumiy simptomlari ko‘zga tashlanadi.

Gemorragik shok oqibatida kelib chiqadigan TIQTI sindromini odatda kech – III darajasida (gemorragiya) aniqlash mumkin. Bu bachadondan qon ketishi, dastlab siyrak laxtalar bilan, keyinchalik juda suyuq, ivimaydigan darajada qon ketishi bilan ifodalanadi. Gemorragiya har qanday joyda (inyeksiya qilingan joyda va boshqalar) gematomalar va ko‘kimtir sachratqilar shaklida paydo bo‘ladi. Oshqozon va ichaklardan, burundan, o‘pkadan qon ketishlar kuzatilishi, ko‘pchilik a‘zolarga qon quyilishi mumkin.

TIQTI sindromining kechishi haqida aniq fikrlar yo‘q, lekin ayrim mualliflarning ta‘kidlashicha quyidagicha tasvirlanadi:

I darajasi – giperkoagulatsiya va trombositlar agregatsiyasi. Bu holat to'qima tromboplastinlarining qon oqimiga tushishi oqibatida yuzaga kelib, 3–5 daqiqa davom etadi va boshlang'ich simptomlar – ko'p a'zolar funksiyasining buzilishi (balki tromboembolik asoratlarni shularning oqibatidir) ko'rinishida bo'ladi.

II darajasi – o'tkinchi, o'sib boruvchi koagulopatiya va trombositopeniya holati 1–2 daqiqa davom etadi.

III darajasi – chuqur gipokoagulatsion buzilishlar. Turli xil gemorragik qon ketishlar, gipovolemiya – qon hajmining kamayishi, anemiya ko'rinishida bo'lib bir necha daqiqadan soatlargacha davom etishi mumkin.

IV darajasi – tiklanish darajasi. Shokning turli darajalari (kompensatsiyali – dekompensatsiyalangan) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

TIQTI sindromida gemorragiyalar bilan birga a'zolar mikrosirkulatsiyasining buzilishi, ularning distrofiyasi va disfunktsiyasi, o'tkir nafas yetishmovchiligi, o'pka shoki, ensefalopatiya, buyrak usti bezi yetishmovchiligi, oshqozon va ichaklarda o'tkir eroziya va yaralar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Diagnostikasi. TIQTI sindromi diagnostikasida gemostaz tizimi ko'rsatkichlari tekshirilishi lozim. Bu usullar har qanday TIQTI sindromiga xavfi bo'lgan akusherlik patologiyalarida amalga oshirilishi va dinamikada tekshirib turilishi kerak.

Gemokoagulatsiya tizimida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: trombositlar miqdori pasayadi, qon ivish vaqti uzayadi, fibrinogen, protrombin indeksi pasayadi, fibrinogen degradatsiyasi mahsulotlari oshadi, laxta retraksiyasi kamayadi.

Davolash usullari. TIQTI sindromining sabablari har xil kasalliklar bilan bog'liq. TIQTI sindromini davolash usulini ko'rsatish qiyin, lekin davolashda quyidagi qoidalarga amal qilish talab etiladi.

Kompleks tadbirlar, patogenetik yondashuv, kasallik davriga mos differensillashgan yondashuv.

Terapevtik tadbirlarning mohiyati tomir ichida trombositlar hosil bo'lishini to'xtatishdan iborat.

Dastlab TIQTI sindromini chaqiruvchi sabablarni bartaraf qilish kerak. Bularga antibiotiklarni qo'llash (keng doirali), sitostatiklarni ishlatish, shokka qarshi faol terapiya o'tkazish, aylanib yuruvchi qon hajmini to'ldirish, tug'ruqni ratsional hal qilish, kerak bo'lsa o'z vaqtida bachadonni ekstirpatsiya qilish va hokazolar kiradi. Etiotrop davoni erta boshlamasdan bemor hayotini saqlab qolish mushkul. Bemorlarni zudlik bilan reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga yotqizish va davolash ishiga transfuziolog va gemostaz tizimi patologiyasini davolaydigan mutaxassisni jalb etish kerak.

TIQTI sindromida infuzion-transfuzion terapiya

Toza muzlatilgan plazmani yuborish davolash samaradorligini oshiradi, sutkasiga 800–1600 ml/plazmani 2x4 marta bo'lib yuborish lozim. Dastlabki

miqdori 600–800 ml, soʻngra 300–400 mldan har 3–6 soatda quyiladi. Transfuziyaning bu usuli TIQTI sindromining har bir bosqichida oʻtkaziladi.

Chunki bu usul: 1. Qon ivituvchi va ivishga qarshi tizim omillari tanqisligini bartaraf etadi, tarkibida antitrombin III, C va S oqsillari bor. 2. Endoteliy rezistentligi va qon antiagregatsion faolligini tiklovchi antiproteaza va faktorlarni qon oqimiga yuborishni taʼminlaydi.

Muzlatilgan plazmani quyishdan oldin vena ichiga 5000–10000 TB heparin yuborish kerak, chunki u plazma bilan kirgan antitrombin III ni faollashtiradi. Bu tadbir qondagi aylanib yurgan trombin tufayli plazmani ivib qolishidan himoya qiladi.

Plazmani 45°C gacha isitamiz. Maxsus isituvchi moslama boʻlmasa A.I.Vorobev usuli bilan krandan oqadigan iliq suv (43–47°C) oqimida isitamiz. Muzlatilgan plazma AqH tanqisligini ham toʻldiradi. Bu usul yetarli boʻlmasa, unda infuzion-transfuzion terapiya (ITT) tadbiriga tuzli eritmalar, albumin, poliglukin qoʻshiladi. Giperkoagulyatsiya fazasida 400 ml gacha reopoliglukin quyish mumkin, poliglukin, trombositlar agregatsiyani kamaytirib, aʼzolar mikrosirkulatsiyasini yaxshilaydi. TIQTI sindromining boshqa darajalarida u qoʻllanilmaydi.

Plazmani almashlab quyish va plazmoterapiya usullari TIQTI sindromini davolash samaradorligini oshiradi va oʻlim koʻrsatkichini kamaytiradi.

Ogʻir kamqonlik va gematokrit koʻrsatkichi pastligida yangi konservatsiyalangan qon (1–3 kungacha saqlangan qon) yoki eritrositar massa quyish tavsiya etiladi. 3 kundan ortiq saqlangan qon tarkibida TIQTI sindromini kuchaytiruvchi mikrolaxtachalar koʻpayib ketishi sababli quyishga yaroqsiz hisoblanadi. Gematokrit koʻrsatkichini 22% dan ortiq, gemoglobin miqdorini 80 g/l dan, eritrositlar $2,5 \times 10^{12}$ g/l dan ortiq saqlab turish kerak.

Ortiqcha gemotransfuziya TIQTI sindromini ogʻirlashtirib qoʻyishini unutmashlik kerak, shuning uchun quyiladigan qon miqdori, yoʻqotilgan qon miqdori, yoʻqotilayotgan suyuqlik miqdori, diurez haqida toʻliq maʼlumot olib borilishi kerak. Shuni yodda tutish kerakki, oʻtkir TIQTI sindromi oʻpka shishi bilan asoratlanadi, shuning uchun yurak tomir tizimini zoʻriqtirib qoʻymaslikka harakat qilish lozim.

TIQTI sindromining III bosqichida toʻqimalarda chuqur proteolitik (oʻpka gangrenasi, nekrotik pankreatit, jigar oʻtkir distrofiyasi va boshqalar) oʻzgarishlar sodir boʻlishi mumkin. Shuning uchun muzlatilgan plazmani quyish vaqtida (heparin – 2500 TB dan har bir infuziyaga qoʻshimcha ravishda) vena ichiga katta dozada kontrikal (300,000–500,000 TB dan) va boshqa antiproteazalar quyilishi maqsadga muvofiqdir.

TIQTI sindromining kechki bosqichlarida suyak koʻmigi displaziyasi va gipoplaziyasi bilan kechganda (nurli, sitotoksik kasallik, leykoz, aplastik anemiyalarda) qon ketishini bartaraf qilish maqsadida eritrosit konsentratidan,

eritrosit massasidan yoki trombosit konsentratidan (4–6 doza kuniga) transfuziya qilinadi.

TIQTI sindromining barcha bosqichlarida geparin ishlatilishi maqsadga muvofiq, chunki u tomir ichida tromb hosil bo'lishini bartaraf etadi.

Geparin: antitromboplastin, antitrombin ta'siriga ega, fibrinogenni fibringa aylanishini to'xtatadi, eritrositlar va oz miqdorda trombositlar agregatsiyasini to'xtatadi. Geparinni asosan vena ichiga tomchilab yuboriladi (natriy xloridning izotonik eritmasi plazma bilan). Ba'zan qorin oldingi devori kindik pastiga teri ostiga kiritish mumkin. Har xil gematomalar hosil qilgani uchun muskul orasiga yuborilmaydi. Geparin terapiya usuli TIQTI sindromi bosqichiga va jarohat bor-yo'qligiga qarab, o'tkir kechishida bir martalik kichik miqdorda geparin kirishi bilan kasallik halqasi uziladi, qon ivishi, qon ketishi izga tushadi. O'tkir oldi kechishida esa geparin qayta-qayta yuboriladi. Jarohat borligida geparin yuborishda ehtiyotkorlik talab qilinadi yoki umuman yuborilmaydi. Geparin miqdori TIQTI sindromi bosqichiga qarab o'zgaradi.

I bosqichda (giperkoagulatsiya) geparin profilaktika maqsadida ishlatiladi va bir kunda 40 000–60 000 TB (500–800 TB/kg) ni tashkil qiladi. Dastlabki 5000–10000 TB miqdori vena ichiga sekin yuboriladi, so'ngra tomchilab kiritiladi.

TIQTI sindromining II bosqichida geparinning terapevtik ta'siri kuzatiladi: qon oqimiga tushayotgan tromboplastinni va undan hosil bo'ladigan trombinni neytrallaydi.

Geparinni vena ichiga 0,9% 100–150 ml NaCl yoki 5% li glukozaga qo'shib bir daqiqada 30–50 tomchi kiritish kerak.

XXXIV BOB. HOMILADORLIKDA GIPERTENZIV BUZILISHLAR (OPG-GESTOZLAR)

Akusherlik amaliyotida muhim ahamiyatga ega bo'lgan homiladorlik patologiyalaridan hisoblangan gestozlarning nomlanishi haqida hozirgi kunga qadar aniq bir yechimga kelingan emas. Ko'pchilik olimlar fikricha homiladorlik gestozlarida aksariyat hollarda uchlik (triada) simptomlari ko'zga tashlanadi. Ular quyidagilar: homiladorlik shishi – (aedema seu hydrops gravidarum), siydik bilan oqsil ajralib chiqishi – proteinuriya (proteinuria), qon bosimining ko'tarilishi – gipertoniya (hypertonia). Gestozlarning monosimptom shakllari ham (arterial gipertenziya, proteinuriya) amaliyotda ko'p uchraydi. Shu nuqtai nazardan uchlik simptomli gestozlar OPG (otek, proteinuriya, gipertoniya) gestozlar deyiladi.

Patogenezi. «Moslashish kasalligi» deb ataluvchi OPG gestozning kelib chiqishida neyrogen, gormonal, immunologik, genetik (nasl-nasab), plasentar

omillar ahamiyatli ekanligi aniqlangan. Lekin, uning kelib chiqishini izohlovchi nazariyalar ko'p bo'lishiga qaramasdan (30 dan ortiq nazariya) OPG gestozning asosiy sabablari yetarlicha aniqlangan emas.

Gestozlar patogenezi murakkabdir. Akusherlik va ginekologiya ilmiy tekshirish instituti (A va GITI) klinik fiziologiya bo'limi olimlari o'tkazgan tadqiqotlar va adabiyotlar tahlili ko'rsatishicha, gestozlar ko'pchilik hayot uchun muhim a'zolar funksiyasining buzilishi oqibatida kelib chiqadigan ishemik va gipoksik o'zgarishlar negizida sodir bo'ladi.

Mikrosirkulatsiyaning keng tarqalgan buzilishlari to'qimalar gipoperfuziyasi gestozlarni keltirib chiqaruvchi omil sanaladi. Tarqoq (yoyilgan) vazospazm, miokard ishining susayishi va aylanib yurgan qon hajmining kamayishi ro'y bergan holda butun a'zolar va qon aylanishining buzilishlari, tomirlarning ortiqcha o'tkazuvchanligi, ular endoteliysining distrofik buzilishlari, qon reologik xossalari ning izdan chiqishi, surunkali DVS-sindromining turlari rivojlangan bir paytda perkoagulatsiya buning asosiy sabablari sanaladi. Tarqoq vazospazm tomirlar o'tkazuvchanligiga ta'sir qilib, to'qimaga qonning suyuq qismi oqib o'tishiga ham sabab bo'ladi. Bu esa hujayralarda lipidlar (yog'lar) oksidlanishini faollashtiradi, hujayralarning to'siq funksiyasi pasayadi va kalsiy, magniy, natriy mikroelementlarining hujayralarga kirishiga imkoniyat yaratiladi va hujayra nobud bo'ladi. Shuning uchun eklampsiyada magneziiy sulfat yuborilishi tutqanoqqa qarshi yaxshi samara beradi.

Gestozlar patogenezi umumlashtirib quyidagicha tushuntirish mumkin.

Keng tarqalgan angiospazm gipovolemia (qonning suyuq qismining kamayishi) ga, a'zolar ishemiyasiga olib keladi. Buyraklardagi angiospazm uning po'stloq qavati ishemiyasiga, buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi, natriy va suvning organizmda to'planishiga proteinuriya, renin ishlab chiqarish tizimi faollashuviga, aldosteron gormonining oshib ketishiga sabab bo'ladi.

Jigar angiospazmi uning dezintoksikatsion funksiyasining susayishiga, suyuqlikning interstitsial to'qimaga o'tishi va gipovolemiyaga olib keladi. Miokard angiospazmi – qon aylanishi buzilishiga, miya angiospazmi miya gipoksiyasi va shishiga olib keladi, talvasaga sharoit yaratadi. Bachadon angiospazmi undagi qon aylanishning buzilishi, tomirlar sinuvchan bo'lib qolishi, muskullar ishemiyasiga va oqibatda plasentaning barvaqt ko'chishiga sabab bo'ladi. Shunday qilib gipertenziv buzilishlarda (OPG gestozlarda) juda murakkab patogenetik jarayon yuz beradi.

Gestoz yengil kechganda plazma hajmi sog'lom homiladorlikdagiga qaraganda 9 foiz, xastalik og'ir kechganda 30–40 foiz kamayadi. Gipovolemia asosan plazma hajmining, kamqonlikka esa eritrositlar hajmining tanqisligi sabab bo'ladi.

Yoyilgan (tarqoq) vazospazm, miokard ishining susayishi va aylanib yurgan qon hajmining kamayishi ko'pgina a'zolar gipoperfuziyasini, ona va homilada

talaygina asoratlarni rivojlanishi, ya'ni parenximatoz a'zolarining funksional yetishmovchiligi, ona qornidagi rivojlanishining kechikib qolishini, vaqtdan oldin tug'ish va eklampsiyani keltirib chiqarishi mumkin.

OPG gestozning klinik manzarasi.

I. Tana vaznining ortiqcha oshishi gestozning ilk simptomlaridan biridir. Tana vazni oshishining o'rtacha gestatsion muddati 21 haftani tashkil etadi.

Homiladorlik davrida tana umumiy vaznining oshishigina emas, balki turli xil davo choralariga javoban uning nomuntazam ravishda oshishi va kamayishi ko'rinishidagi o'zgarishlari ham ahamiyatlidir. Tana vaznining ortiqcha oshishi asosan shishlar hisobiga yuzaga keladi.

II. Shishlar OPG gestozning asosiy simptomlari toifasiga kirib, uning mustaqil shakli hisoblanadi. Ularning joylashuvi va ifodalanishi ancha o'zgaruvchandir. Hujayradan tashqari suyuqlik ortiqcha hajmi yashirin to'planganidan keyin (1,5 / gacha) namoyon bo'ladi.

III. Arterial gipertenziya homiladorlikdagi gipertenziv buzilishlarning asosiy belgisi sanaladi. Qariyb 70 foiz bemorlarda arterial gipertenziyaga gestozlar, 15–25 foizda gipertoniya kasalligi, 2–5 foiz hollarda buyrak kasalliklari – nefrit, surunkali piyelonefrit oqibatida uchraydigan simptomatik gipertenziya, kamdan-kam hollarda essensial gipertoniya sabab bo'ladi.

Bu xastalik haqida arterial bosim (AB) oshganda (homiladorlik boshlanishida AB ko'rsatkichlariga nisbatan) sistolik arterial bosim (SAB) 30 mm sim. ust. va bundan ko'proq oshganda yoki diastolik arterial bosim (DAB) 15 mm sim. ust. oshganda xulosa qilish mumkin. DAB homiladorlikning II trimestrida 75 mm sim. ust. dan oshiq bo'lganda va III trimestrida 85 mm sim. ust. dan ortiq bo'lganda arterial gipertenziya deb hisoblanadi. AB ko'rsatkichlarigina emas, balki uning keskin o'zgarishlari ham xavf tug'diradi, bu o'zgarishlar ona va homilani halokatli asoratlarga olib kelishi mumkin.

Arterial gipertenziyani baholash uchun o'rtacha arterial bosim (O'AB) mezonini qo'llaniladi.

O'AB (mm sim. ust.) sistolik AB + 2 AB (diastolik AB): 3. Normada O'AB 90–100 mm sim. ust. ni tashkil etadi.

IV. Bosh og'rig'i odatda gestozning o'rtacha og'ir simptomidir, lekin bu og'riqlar kasallikning boshqa belgilaridan oldin ro'y beradi. Ular peshona va ensa sohalarida seziladi, ular to'mtoq va pulsatsiyalovchi bo'ladi, ko'pincha «bosh og'irlashuvi» hissida namoyon bo'ladi, ular ko'rishning buzilishi, nevrologik belgilar bilan birga namoyon bo'ladi va preeklampsiya rivojlanishini aks ettiradi.

V. Ko'rishning buzilishida ko'z oldida qoramtir va yorqin dog'lar, yaltirovchi yulduzchalar hilpiragandek bo'ladi. Bu simptomlarning paydo bo'lishi yoki saqlanishi odatda mikrosirkulatsiyaning keskin buzilishini aks ettirib, davo naf bermaganidan va gestoz zo'rayganidan dalolat beradi, natijada odam tamomila ko'r bo'lib qolishi mumkin.

VI. Epigastral sohadagi og'riqlar preeklampsiya simptomi hisoblanadi, bunda patologik jarayon jigarga ham o'tadi.

VII. Chuqur pay reflekslarining jonlanishi preeklampsiya belgisi bo'lib, markaziy asab tizimi qo'zg'aluvchanligining oshganidan, tomir tortishishi mumkinligidan dalolat beradi.

VIII. Proteinuriya – buyraklarda allaqachon yuz bergan distrofik o'zgarishlar ifodasi. OPG gestozlarda uni muntazam nazorat qilish zarur, proteinuriya nechog'lik rivojlanganligini baholash uchun bir sutkalik siydikda oqsil bor-yo'qligini aniqlash talab etiladi. Proteinuriyaning oshib borishi gestoz zo'rayishini ko'rsatadi.

IX. Arterial qon tomirlar tonus darajasini aniqlash uchun oftalmologik tekshiruvlar o'tkazilib, ko'z tubining qon tomirlari o'rganilganda segmentar angiospazm ko'zga tashlanadi.

Diagnostikasi. OPG gestozlarda a'zolar va tizimlar funksiyalarini klinik, asbob-uskunalar yordamida, biokimyoviy tadqiqotlar, shu jumladan buyrak, jigar, yurak exografiyasi, markaziy gemodinamika holatini (exokardiografiya, elektrokardiografiya va h.k.) puxta tekshirmoq zarur.

Qon, siydikni umumiy tahlil qilish, shu jumladan bir sutkalik diurez (siydik)ni o'lchash, undagi proteinuriyani albatta aniqlash lozim.

Umumiy oqsil miqdori, oqsil raksiyalari, kreatinin, qoldiq azot, mochevina, siydik kislotalari, AST, ALT, bilirubin, xolesterin, qondagi qand darajasini aniqlash biokimyoviy tadqiqotlar qatoriga kiradi. Hamma homilador ayollarda koagulogramma (trombositlar soni, protrombinlar indeksi, qon, fibrinogenning aynish mahsulotlari, trombotest, fibrinolitik faollik, gematokrit)ni tekshirib ko'rish zarur.

Hamma tadqiqotlarni dinamikada o'tkazish lozim. Gestozning og'ir turlarida kreatinin, siydik kislota, plazma fibrinogeni, gemoglobin, gematokrit konsentratsiyasining oshib ketishi, OPG gestozning klinik laboratoriya manzaralari hisoblanadi, trombositopeniya, proteinuriya, siydik cho'kmasining o'zgarishi bilan birga davom etib boradi.

Exografiya yo'li bilan fetoplasentar kompleks holatini o'rganish muhim ahamiyatga ega. Gestozning o'rtacha og'ir turlarida ko'pincha homila boshchasining bipariyetal o'lchami o'sishining 2–4 haftaga orqada qolishi aniqlanadi, bu esa homila rivojlanishining to'xtalib qolishidan guvohlik beradi.

Homila ahvolini tezda baholash zaruriyati tug'ilganda uning reaktivligini homila kardiotaxografiyasi (KTG)ni qo'llagan holda aniqlagan ma'qul.

Gestozli hamma bemorlarni terapevt, okulist, reanimatolog, neonatolog ko'zdan kechirishlari zarur, bu mutaxassislar homila uchun nechog'lik xavf tug'ilish darajasi borligini baholab berishadi.

Klinik turlari.

1. Homiladorlik shishlari (istisqo) – OPG gestozning bir simptomli turidir. Yashirin va yaqqol ifodalangan shishlar tafovut qilinadi.

Yaqqol ifodalangan shishlar darajalari bo'yicha farq qilinadi: I darajasida shish oyoqlarda aniqlanadi, II darajasida oyoqlar va qorin oldingi devori shishlari, III darajasida oyoqlar, qorin va yuz shishlari, IV darajasida – anasarka, butun tana shishishi kuzatiladi.

Yashirin yoki klinik ifodalangan istisqoda etiopatogenetik davo o'tkazish uchun uning kelib chiqishini aniqlash lozim, shunda yurak tomir tizimi ahvolini baholab, gemodinamikasi, katta-kichikligi, jigar, buyrak funksiyasi tekshiriladi, chunki homilador ayollardagi istisqoga hamma vaqt ham gestoz sabab bo'lavermaydi, aksari hollarda u birikish ekstragenital patologiya sababli kelib chiqadi.

Amaliyotda yashirin istisqoni aniqlash uchun «Nikoh halqa», Makklyur Oldrich sinamallari, sutkalik diurez va tana vaznini taqqoslash, tana og'irligini muntazam o'lchab turish, uni E.S. Shkolnik tuzgan jadval bo'yicha baholash eng ko'p ishlatiladi. Homiladorlikning uchinchi trimestrida tana o'lchami har haftada 10 sm bo'yga 22 g va dastlabki tana vaznining har 10 kg og'irligiga 55 g ga oshishi kuzatiladi.

2. Nefropatiya (nephropatia). Gestozning zamonaviy kechishi klinikaning bilinmasligi va kam belgisi, atipik turlar sonining ko'payishi bilan tavsiflanadi. Uning erta boshlanishi, 3 haftadan ko'proq davom etishi – nohush oqibatlar belgisidir.

Nefropatiyaga uchragan homilador ayolda quyidagi belgilardan birortasi mavjudligi: sistolik arterial bosimning 160 mm sim. ust. va bundan yuqori; diastolik AB ning 110 mm sim. ust. va bundan ziyod; proteinuriyaning kuniga 3 g/l va bundan ortiq; oliguriya (siydikning bir kunlik 400 ml miqdorda) bo'lishi; miya shishi, ko'rish funksiyasining buzilishi, dispeptik alomatlar (ko'ngil aynishi, qayt qilish, epigastral og'riqlar); trombositopeniya (100000), gipokoagulyatsiya; jigar funksiyasining izdan chiqishi homilador ayolning og'ir ahvolda ekanligidan dalolat beradi.

3. Preeklampsiya (praeclampsia). Nefropatiyaning simptomlar triadasiga miyada qon aylanishi buzilishlari, gipertenziv ensefalopatiya belgilari, bosh aylanishi, ensa sohasida og'irlik hissi, ko'rish buzilishlari (ko'z oldida tuman, xiralashish, halqalar ko'rinishi), bo'shashish, uyquchanlik yoki aksincha, qo'zg'aluvchanlik, eyforiya, uyqusizlik, quloq shang'illashi belgilari qo'shilishib keladi. Ko'pincha ko'ngil aynishi, qusish, epigastral sohada og'riqlar seziladi.

Markaziy asab tizimi funksiyasi buzilishining simptomlari paydo bo'lganda tomir tortishishi kuzatiladi. Ayni paytda kuchli ta'sirlovchi holatlar (og'riq, shovqin, kuchli chiroq yorug'ligi) preeklampsiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Preeklampsiya bir necha daqiqadan bir necha soatlargacha davom etadi, shuning uchun u aksari hollarda sezilmasligi, ayniqsa yuzaki qaraganda payqalmasligi mumkin.

Diagnostikasi. Arterial qon bosimining 140/90 mm simob ustunidan oshib ketishi, homiladorlikning 20-haftasidan keyingi oylarida organizmda shish paydo bo'lishi, proteinuriya belgilariga qattiq bosh og'rishi, ko'zning xiralashuvi yoki ko'z oldida har xil doirachalar paydo bo'lishi, epigastral sohada qattiq og'riq bo'lishiga qarab aniq diagnoz qo'yish mumkin.

Preeklampsianing yengil darajasi. Diastolik qon bosimi 90 mm simob ustunidan yuqori, sistolik qon bosimi 140 mm simob ustunidan yuqori, qon bosimini har 4–6 soatda o'lchab turish kerak. Proteinuriya 500 mg/sutka yoki 1 g/l.

Preeklampsianing og'ir darajasi. Diastolik qon bosimi 110 mm simob ustunidan yuqori, sistolik qon bosimi 170 mm simob ustunidan yuqori. Proteinuriya 3000 mg/sutka yoki 3 g/l.

Preeklampsiyada xatarli omillar. Birinchi tug'ayotgan ayollarda surunkali buyrak kasalligi bo'lib, u proteinuriya, shish, arterial gipertenziya bilan namoyon bo'lsa, ayolning yoshi 25 yoshgacha yoki 35 yoshdan katta bo'lsa, xavf-xatar yuqori bo'ladi.

Preeklampsianing kliniko-laboratoriya belgilari:

Gipovolemiya, bu holat gemodinamik o'zgarishlar, mikrosirkulatsiyaning buzilishi (gemoglobin, gemotokrit konsentratsiyasi oshishi, trombosit va eritrosit agregatsiyasi oshishi, qon tomir o'tkazuvchanligining oshishi) albuminemiya, disproteinemiya, TIQTI sindromi, jigar funksiyasining buzilishi (AST, ALT va IF oshishi), plasentada shok holati va homila gipotrofiyasi kuzatiladi.

Diagnostika uchun quyidagi laboratoriya tekshiruvlari o'tkazish lozim:

a) qon tahlili: gemotokrit, gemoglobin, eritrositlar va eritrositlarning cho'kish tezligini aniqlash;

b) qonning biokimyoviy tahlilida: umumiy oqsil va oqsil fraksiyalari–fibrinogen, trombosit va jigar fermentlari ko'rsatkichlari oshishi;

d) siydik tahlilida uning solishtirma og'irligining, kunlik diurezning mochevina va kreatininning oshishi;

e) elektrokardiogramma, elektroensefalografiyadagi o'zgarishlar;

f) qusish soni va sutkalik diurezni hisobga olish;

h) umumiy ahvoliga baho berish: shikoyati, pulsi teri quruq bo'lishi va boshqalarga e'tibor berish.

Davolash. Preeklampsiyani davolashda dastlab talvasaning oldini oluvchi davo o'tkazilishi maqsadga muvofiq, chunki bunda ehtiyot chora qo'llanilmasa eklampsiya talvasasi boshlanishi mumkin.

Bunday terapiyaning asosini talvasaga qarshi preparatlardan foydalanish tashkil etadi. Kasalxonadagi ayollarda talvasa tutishi davolash yetarli darajada olib borilmagani sababli bo'ladi. Talvasaning oldini olish va davolashda magneziy sulfat preeklampsiya va eklampsiyada asosiy preparat hisoblanadi. Magneziy sulfat bo'lmasa diazepam ishlatish mumkin. Ammo diazepam yo'ldoshdan bemalol o'tib, homilaning neonatal nafasining zo'riqishiga olib kelishi mumkin.

Diazepamni uzoq vaqt mobaynida qo'llash, bolaning nafasini zo'riqishiga olib keladi va bachadon-yo'ldosh tizimida ishemiya patologiyasi va muddatdan oldin tug'ruq xavfini kuchaytiradi. Preeklampsiyada ham Stroganov usulida davolash-muhofaza tartibiga amal qililib, bemorlar muskuli orasiga, vena ichiga yuboriladigan va boshqa inyeksiyalar hamda muolajalar faqat efir narkozi ostida o'tkaziladi. Xuddi nefropatiya va eklampsiyadagidek dori-darmonlardan foydalaniladi.

4. Eklampsiya (eclampsia). Bu xastalik OPG gestozning eng og'ir turidir. 46 foiz hollarda homiladorlikda, 16 foiz tug'ruqda, 38 foiz hollarda esa tug'ruqdan keyingi davrda uchrab turadi. Uning etiopatogeneza tomirlarning tarqoq spazmi, ishemiya, miya gipoksiyasi, ko'z ichi bosimining oshishi kabi omillar ahamiyatlidir. Tomir tortishib, es-hushning yo'qolishi eklampsianing asosiy klinik alomati sanaladi. Undan oldin ko'pgina hollarda preeklampsiya simptomlari majmui yuzaga keladi.

Eklampsiya klinikasida qattiq bosh og'rig'i, to'satdan qon bosimining keskin ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, qusish, epigastral sohadagi og'riq, ko'rish qobiliyatining pasayishi kabi preeklampsiya simptomlariga qo'shimcha reflekslarning oshishi, sariqlik paydo bo'lishi, siydik ajralishining kamayishi va talvasa tutishi xarakterlidir.

Eklampsiya xurujida 4 lahza kuzatiladi:

1-lahza imo-ishora (mimika) muskullarining fibrillar tortishishida namoyon bo'ladi, keyin esa qo'llarning tortishib turishi qo'shiladi. Bemor bir tomonga nigoh tashlaydi. Bu davr qariyb 30 sekund davom etadi.

2-lahza boshdan, bo'yindan, qo'llardan gavda va oyoqlarga tarqaladigan tonik talvasalar bilan tavsiflanadi. Bosh orqaga egiladi, goho opistotonus holati kuzatiladi, nafas to'xtab qoladi, tomir urishi qiyinlik bilan aniqlanadi, ko'z qorachiqslari kengaygan, teri va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalar ko'kargan, til aksari hollarda tishlab olingan bo'ladi. Bunday holat qariyb 30 sekund davom etadi.

3-lahza ham pastga qarab yo'nalgan, klonik talvasalar bilan birga davom etadi. Nafas olish to'xtaydi va es-hush bo'lmaydi, tomir urishi aniqlanmaydi. Uning davomlilik qariyb 1–1,5 daqiqa.

4-lahza xurujlarning to'xtashi. Bunda talvasa tutmaydi, chuqur uzlukli nafas paydo bo'ladi, og'izdan ko'pincha qon aralash ko'pik keladi, nafas qisqa, keyin doimiy tus oladi, sianoz yo'qoladi, bemor u yoki bu darajada davom etuvchi eklampsiya komasi holatiga tushadi. Xurujdan keyin amneziya rivojlanadi. Shu sababli bordi-yu, talvasa paytida atrofda odam bo'lmasa eklampsiya xurujini bemor eslay olmaydi, bu haqda faqat jismoniy shikastlar (lat yeyish, tilni tishlab olish) va ko'zdan kechirganda koma holati talvasa tutganidan dalolat beradi.

Ketma-ket davom etuvchi xurujlar eklampsiya statusi deb ataladi.

Ba'zan eklampsiyaning talvasasiz turlari ham kuzatiladi, unda homilador ayol og'ir nefropatiyaga uchrab, birorta talvasasiz hushsiz holatga tushib qoladi, bu esa ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Eklampsiyaning og'ir-yengilligi haqida talvasalar soniga, ularning davom etishiga va hushsiz holatning qancha vaqt davom etishiga qarab fikr yuritiladi. Talvasa xurujlari qancha ko'p bo'lsa, ulardan keyingi koma shunchalik uzoq davom etadi, kasallik oqibati esa shu qadar jiddiy bo'ladi.

Eklampsiya komasi (EK) terminal holat bo'lib, bunda eklampsiya talvasasi xurujidan keyin hush barqaror buziladi. EKdan o'lim hollari 50–70 foizga yetadi.

Eklampsiyada tana harorati oshganda, taxikardiya, gipotoniya hollarida, diurez kamayib ketganda bemor og'irlashadi. Bu simptomlar miyaga qon quyilganini ko'rsatadi. Kalla ichi gemorragiyasidan tashqari, eklampsiya xuruji ko'z to'r pardasining ko'chib tushishi, homilaning nobud bo'lishi, yurak, buyrak, jigar yetishmovchiligi, gipopituitarizm, zotiljam, o'pka shishishi kabi asoratlar kelib chiqishi mumkin.

Eklampsiyaning diagnostikasi. Arterial qon bosimini o'lchash, proteinuriyani aniqlash, barcha hayot uchun muhim a'zolar yetishmovchilik darajasini baholash uchun qon tahlili, biokimyoviy tahlillarni o'tkazish, koagulogrammani aniqlash. UT yordamida tekshirish, ayniqsa bachadon-plasenta qon aylanishini, homila holatini baholashga yordam beradi. Arterial gipertenziyaning oqibatlari EKG da va oftalmoskopiyada to'r parda tomirlarining o'zgarishiga qarab aniqlanadi.

Eklampsiyada shoshilinch yordam. Agar homilador ayol eklampsiya holatida tug'ruq majmuiga keltirilsa, tutqanoq paytida og'iz kengaytirgich qo'yiladi va yuqori nafas yo'llari tozalanadi, tilini til ushlagich bilan tutib turish lozim. Nafas tiklangandan so'ng azot (II)-oksidi bilan narkoz beriladi. Efir qo'llanilmaydi, chunki tutqanoqni yana yuzaga keltirishi mumkin. Kelgusi tutqanoqning oldini olish chora-tadbirlari sifatida infuzion terapiya (200–400 ml gacha reopoliglukin yoki 5% li glukoza eritmasi), gipotenziv dorilar, sedativ dorilar va siydik haydovchilardan foydalaniladi. Arterial bosimni pasaytirish, boshqaruvchi gipotenziva (geksoniy, benzogeksoniy yuborish), homilaning ahvolini baholash kerak.

Agar tutqanoq qayta takrorlansa, sun'iy nafas apparatiga ulanib kesar kesish operatsiyasi o'tkaziladi.

Davolash. Birinchi navbatda V.V.Stroganov usuli bo'yicha davolash-muhofaza tartibi o'rnatiladi, tinch, osuda, issiq, shovqin-surondan chetda, qorong'ilashtirilgan xonaga yotqiziladi. Chunki yorug'lik, shovqin eklampsiya holatidagi bemorni qattiq qo'zg'alishiga, talvasa sindromi qaytalanishiga olib kelishi mumkin.

Gipertenziv buzilishlar og'irligi darajasidan qat'i nazar davolash-muhofaza tartibi uyda ham, statsionarda ham saqlanishi shart. Ruhiy xotirjamlik, yaqin

kishilarning do'stona munosabati, uyqu va dam olishni muvofiqlashtirish, jismoniy zo'riqlashning oldini olish, tinchlantirish (tinchlantiruvchi choy, relanium, nozepam kabi tabletkalar) choralari ko'riladi. Yengil eklampsiyada tinchlantiruvchi dorilar ichishga berilishi yoki muskul orasiga yuborilishi lozim. Og'ir eklampsiyada dorilar albatta muskul orasiga yoki vena ichiga qilinishi kerak.

Tomirlarning tarqalgan spazmini bartaraf etish, gipovolemiyaga qarshi kurash, markaziy va periferik tipda ta'sir qiluvchi gipotenziv va spazmolitik dorilarni qo'llash davolashning eng muhim shartlaridan biridir.

Periferik va markaziy mexanizmlar bo'yicha ta'sir qiluvchi gipotenziv dorilar: Rauvolfiya preparatlari (rezerpin, raunatin) barcha gipertoniya kasalligi bilan og'rigan bemorlarga tavsiya etiladi, tug'ruq paytida dozasi kamaytiriladi. Ta'sir doirasi keng preparatlar – metildofa, dopegit 1 kunda 3 mahal 125 mg. dan beriladi. Droperidol – (bu markaziy ta'sir qiladi) 1 kunda 2–3 mahal 20–40 mg dan beriladi. Ko'pincha shoshilinch holatlarda beriladi. Ganglioblokatorlar (arfonad, pentamin, benzogeksoniy, imexin) 0,5–1 ml muskul orasiga va vena ichiga yuboriladi, AQB yuqori bo'lganda tug'ruq vaqtida ham qo'llaniladi.

Gipertenziv buzilishlar bilan og'rigan ayollarni qon bosimini normal sifrlargacha pasaytirishga urinish kerak emas. Chunki bunda bachadon-plasentar qon aylanishi buziladi.

Spazmolitiklardan: 0,5% li 2 ml dibazol, 2% li 2 ml, papaverin, 1,5% li 2 ml gangleron, 1 % li 1 ml metasin eritmalari muskul orasiga yoki vena ichiga yuboriladi.

Boshdan kechirilgan eklampsiyadan keyin og'ir kechuvchi asoratlar qolishi mumkin: falaj, psixoz, tutqanoq, bosh og'rig'i, xotiraning susayishi, vegetativ buzilishlar va hayotiy muhim a'zolar zararlanishi munosabati bilan bemorning nogiron bo'lib qolishi shular qatoriga kiradi.

XXXV BOB. AKUSHERLIKDA SEPTIK INFEKSIYA

O'tkir keng tarqalgan (diffuz) peritonit

Chilla davrida o'tkir keng tarqalgan peritonit quyidagi asosiy sabablar oqibatida kelib chiqadi:

- kesar kesish operatsiyasining asorati sifatida;
- bachadon ortiqlari (naylari, tuxumdonlar)ning o'tkir yallig'lanishi yoki surunkali kasalligining avj olishi sababli;
- o'tkir appendisit (chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yiringli yallig'lanishi va yorilishi – flegmonali, gangrenali) tufayli;
- chilla davri septik kasalliklarida qonda yiringning tarqalishi.

Ko'pchilik hollarda (90%) kesar kesish operatsiyasining asorati sifatida uchraydi. Onalar o'limining septik kasalliklar tufayli uchraydigan asosiy

sabablaridan biri (30% hollarda) hisoblanadi. Bundan tashqari o'tkir peritonitning kelib chiqishiga homilador ayol organizmidagi surunkali yuqumli kasalliklar hamda qog'onoq suvlarining barvaqt ketishi oqibatida homilaning uzoq muddat (12 soatdan ortiq) suvsiz qolishi, ko'rsatma bo'lsa-bo'lmasa tez-tez qin orqali tekshiruvlar ham sabab bo'lishi mumkin.

Kesar kesish operatsiyasidan keyingi peritonitning kelib chiqishiga, operatsiyani bajarish jarayonida aseptika va antiseptika qoidalarining buzilishi (asbob-uskunalar, choklash materiallarining yetarli sterillanmaganligi, tug'ruqdagi endometrit, uzoq muddatli suvsizlikdan keyin operatsiya qilish) sabab bo'ladi.

Kesar kesish operatsiyasidan keyingi diffuz peritonit uchun xavfli omillar orasida xorioamnionit (xorion va amnion pardalar yallig'lanishi) va endometrit alohida o'rin tutadi. Xorioamnionitning rivojlanishi homiladorlik oxirida yoki tug'ruq vaqtida bachadonga kasallik qo'zg'atuvchining kirishi bilan bog'liq. Agar xorioamnionit o'z vaqtida aniqlanmasdan kesar kesish operatsiyasi amalga oshirilsa akusherlik peritoniti juda tez rivojlanadi.

Kasallikning etiologiyasida ichak tayoqchalarining roli katta, kamroq hollarda stafilo-streptokokklar va boshqa mikroorganizmlarning ham o'ziga yarasha o'rni bor.

Akusherlikda diffuz peritonit aniqlanmagan atipik holda kechayotgan xorioamnionitda kesar kesish operatsiyasidan keyin ichaklarning parezi yoki tikilgan choklarga infeksiya tushishi sababli rivojlanishi ham mumkin.

Peritonitning uch fazada kechishi kuzatiladi.

Birinchi – himoya fazasi. Uning xarakterli belgilaridan qorin bo'shlig'ida ekssudat yig'ilishidir. Boshda ekssudat seroz xarakterda, keyinchalik yiringli, yiringga qon aralashgan holda bo'ladi. Ekssudatning paydo bo'lishi organizmning himoya vositasi sifatida yuzaga keladi.

Ikkinchi – toksik fazasi. Bu faza uchun himoya mexanizmining so'nishi xarakterlidir. Gemodinamik buzilishlar kuchayadi, mikrosirkulatsiya, buyrak va jigar funksiyalari buziladi. Gipoksiya avj oladi, modda almashishining barcha turlari izdan chiqadi. Buyrak usti bezi po'stloq qismi funksiyasi keskin tushib ketadi. Gemodinamik buzilishlar qorin bo'shlig'i qon tomirlarining kengayib ketishiga va qonning ko'proq hamji u yerda to'planishiga olib keladi. Ichaklar parezi avj oladi, ba'zan to'liq atoniya holatiga keladi.

Uchinchi – terminal faza. Bu faza gipovolemik septik shok holati va yurak faoliyatining buzilishi bilan o'tadi va ko'pincha bemorning o'limi bilan yakunlanadi.

Klinikasi. Kesar kesish operatsiyasidan keyingi peritonit tezda toksik fazaga o'tishi bilan xarakterlidir. Eng asosiy simptomlaridan qorinda qattiq og'riq bo'lishi, ko'ngil aynishi va qusish, qorin dam bo'lishi, ichaklar parezining avj olishi, til qurishi, qorin oldingi devori muskullarining taranglashuvi, Shetkin-

Blyumber belgisi musbat bo'lishi yoki uncha rivojlanmasligi, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi kabilardir.

Tana harorati baland, puls tezlashgan, arterial qon bosimi pasaygan, umumiy ahvoli og'irlashgan.

Diagnostikasi. Kesar kesish operatsiyasidan keyingi peritonitning patogenetik kechishi turli variantlarda bo'lganligi uchun uning diagnostikasida birmuncha qiyinchiliklarga duch kelinadi, ya'ni peritonitning klassik belgilari ko'zga tashlanmaydi (qorinning taxtadek qotib qolishi, kuchli peritonial simptomlar). Shunga qaramasdan bemor hayotini saqlab qolish faqatgina o'z vaqtida diagnozni aniqlashga bog'liq.

Davolash. Diffuz peritonitni kompleks usulda davolash tavsiya etiladi, operativ davolash bilan birga konservativ davo choralari qo'llash maqsadga muvofiqdir. Bachadonga qo'yilgan choklarning yaroqsizligi, ichaklar baryer funksiyasining buzilishi hamda konservativ davo choralari yordam bermasa operativ davolashga o'tiladi. Bachadonni ortiqlari bilan olib tashlanadi. Ekstirpatsiya operatsiyasi amalga oshiriladi. Kuchli antibiotiklar qo'llaniladi (penitsillin, sefalosporin va boshqalar). Dezintoksikatsiya uchun vena ichiga poliglukin, gemodez, glukoza eritmasi, qon plazmasi, oqsilli preparatlar, qon quyish maqsadga muvofiq. Qonning kislota – ishqorli muhiti aniqlansa asidoz belgisi ko'zga tashlanadi, suv-elektrolit balansi buziladi. Shuning uchun trasilil, kontrikal vena ichiga yuboriladi.

Ichaklar parezini tiklash maqsadida nazogastral zondlar kiritish, peristaltikasini tiklash uchun gipertonik huqna qilinadi.

Serukal, prozerin, nazo-gastral zondni qo'yish, yaxshi samara beradi.

Agar nafas yetishmovchiligi kuchaysa o'pkani sun'iy ventilatsiya qilishga o'tiladi.

Profilaktikasi. Chilla davridagi peritonitning oldini olish uchun kesar kesish operatsiyasi qilishdan oldin unga bo'lgan moneliklarni qat'iy hisobga olish lozim. Xorioamnionit belgilari bo'lganda bu operatsiyadan bosh tortish, endometrit va ichak parezlarini o'z vaqtida samarali davolash, kesar kesish operatsiyasining zamonaviy usullarini tanlash talab qilinadi.

SEPTIK (TOKSIK-SEPTIK) SHOK

Septik infeksiyaning eng og'ir ko'rinishlaridan biri septik shok hisoblanadi. Septik shok ko'pincha homiladorlikning kechki abortlarida va tug'ruq vaqtidagi endometritlarda (uzoq vaqt suvsizlik oqibatida, isitmali holatda) kuzatiladi.

Septik shok asosan grammanfiy bakteriyalarning (ichak tayoqchalari, proteylar, yashil yiring tayoqchalari salmonellalar) ommaviy nobud bo'lishi sababli yuzaga keladi. Bunda nobud bo'lgan bakteriyalar pardalarining buzilishi oqibatida endotoksin ajralib chiqadi. Ko'p miqdordagi endotoksinlar va faol

proteolitik fermentlar ta'sirida bir qator kuchli vazomotor ta'sir ko'rsatuvchi (katexolamin, gistamin, serotonin va boshqalar) moddalar ajraladi. Ba'zan endotoksinlar to'g'ridan-to'g'ri qon tomirlarga ta'sir qilishi mumkin.

Septik shokning patogenezida periferik to'qimalar mikrosirkulatsiyasining buzilishi muhim ahamiyatga ega. Endotoksinlar ta'siri ostida qon tomirlar endoteliysi zararlanadi va to'qima tromboplastini ajraladi, trombositlar, eritrositlar gemolizga uchraydi. Buning oqibatida tomirlar ichida fibrinlarning cho'kish va mikrosirkulatsiya tomirchalarida tromblar hosil bo'ladi, fibrinlarning erishiga (TIQTI-DVS sindrom) olib keladi.

Endotoksinlar qon tomir devoriga ta'sir etib, uning spazmiga, keyinchalik paralich bo'lib kengayishiga olib keladi. Oqibatda qon tomirlar devori qonning suyuq qismining to'qimaga o'tib ketishiga, qonning aylanib yuruvchi hajmi kamayishiga sabab bo'ladi. Qon tomirlardagi va mikrosirkulatsiya tizimidagi umumiy buzilishlar gipotoniya, asidoz holatiga, qonning reologik xususiyatlarining buzilishiga, oliguriya, nafas va buyrak yetishmovchiligiga, miya faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Septik shok natijasida kelib chiqadigan o'tkir jigar, buyrak va nafas yetishmovchiligi, miyadagi qon aylanishining o'tkir buzilishi va ichki a'zolarida ko'plab tromblar hosil bo'lishi bevosita onalar o'limiga sabab bo'ladi.

Kasallik odatda to'satdan tana haroratining oshib ketishi bilan boshlanadi. Puls tezlashadi va kuchsiz uradi. Teri rangi oqarib ketgan, sovuq ter bosgan. Arterial bosim keskin tushib ketgan. Oradan bir necha soat o'tgandan keyin tana harorati subfibril (36° gacha) haroratiga tushadi. Septik shokka xos belgilardan biri AB ning tushib ketishi qon yo'qotish bilan bog'liq bo'lmaydi. Qon tahlilida leykosit va trombositlar miqdori kamayib ketganligi, keyinchalik oshib ketishi holati kuzatiladi. Septik shokda qon aylanishining buzilishi (gipotoniya) o'z vaqtida bartaraf etilmasa o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Septik shokning eng xavfli jihati o'tkir shok, infeksiya, uremiya, giperkaliyemiya va asidoz holatlarining yuzaga kelishidir.

Davolash. Septik shokni davolash quyidagi tadbirlarni amalga oshirishga qaratilgan bo'lishi kerak: 1) infeksiya o'chog'ini bartaraf etish; 2) keng qamrovli antibiotiklar bilan davolash; 3) aylanib yuruvchi qon hajmini tiklash; 4) vena ichiga geparinni tomchilab quyish; 5) katta dozalarda kortikosteroid gormonlar yuborish; 6) asidozga qarshi kurash olib borish; 7) qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar qo'llash.

Infeksiyani bartaraf etish uchun kuchli antibiotiklarni qo'llash bilan birga mikrosirkulatsiya buzilishini tiklash lozim. Infeksiya manbaini bartaraf etishda bachadonni ehtiyotlik bilan qirib tozalash maqsadga muvofiq. Agarda bachadonni qirib tozalash va antibiotiklar bilan davolash 8–12 soat ichida natija bermasa, unday hollarda bemorni zudlik bilan bachadonini va ortiqlarini ekstirpatsiya qilib olib tashlash lozim. Shokning terminal fazasida operatsiya qilish mumkin emas.

Antibiotiklar bilan davolashda keng ta'sir etuvchi sefalosporinlar – seporin va boshqalar – kuniga 4–6 g gacha, benzilpenitsillin 20 000 000 – 30 000 000 TB, ampitsillin, oksasillin, metisillin kuniga – 4–6 g gacha, kanamitsin 1,5–2 g buyuriladi. Antibiotiklarni birga qo'shib qo'llash yaxshi samara beradi. Bunda ampitsillinni oksasillin bilan, oksasillinni kanamitsin bilan, benzilpenitsillinni ham kanamitsin bilan birga qo'shib ishlatish maqsadga muvofiq.

Bu antibiotiklar ishlatilganda albatta nistatin va antigistamin preparatlar (dimedrol, suprastin) qo'llash kerak bo'ladi.

Infuzion terapiya sifatida plazma, poliglukin, reopoliglukin va boshqalar ishlatiladi. Agarda qon ko'p yo'qotilgan bo'lsa qon quyiladi. Qon ivish tizimini nazorat qilgan holda geparin quyiladi. Glukokortikoid gormonlardan gidrokortizon 200–300 mg gacha bemorni og'ir ahvoldan chiqargunga qadar har 2 soatda ineksiya qilib turiladi.

Asidozga qarshi kurash chorasi sifatida 5% li bikarbonat natriy eritmasidan, asidoz qay holatda ekanligiga qarab 20 ml dan 100 ml gacha quyiladi. Bir vaqtning o'zida oqsil va elektrolit almashinuvi buzilishlarini o'z holiga keltirish uchun albumin eritmasi quyiladi. Tomir kengaytirish maqsadida promedel yoki pipolfen ishlatiladi.

O'pkaning shok holatini hisobga olgan holda sun'iy nafas berish yo'li bilan oksigenoterapiya (kislorod bilan davolash) samarali vosita hisoblanadi.

O'tkir buyrak yetishmovchiligida organizmga suyuqliklar quyish ahvolni og'irlashtiradi. Anuriya holatida bemorga 500–700 ml dan ortiq suyuqlik berilmasligi, quyilmasligi kerak. Giperkaliyemiya holatida uning antagonist kalsiy, glukoza insulin bilan yuboriladi. Og'ir holatlarda tomir ichiga 10–15 ml 2–3% li natriy xlorid yuborilishi tez va qisqa muddatli samara beradi. Bu vaqtda gemodializ qilinishi tavsiya etiladi.

Asidoz holati bo'lsa 100 ml 5% li bikarbonat natriy yuboriladi.

Gemodializga ko'rsatmalar. 6 kun va undan ko'proq davom etayotgan oliguriya; markaziy asab tizimi intoksikatsiyasi; ko'ngil aynish, qusish, ichaklar parezi; aritmiya, to'sh ostidagi og'riq; azotemiya, giperkaliyemiya, metabolik asidoz holatlari.

Poliuriya fazasida organizm yo'qotayotgan suyuqliklarning o'rnini to'ldirish lozim. Bu davrda organizmning infeksiyaga qarshilik ko'rsatish kuchi susaygan bo'ladi, shuning uchun keng ta'sir etuvchi antibiotiklarni qo'llashga to'g'ri keladi.

SEPSIS

Sepsis – qon oqimiga doimiy yoki vaqti-vaqti bilan infeksiya o'chog'idan mikroblarning oqib tushishi natijasida kelib chiqadigan patologik holat bo'lib, mikroblari va to'qimali toksemiya, ko'pincha yiringli metastazlar hosil qilishi bilan xarakterlanadi.

Asosan tilla rang stafilokokk, grammanfiy mikrofloralar qisman anaerob mikroblar va streptokokklar chaqiradi. Sepsisning asosiy ikki turi farqlanadi: septisemiya – metastazsiz va septikopiyemiya – metastazli sepsis.

Septisemiya – umumiy oʻtkir septik kasallik boʻlib, qonda bakteriyalarning tarqalishi, sirkulatsiyasi hamda organizmning kuchli intoksikatsiyasi bilan kechadi.

Kasallik tugʻruqdan keyingi 2–3-kunlarda koʻzga tashlanadi va titroq, tana haroratining keskin oshib ketishi (to 40–41°C gacha) kuzatiladi. Koʻpincha lixoradka doimiy saqlanib turadi, titroq xuruji qaytalanib turadi, puls tezlashadi. Bemorning umumiy ahvoli kasallik boshlangan zahotiyoq juda ogʻirlashadi. Sustlik, uyqu bosish, apatiya, baʼzan qoʻzgʻaluvchanlik, esankirash, qattiq bosh ogʻrigʻi boʻladi. Teri kulrang tusga kiradi. Baʼzan boʻgʻimlarda shish va ogʻriq paydo boʻladi. Tili qurigan, karash bilan qoplangan. Qorin birmuncha dam, paypaslaganda ogʻriqli, tez orada toksik ich ketish boshlanadi. Keyinchalik sfinkterlar parezga uchrashi sababli siydik tuta olmaslik, ixtiyorsiz ich ketish holati yuzaga keladi.

Kasallik avj olganida kollaps boshlanadi. Diagnozi qonda bir necha bor bakteriologik tekshiruvlar natijasida mikroblar topilishiga qarab aniqlanadi. Septisemiya oʻz vaqtida davolansa 1,5–2 hafta ichida bemor sogʻayib ketishi mumkin. Davolash samara bermasa septikopiyemiyaga oʻtishi va bemorning oʻlimi bilan tugashi mumkin.

Septikopiyemiya – turli aʼzolarda (birinchi navbatda oʻpkada) metastazli yiringli oʻchoqlar paydo boʻlishi bilan ifodalanadi. Septikopiyemiya odatda septisemiyadan keyingi bosqich sifatida namoyon boʻladi. Shuning uchun septikopiyemiya boʻlishdan oldin birlamchi infeksiyalanish (endometrit), septisemiya yuzaga keladi, keyin esa septikopiyemiya paydo boʻladi. Koʻpincha septikopiyemiya tugʻruqdan keyingi 10–17-kunlardan boshlanadi. Sepsisning bu shaklida qonda mikroorganizmlarni topish qiyin boʻladi. Oʻpkaning zararlanish sababi shundaki, u infeksiyaning harakat yoʻlidagi birinchi filtr hisoblanadi.

Infeksiyali oʻchoqdan mikroblar limfogen va gemotogen yoʻllar bilan butun organizmga tarqaladi. Limfogen yoʻl bilan tarqalganda koʻkrak yoʻli orqali toʻgʻri oʻng yurak va oʻpkaga boradi. Gemotogen yoʻl bilan tarqalsa koʻpincha yiringli tromboflebit bilan boshlanadi. Sababi bachadondan chiquvchi venoz qon tomirlarda tromblar hosil boʻlib, yiringlaydi. Bu oʻchoqdan mikroblar va tromb boʻlakchalari vena qon tomirlari orqali pastki kovak venaga, undan oʻng yurakka va oʻpkaga oʻtadi. Mikroblar oʻpka filtrida ushlanib oʻpka yiringli oʻchogʻini hosil qilishi yoki undan oʻtib chap yurak orqali katta qon aylanish doirasi bilan barcha aʼzolarga tarqalishi mumkin.

Septikopiyemiyada tana harorati koʻpincha doimiy baland boʻladi, qaltirash kuzatiladi. U toʻxtashi bilan koʻpincha bemorni ter bosadi. Puls tezlashadi, kuchsiz uradi, teri oqargan, til quruq. Qonda leykositoz, eritrositlar parchalanishi oqibatida (toksinlar taʼsirida) anemiya – kamqonlik avj oladi, sariqlik paydo boʻladi.

Taloq kattalashadi (“septik taloq”). Siydik ajralishi kamayadi. Siydik bilan ko‘p miqdorda bakteriyalar ajralib chiqadi. Siydikda oqsil, eritrositlar, leykositlar, silindrlar paydo bo‘ladi. Bu o‘zgarishlar buyrakdagi distrofik jarayondan yoki buyrakda yiringli o‘choq paydo bo‘lganligidan dalolat beradi.

Kasallikning og‘irlik darajasi va infeksiya o‘chog‘ining tarqalishiga qarab septikopiyemiyani bir necha variantga bo‘lish mumkin. Tromboflebitli, endokardial, peritonal variantlar. Ko‘pincha yiringli tromboflebit shaklida uchraydi. Uning sodda shakli o‘pkaga metastaz berishi. Bu shaklida o‘pka infarkti, keyinchalik o‘pka absessi, yiringli plevrit paydo bo‘ladi.

Yiringli tromboflebit sepsisning og‘ir turi hisoblanadi va katta qon aylanish doirasi a‘zolarida metastazlar hosil bo‘lishi bilan xavflidir. Ko‘pincha buyrakda subkapsulyar absesslar paydo bo‘ladi. Miokardda, jigarda, taloqda, bosh miyada, qisman buyrak atrofi to‘qimasida (paraneural absesslar) metastazlar hosil bo‘ladi.

Sepsisning eng og‘ir shakli endokardial turi hisoblanib, ko‘pincha o‘lim bilan tugaydi. Endokardial variantda klinik manzara asosan bakteriyalarning qonda tarqalishi va emboliyaga bog‘liq. Bakteriyemiya – septik endokarditning xarakterli ko‘rinishi hisoblanadi va osonroq aniqlanadi. O‘ng yurak endokarditida metastaz ko‘pincha o‘pka, buyrakda hosil bo‘ladi. Chap yurak endokarditida esa buyrak, taloq absesslari, bosh miya tomirlarida emboliya, qon quyilishi, meningeensefalit belgilari paydo bo‘ladi.

Yurak tomonidan klinik simptomlar ko‘zga kam tashlanadi. Puls tezlashishi, ba‘zan aritmiya holati kuzatiladi. Taxikardiya kuchayadi, aorta ustida diastolik shovqin, yurak uchida yengil sistolik shovqin eshitiladi. Davolashda katta dozada antibiotiklar – ristomitsin sulfat yuqori samara beradi, sababi u yurak endokardida jamlanadi.

Peritonal variantdagi septikopiyemiyada tana harorati doimo baland, titroq xuruji tez-tez takrorlanib turadi, ko‘pincha og‘riq sezilmaydi, ko‘ngil aynish, kekirish bo‘lmaydi, ba‘zan qorin dam ham bo‘lmaydi. Lekin kuchli septik ich ketish kuzatiladi. Peritonal sepsisda birinchi navbatda o‘pkaga metastaz berishi mumkin.

Agarda o‘z vaqtida, maqsadli, adekvat davo choralari ko‘rilsa bemor asta-sekin sog‘ayishi mumkin. Mobado sog‘lig‘i yaxshilanmasa umumiy ahvoli keskin yomonlashadi, es-hushi pasayadi, alahsiraydi, keskin ozib ketib, sillasi quriydi, septik ich ketish boshlanadi va ahvoli og‘irlashib, o‘lim bilan tugashi mumkin.

Davolash. Sepsisni davolashda asosan infeksiya va intoksikatsiyaga qarshi kurash, organizmning himoya kuchini faollashtirish, organizmning ma‘lum a‘zolari va tizimlari funksiyasini normallashtirish kabi chora-tadbirlarni o‘z ichiga oladi.

14–20 kun davomida kuchli antibiotiklarni qo‘llash asosiy davo vositalaridan hisoblanadi.

Benzilpenitsillin sutkasiga 16 000000 – 20 000000 TB vena ichiga va muskul orasiga; ampitsillin 4–6 g vena ichiga va muskul orasiga; ampioks – 2 g vena

ichiga va muskul orasiga; oksasillin va metisillin – 4–6 g muskul orasiga, seporin 4 g vena ichiga va muskul orasiga; gentamitsin – 200–240 mg muskul orasiga; kanamitsin – 1,5 g muskul orasiga yoki vena ichiga; eritromitsin fosfat – 1–1,5 g vena ichiga; linkomitsin – 1,5 g muskul orasiga; fuzidin 1,5 g ichishga beriladi.

Antibiotiklarni oʻzaro birga qoʻllashda: ampitsillinni oksasillin bilan (ampioks), gentamitsin yoki kanamitsin bilan, gentamitsinni linkomitsin bilan qoʻshib ishlatish maqsadga muvofiq boʻladi.

Dezintoksikatsion davo maqsadida reopoliglukin, poliglukin, gemodez, glukoza, elektrolitli eritmalar, plazma, oqsilli preparatlarni vena ichiga quyish samarali taʼsir koʻrsatadi. Kam miqdorda yangi sitratlangan qon quyish kerak. Desensibilizatsiya uchun suprastin, dimedrol, diprazin ishlatiladi.

Organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi vitaminlarga boy, yuqori kaloriyalı ovqat berish, nerobolil, retabolil muskul orasiga yuborish lozim. Bemor oʻzi ovqatlanmasa, parenteral usul bilan ovqatlantirish kerak.

XXXVI BOB. QOGʻONOQ SUVI BILAN EMBOLIYA BOʻLISH

Qogʻonoq suvi bilan emboliya boʻlish akusherlik patologiyalarining eng ogʻiri hisoblanadi. Bunda onalar oʻlimi 50% dan ortiqroq boʻladi.

Qogʻonoq suvlari – murakkab biologik muhit hisoblanib, oʻzining biologik xususiyatlari bilan ona va homila qoni zardobidan tubdan farq qiladi. Suvda koʻplab biologik faol moddalar (serotonin, gistamin, tromboplastin va boshqalar) boʻlib, ularning ona qoniga tushishi shokning rivojlanishi va qon ivishishning buzilishiga olib keladi.

Ona qoniga qogʻonoq suvlari quyidagi yoʻllar bilan tushishi mumkin:

1. Transplasentar yoʻl (plasentadagi kemptik orqali);
2. Bachadon boʻynidagi tomirlar yorilishidan;
3. Vorsinkalar orasidagi maydoncha orqali (normal joylashgan plasenta barvaqt koʻchganda, plasenta oldinda joylashganda);
4. Bachadonning barcha tomirlari jarohatlanganda (kesar kesish operatsiyasida, homila pardalari butunligi buzilganda, bachadon yirtilganda).

Moyillik tugʻdiruvchi omillarga kuchli tugʻruq faoliyati, bachadon muskullarini oksitosin bilan haddan tashqari darajada ragʻbatlantirish, qogʻonoq suvlarida homila axlati (mekoniyning) boʻlishi, amneosentez va amneoskopiya kabilarni kiritish mumkin.

Qogʻonoq suvi bilan emboliya boʻlishing **patogenezida** ona qoni oqimiga qogʻonoq suvining qanchalik tez va koʻp miqdorda kirishi muhim hisoblanadi. Homilador ayol qoniga bir vaqtning oʻzida koʻp miqdorda qogʻonoq suvining kirishida undagi biologik faol moddalar oʻpka va bronx tomirlarining tarqoq

spazmi (qisqarishi)ga sabab bo'ladir va kardiogen shokni keltirib chiqaradi. Onaning qoniga suvning asta-sekinlik bilan tushishida qonning tomir ichidagi tarqoq ivishi (TIQTI-DVS) sindromi vujudga keladi va TIQTI sindromi rivojlanishi ma'lum fazalarga bo'linadi.

Birinchi faza – rivojlangan giperkoagulatsiya (qon ivishining tezlashuvi) jarayoni bilan ifodalanadi va oqibatda asosan o'pka tomirlarida tomir ichida tromblar hosil bo'ladi.

Ikkinchi faza – koagulopatiya fazasi esa qon ivishi xususiyatining yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Ko'p miqdordagi qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lganda, TIQTI sindromi o'tkir kechadi va shuning uchun uni birinchi fazasida qonda gipokoagulatsiya jadal rivojlanishi sababli uni aniqlashga hamma vaqt imkoniyat bo'lavermaydi, TIQTI sindromi shok holatini chuqurlashtiradi, gemodinamik buzilishlar, gipoksiya va yurak-o'pka yetishmovchiligiga olib keladi.

Qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lganda o'lgan ayol o'pkasida eng xarakterli patologoanatomik o'zgarishlar (aralash tromblar, qog'onoq suvlari zich qismlarining fibrin bilan birgalikdagi elementlari) topiladi.

Klinikasi. Ona qoniga ko'p miqdordagi qog'onoq suvining tushishida o'pka arteriya qon tomirlarining emboliyasi kuzatiladi va u birdan tana haroratining 39–40° gacha ko'tarilishi, titroq bosishi bilan xarakterlanadi. Bu simptomlarni ona organizmiga tarkibi jihatidan murakkab bo'lgan oqsilli-tuzli eritma yuborgandagidek o'ziga xos anafilaktik shok holati deb qarash lozim.

Bu ko'rinishlarga tez orada gipoksiya qo'shiladi, yuz va oyoqlar terisi ko'karadi, nafas olish funksiyasi buziladi.

Qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lishning o'ziga xos simptomlaridan yana biri yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishidir, unga qon bosimining juda tushib ketishi, pulsning tezlashuvi kiradi. Bemorning ahvoli birdan og'irlashadi, tonik va klonik titrash belgilari bilan kuzatiladigan qo'zg'alishlar sodir bo'ladi. Qo'zg'alish tezda hayot uchun muhim a'zolar faoliyatining to'xtashi va qisqa vaqt ichida ayolning o'limi bilan tugallanishi mumkin. Bunda o'pka shishi va yurak-qon tomir tizimining rivojlanib boruvchi yetishmovchiligi natijasida o'lim ro'y beradi.

Agar ayol kardiopulmonal shok fazasidan eson-omon o'tsa, dastlabki 30 daqiqa ichida ba'zan kechroq qon ivishining og'ir asorati ko'zga tashlanadi, bu esa asosan bachadon bo'shagandan (homila va yo'ldosh tug'ilgandan) keyin namoyon bo'ladi. Bir vaqtning o'zida bachadonning gipotoniya (atoniya) ko'zga tashlanadi. Gemorragik diatez rivojlanadi, bu holat milklardan, inyeksiya qilingan joylardan qon ketishi bilan ifodalanadi.

Davolash. Akusherlik taktikasidan kelib chiqib zudlik bilan ayolni kesar kesish operatsiyasi yordamida yoki tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish shoshilinch yordamning asosini tashkil etadi.

Ayolni tugʻdirish reanimatsiya va intensiv davolash bilan parallel olib borilishi maqsadga muvofiqdir.

Gipoksiyaga qarshi kurashish maqsadida bemorga zudlik bilan intubatsiya qilingan va boshqariladigan sunʼiy nafas beruvchi apparatga ulanish lozim. Keyinchalik oksigenoterapiya (kislorod berishning) ning boshqa turlarini qoʻllash mumkin (kislorodli palata, giperbaroterapiya – barokamera). Infuzion – transfuzion davolash usuliga katta eʼtibor beriladi, bu usul gemodinamik buzilishlarni oʻz holiga qaytishiga sharoit yaratadi. Bu maqsadda vena ichiga poliglukin, reopoliglukin eritmalari, glukozaning 20–40% li eritmasini insulin bilan yuborish yuqori samara beradi.

Eritmalar bilan birga 20–30 ml 0,5% li novokain, 100–150 mg gidrokortizon, noradrenalin yuborilishi maqsadga muvofiq. Boshqa preparatlardan atropin sulfat 0,1% – 1,0, eufillin 2,4% – 10 ml, kordiamin 2 ml, strofantin 0,05% – 1 ml kabi yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilarni qoʻllash yaxshi samara beradi. Kardiogen shokning umumiy davolash tadbirlari foyda bermasa arterial qon tomiri orqali qon yoki reopoliglukin quyiladi.

Shokning dastlabki bosqichlarida, milklarning qonab turishi va kuchli qon ketish boshlanmasdan vena ichiga 500–700 TB heparinni tomchilab yuborish kerak. Heparin reopoliglukin yoki glukoz bilan yuboriladi. Heparinning oʻz vaqtida yuborilishi qonning gipokoagulatsiyasi va bachadondan ogʻir qon ketishining oldini olishi mumkin. Albatta heparin qon ivishi tizimini nazorat qilgan holda yuboriladi.

Davolashning ikkinchi bosqichi koagulopatiya oqibatida qon ketish natijasida sodir boʻlgan TIQTI (DVS) sindromini davolashdan iborat.

Qogʻonoq suvi bilan emboliya boʻlishning oldini olishda amalga oshiriladigan tadbirlar amnion suyuqligining har xil yoʻllar bilan onaning qon oqimiga tushishiga yoʻl qoʻymaslik maqsadida tugʻruq faoliyatini toʻgʻri idora etish, gestozlarning ogʻir shakllarining oldini olishga qaratilmogʻi lozim.

XXXVII BOB. HOMILA GIPOKSIYASI VA CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI

Qorindagi homila gipoksiyasi. Homila rivojlanishi uchun zarur kislorodni ona organizmidan plasenta orqali oladi. Plasenta orqali kislorod yetarli oʻtib turmasa, homilada gipoksiya roʻy beradi.

Onaning kasalliklarida va tugʻruq ogʻirlashib, plasentar qon aylanishi hamda homiladagi gazlar almashinuvi buzilganda ham homila gipoksiyasi kuzatiladi.

Homiladorlik gestozlari (nefropatiya, eklampsiya), gipertoniya kasalligi, yurak va oʻpkaning ogʻir kasalliklari, oʻtkir anemiyada va tana haroratining

ko'tarilishi bilan davom etadigan kasalliklarda ham ko'pincha gipoksiya avj oladi. Tug'ruq cho'zilib ketib, suvsiz davr uzoq davom etganda, plasenta ko'chganda, kindik qisilib va homilaning bo'yniga yoki tanasiga o'ralib qolganda gipoksiya ro'y berishi mumkin. Boshning oldinda yotishiga nisbatan chanoqning oldinda yotishida asfiksiya ko'proq kuzatiladi, chunki bunda kindik ko'proq qisilib qoladi va uning oqibatida qon hamda kislorod kelishi kamayadi. Tez-tez dard tutganda ham homilaga kislorod normal yetib bormaydi.

Chanoq tor, homila yirik bo'lganda tug'ruq yo'llari homila boshini uzoq vaqt qisib turadi, shu bois homila miyasida qon aylanishining buzilishi ham chaqaloqning asfiksiya bilan tug'ilishiga sabab bo'ladi. Homila oyog'ini pastga tushirishda, homilani burish operatsiyasida va hokazolarda gipoksiya refleks yo'li bilan kelib chiqishi mumkin.

Homila gipoksiyasida qon aylanishi buzilib, miyaning ko'p joyiga qon quyilishi mumkin. Gipoksiya miyaga qon quyilishining asosiy sabablaridan biridir.

Homilada yurak urishining buzilishi ona qornidagi asfiksiyaning eng asosiy va doimiy belgisidir. Gipoksiya avj olayotganda quyidagi simptomlar paydo bo'ladi: a) homilaning yurak urishi tezlashib, bir daqiqada 160 ga yetadi va undan ham oshadi (normada homila yuragi bir daqiqada 120–140 marta uradi); b) yurak urishi sekinlashib, bir daqiqada 110–100 ga tushib qoladi, dard va to'lg'oq tutishi o'rtasidagi davr (pauza) da puls baravarlashmaydi; d) yurak urish ritmi buziladi; e) yurak tonlari aniqqligini yo'qotib, bo'g'i bo'lib qoladi.

Bosh oldinda yotganda mekoniy (chaqaloqning dastlabki axlati) aralash qog'onoq suvining ketishi ham homilada gipoksiya rivojlanayotganligidan darak beradi (chanoq oldinda yotganda mekoniy mexanik yo'l bilan chiqariladi, mekoniyning ketishi gipoksiyadan darak bermaydi). Gipoksiya ro'y berganda ko'pincha homila qattiq qimirlaydi.

Ammo homilaning haqiqiy gipoksiyasida so'nggi ikki belgi (mekoniyning ketishi va homilaning zo'r berib qimirlashi) ko'pincha kuzatilmaydi.

Homila yurak urishining buzilishi gipoksiyaning doimiy, eng yaqqol belgisidir. Shunday bo'lgach, homilaning yurak tonlarini muntazam eshitib turish (auskultatsiya) asfiksiya boshlanayotganini aniqlash va uni bartaraf qilish choralarini ko'rish uchun juda katta ahamiyatga egadir. Gipoksiya ro'y berishi sababli yurak urishining buzilishi elektrofonomiografiya usulida yaqqolroq aniqlanadi.

Homilada yurak urishi buzilganini ko'rsatuvchi dastlabki belgilar hatto uncha sezilarli bo'lmaganda ham gipoksiyaga qarshi kurashni boshlash zarur. Onaning kasalliklarida va tug'ruq og'irlashib, homilada gaz almashinuvi buzilish xavfi tug'lganda gipoksiyaga qarshi kurash choralari profilaktika maqsadida (homilaning yurak urishi o'zgarguncha) amalga oshiriladi. V. N. Xmelevskiy homila gipoksiyasini bartaraf qilish uchun askorbin kislota bilan glukoza va kalsiy

xlorid; gipoksiya boshlanganda esa venaga 2% li askorbin kislota eritmasi bilan 40% li glukoza eritmasidan 40–50 ml va 10% li kalsiy xlorid eritmasidan 5–10 ml yuborishni tavsiya etadi. Bundan tashqari, 100 g gacha glukoza, 2 g kalsiy xlorid, 0,5 g askorbin kislota, 30 mg vitamin B₁ yuborish mumkin.

A.P.Nikolayev asfiksiyaga qarshi kurash uchun kisloroddan nafas oldirish, venaga glukoza quyish va muskul orasiga kardiazol (korazol) yuborishdan iborat «triada»ni taklif etadi. Bu moddalarning hammasi ona organizmidan plasenta orqali homilaga o'tadi. Glukoza oksidlanish jarayonlarini kuchaytiradi, miyaning kislorodga ehtiyojini kamaytiradi va kislorod yetishmayotgan bir sharoitda homilaning hayot faoliyatini qo'llab-quvvatlab turadi. Kardiazol homila miyasidagi tomirlarni harakatlantiruvchi markazni qo'zg'atadi va miyaning qon bilan ta'minlanishini yaxshilaydi. Onaning nafas bilan olgan kislorodi plasenta orqali homila qoniga o'tadi va gipoksiyaning barham topishiga yordam beradi.

Gipoksiyaning oldini olish (profilaktika) usuli quyidagilardan iborat.

1. Homilaning yurak tonlari barqaror darajada yaxshilanguncha tug'ayotgan ayolga 10 daqiqagacha har 5 daqiqada kislorod (kislorod yostig'idan) iloji boricha namlangan holda berib turiladi.

2. Ayni vaqtda venaga 40% li glukoza eritmasidan 50 ml yuboriladi. Glukozani ichirish mumkin (50 g glukoza 1 stakan issiq suvda eritib beriladi).

3. Muskul orasiga 10% li kardiazol yoki korazol eritmasidan 1 ml yuboriladi. 1 soatdan keyin yoki kechroq yana kardiazol (yoki korazol) yuborish mumkin.

Homila gipoksiyasiga qarshi kurash choralari yetarli natija bermasa tug'ruqni tezlatishga to'g'ri keladi, chunki gipoksiya natijasida homila nobud bo'lishi mumkin.

Chaqaloq asfiksiyasi – bu organizmda kislorod yetishmasligi, is gazining ko'payib ketishi ko'rinishidagi gaz almashinuvi buzilishi oqibatida kelib chiqadigan patologik holat bo'lib, unda almashinuv jarayonida parchalanmay qolgan moddalarning to'planishi natijasida yuzaga keladigan metabolik asidoz kuzatiladi.

Tug'ilishdan keyingi asfiksiyaning xarakterli belgisi shuki, tirik tug'ilgan (yurak urishi eshitilayotgan) bola butunlay nafas olmaydi yoki unda o'qtin-o'qtin ayrim yuzaki nafas qayd qilinadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar asfiksiyasining 2 turi: yengil (ko'k) va og'ir (oq) turi bor. Ko'k asfiksiyada bolaning terisi va shilliq pardalari ko'kargan, reflekslar susaygan, yurak urishi sekinlashgan, muskullar tonusi qanoatlanarli bo'ladi.

Oq asfiksiya bo'lib tug'ilgan bolaning terisi rangsiz, shilliq pardalari ko'kargan, yurak urishi keskin darajada sekinlashgan, reflekslar ham keskin darajada susaygan yoki butunlay yo'q, muskullar bo'shashgan bo'ladi. Ko'k asfiksiyani ko'pgina hollarda bartaraf qilsa bo'ladi, oq asfiksiya bo'lib tug'ilgan bolalarning ko'pchiligini jonlantirish qiyin bo'ladi. Tirik qolgan bolalarda

ko'pincha asfiksiya oqibatlarini kuzatiladi: miyasiga qon quyilib, eng muhim funksiyalar buziladi (kalla ichidagi travma), pnevmoniya, o'pka atelektazi va boshqa kasalliklar ro'y beradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning holati Apgar shkalasiga muvofiq baholanadi.

APGAR SHKALASIGA MUVOFIQ CHAQALOQ HOLATINI BAHOLASH SXEMASI

Belgilari \ Ballar	0	1	2
Yurak urishi	yo'q	bir daqiqada 100 ta dan kam	bir daqiqada 100-140 marta
Nafas olishi	yo'q	ahyon-ahyonda bitta nafas kuzatiladi	yaxshi, qichqiradi
Reflektor ta'sirchanligi	oyoq kaftini qitiqlashga javoban reaksiya yo'q	oyoq kaftini qitiqlasa harakat paydo bo'ladi	harakat qiladi, qattiq qichqiradi
Muskul tonusi Teri rangi	yo'q oq yoki ko'kimtir	pasaygan pushtirang, qo'l- oyoqlari ko'kimtir	harakati faol pushtirang

Tug'ilgan zahoti chaqaloqning yurak urishi, nafas olishi, reflekslari, muskul tonuslari, teri rangi kabi belgilar hisobga olinadi.

Har qaysi belgilar uch balli tizim bilan baholanadi: 0, 1, 2. Chaqaloqning holati beshta belgining yig'indisiga qarab aniqlanadi.

Sog'lom tug'ilgan chaqaloqlar shu shkala bo'yicha 10–7 ball oladi. Yengil asfiksiya bo'lgan bolalar uchun 6–5 ball bo'lishi xarakterli, o'rtacha og'ir asfiksiya bo'lganlar uchun 5 ball, og'ir bo'lganlar uchun 4 ball va bundan past (klinik o'lim yuz berganda 0 ball).

Asfiksiyada faqat qon aylanishi, nafas va boshqa funksiyalar buzilibgina qolmay, balki moddalar almashinishi ham izdan chiqadi. Odatda, asidoz holati yuz beradi.

ASFIKSIYA BILAN TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI JONLANTIRISH USULLARI

Asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarni jonlantirish uchun ko'pgina usullar taklif etilgan.

1. Homilaning yuqori nafas yo'llarini darhol shilimshiqdan va kirib qolgan qog'onoq suvlaridan tozalashga kirishiladi. Burun va og'izdan shilimshiq yumshoq uchli steril rezina ballonda tortib olinadi. Chaqaloq nafas olmasa, kekirdagidan (traxeyadan) shilimshiq tortib olinadi (277-rasm). Buning uchun ballon uchligiga steril elastik kateter kiygiziladi, ballondagi havo chiqarib

yuboriladi, kateterning bo'sh turgan uchi barmoq nazorati ostida kekirdakka kiritiladi. Ballon qo'yib yuborilganda kekirdak (traxeya) va yirik bronxlardagi shilimshiq so'rilib chiqadi. Shilimshiq ko'p bo'lsa, bir necha marta tortib olinadi. Shilimshiq tortib olingach, bola ko'pincha nafas ola boshlaydi, terisi qizaradi.

Bola nafas ola boshlagan bo'lsa-yu, muntazam chuqur nafas olishi qaror topmasa, ko'krak qafasiga va ensasiga sovuq suv sepish mumkin; oq asfiksiya ko'k asfiksiyaga aylanganda ham sovuq suv sepiladi.

2. Asfiksiya bilan tug'ilgan bola teri ostiga, 0,2–0,3 ml 10% li kofein, 5% li natriy bikarbonat eritmasi (10–15 ml) va venaga 20% li glukoza eritmasi (10–15 ml) yuboriladi. Venaga bu dorilarni vrach yuboradi.

Pulsatsiya to'xtagach kindik qirg'iladi, tozalanadi va chaqaloq yo'rgaklanadi.

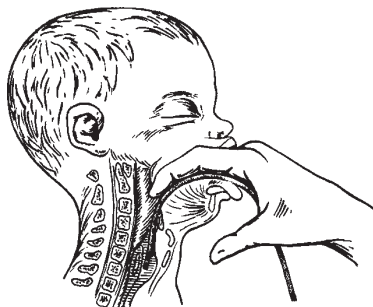
3. Og'ir asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarga jonlantirishning yuqorida ko'rsatilgan choralari foyda bermasligi mumkin. Bunday hollarda sun'iy nafas oldirishga to'g'ri keladi. Hozirgi kunda sun'iy nafas oldirish apparatlari muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda (o'pkaning sun'iy ventilatsiyasi); bu apparatlar yordamida atmosfera havosi yoki kislorod aralashtirilgan havo dozalariga bo'lib beriladi. Apparatlar yordamida sun'iy nafas oldirilganda o'pka yoziladi va gaz almashinishiga sharoit tug'iladi. Bunda o'pkaning asab oxirlari ta'sirlanib, nafas markazi reflektor ravishda qo'zg'aladi, bu mustaqil nafas olib ketishga imkon beradi.

O'pkani sun'iy ventilatsiya qildirish uchun ishlatiladigan apparatlar konstruksiyasi har xil bo'ladi. Niqobli (maskali) va intubatsiya qilishni talab qiladigan usul uchun chiqarilgan apparatlar bor. Niqobli usul bilan o'pkani ventilatsiya qilish uchun havo yig'iladigan rezina qopchasi bo'lgan burun-lab niqobidan foydalanish mumkin (278- *a-b* rasm). Bunday qo'l apparatlari yordamida chaqaloqning nafas yo'llariga bir maromda havo yoki kislorod bilan havo «puflanadi».

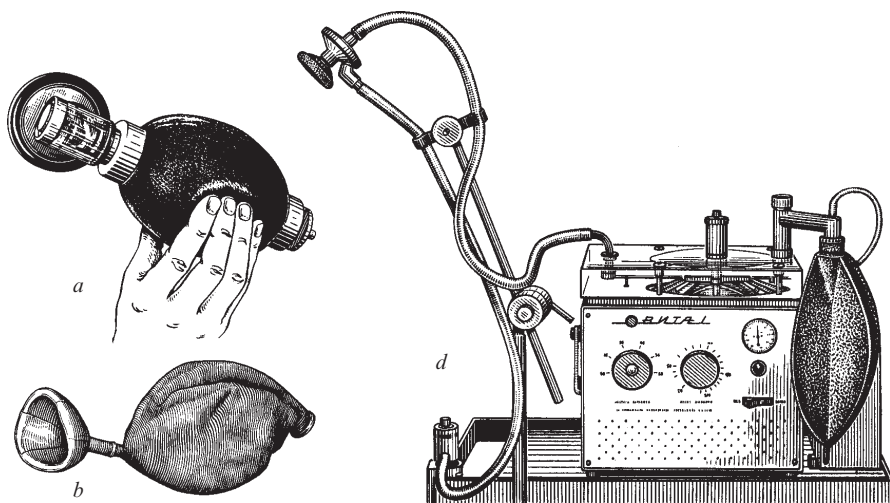
Chaqaloq o'pkasini yanada mukammalroq ventilatsiya qildirish uchun kislorod bilan havoni (1:1) o'pkaga aniq dozalariga bo'lib yuboradigan apparatdan foydalanish mumkin (278-*d* rasm).

Bola o'pkasiga havoni past bosimda (20–40 mm suv ustuni hisobida) yuboriladi, havo hajmi 30–40 ml, bir daqiqada 20–25 marta.

O'pkani sun'iy ventilatsiya qilish kerak bo'lib qolgan paytda, agar, apparatlar yaroqsiz bo'lsa yoki topilmasa, og'izdan-og'izga bir maromda puflash yoki ilgari qo'llanib kelingan ko'krak qafasiga mexanik ta'sir etish mumkin, shunday qilinganda nafas yo'llariga ko'plab havo kirishiga erishiladi.



277-rasm. Shilimshiqni tortib olish uchun kekirdakka katetr kiritish.



278-rasm. Chaqaloqni jonlantirishda ishlatiladigan jihozlar.
a-b–nafas niqoblari; *d*–oʻpka ventilatsiyasini boshqaradigan “Vita-1” apparati.

«Ogʻizdan-ogʻizga» havo puflanganda oldin bolaning ogʻziga nam steril salfetka qoʻyiladi va soʻng bir maromda (bir daqiqada 20–30 marta) puflanadi. Bu usul bolaning nafas yoʻllariga infeksiya tushishiga sabab boʻlishi mumkin.

Koʻkrak qafasini mexanik ravishda qisish va yozishning foydasi kamroq boʻlib hozirda bu usul kamdan-kam qoʻllaniladi.

Sokolov usuli quyidagicha: bir qoʻl bilan bolaning oyoqlaridan tutiladi, ikkinchi qoʻlni ensasiga qoʻyiladi, tizzadan bukilgan oyoqlarini chaqaloqning qorniga bosiladi va bir vaqtning oʻzida boshini koʻkragiga egiladi; bunday harakatni bir daqiqada 20–30 marta takrorlanadi.

Silvestr usuli: chaqaloq stolga yotqizilib, ustiga steril oqliq yopiladi. Ikkala qoʻlini bosh tomonga tashlanadi (nafas oldiriladi), keyin tanasiga olib kelib, koʻkragiga bosiladi (nafas chiqariladi). Bunda yordamchi chaqaloqning oyoqlaridan tutib turadi. Bunday harakatni bir daqiqada 20–30 marta takrorlanadi.

Asfiksiya bilan tugʻilgan chaqaloqlar miyasiga va boshqa aʼzolariga qon quyilishga moyil boʻladilar. Shuning uchun muolajalarni ehtiyotkorlik bilan qilish kerak.

L.S.Persianinov asfiksiya bilan tugʻilgan chaqaloqning kindik venasiga 10% li kalsiy xlorid eritmasidan 3 ml va 40% li glukoza eritmasidan 5–7 ml yuborishni, buning ham foydasi boʻlmasa arteriyaga 30–40 ml qon quyishni tavsiya etadi.

Asfiksiya holatidan chiqarilgan chaqaloqlarni alohida diqqat bilan kuzatib turish kerak boʻladi. Ularda asfiksiya qaytalanishi (residiv), miyaga qon quyilganlik belgilari paydo boʻlishi mumkin.

ASFIKSIYA BILAN TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI JONLASHTIRISH ALGORITMI

1. Yengil darajali asfiksiya (Apgar shkalasi bo'yicha 5–6 ball):

a) chaqaloqni boshini birmuncha orqaga qilib stol ustiga yotqiziladi;
b) yuqori nafas yo'llari shilimshiq, suyuqliklar va qonni so'rib olib, tozalanadi;

d) niqob orqali kislorod beriladi; lozim bo'lganda qo'shimcha ingalatsiya yoki o'pkani sun'iy ventilatsiya qilinadi, toza kislorod yoki geliy-kislorod aralashmasi ingalatsiya qilinadi;

e) chaqaloqning tana vazniga qarab 4–8 ml gacha natriy gidrokarbonatning 4% li eritmasini venaga yuboriladi;

f) venaga 10% li – 3 ml kalsiy glukonat eritmasi, 20% li – 10 ml glukoza eritmasi, 0,3% li – 1 ml etimazol eritmasi va har bir kg og'irligiga qarab 8 mg dan kokarboksilaza yuboriladi;

g) chaqaloq isitiladi.

2. O'rtacha og'ir darajali asfiksiya (Apgar shkalasi bo'yicha 4–5 ball):

a) yuqori nafas yo'llari tozalanadi, buning uchun to'g'ridan-to'g'ri anesteziolog-reanimatolog tomonidan laringoskopiya qilib, intubatsiya qilinadi va o'pkani sun'iy ventilatsiya apparatiga ulanadi. Kislorod miqdori 60% bo'lishi kerak;

b) venaga har bir kg vazniga 5 mg dan gidrokortizon yoki 1 mg dan prednizolon yuboriladi;

d) venaga gidrokarbonat natriyning 4% li eritmasi 4–8 ml, glukonat kalsiyning 10% li eritmasi – 3 ml, glukozaning 20% li eritmasi – 10 ml, 8 mg kokarboksilaza yuboriladi;

e) chaqaloq isitiladi.

3. Og'ir asfiksiya (Apgar shkalasi bo'yicha 4 ball va undan past):

a) to'g'ridan-to'g'ri laringoskop nazoratida yuqori nafas yo'llarini o'tkazuvchanligi ta'minlanadi, intubatsiya qilinadi va intubatsion trubka orqali og'izdan sun'iy nafas beriladi, keyin o'pkani sun'iy ventilatsiya apparatiga ulanadi, geliy-kislorod aralashmasidan nafas beriladi. Mustaqil nafas olishi tiklanishi bilan qo'shimcha ventilatsiya qilinadi yoki sun'iy ventilatsiya apparatida nafas berish davom ettiriladi;

b) bir vaqtning o'zida yurakni uqalashga kirishiladi, agarda samara bo'lmasa intubatsion naycha orqali yoki yurak muskuliga 0,2 ml adrenalin yuboriladi, yaxshisi kindik venasiga qo'yilgan doimiy kateter orqali yuborish ma'qul;

d) yurak urishi bo'lmasa kindikka qo'yilgan kateter orqali 0,1 ml 0,1% li adrenalin, 2–3 ml – 10% li glukonat kalsiy, 1 mg prednizolon (har 5 kg vaznga), gidrokarbonat natriyning 4% li eritmasi 8 ml, agarda, bradikardiya holati bo'lsa, 0,1 ml 0,1% li atropin sulfat eritmasi, har bir kg vazniga 5–7 ml dan 20% li glukoza eritmasi, 8 mg dan kokarboksilaza yuboriladi;

e) chaqaloqning boshi atrofiga muzli xaltachalar qo'yiladi;

f) venaga 0,005–0,010 g furasemid yuboriladi. Agar chaqaloq og'ir darajali asfiksiyada tug'lsa va reanimatsiya muolajalari (o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish, yurakni uqalash) samara bermasa bu tadbirni 15–20 daqiqadan ortiq davom ettirish maqsadga muvofiq emas. Agar jonlantirish jarayonida bolaning ahvoli yaxshilansa va 4–7 ball baholansa, tadbirni 2–3 soat davom ettirish mumkin.

Chaqaloqlar asfiksiyasining oldini olish

1. Akusherlik va ekstragenital patologiyalarning oldini olish va intensiv davolash.

2. Chaqaloqlarning yuqori nafas yo'llarini o'z vaqtida tozalash.

3. Kindikni o'z vaqtida bog'lash.

4. Xavfi yuqori guruhdagi homilador ayollarni o'z vaqtida tug'ruq majmualariga yotqizish.

5. Homilaning surunkali va o'tkir gipoksiyasini intensiv davolash.

ASFIKSIYA BILAN TUG'ILGAN CHAQALOQLAR PARVARISHI

Tug'ruqdan so'ng 30 soniya davomida bola nafas olmasa yoki nafas olishi tartibsiz bo'lsa, yurak qisqarishi soni (YuQS) 100 dan kam bo'lsa, unda nafas yo'llarini tozalash kerak. Bolada mustaqil nafas olish harakati kuzatilmasa sun'iy nafas berishni boshlash lozim va 30–60 soniyadan so'ng chaqaloq holatini qayta baholash kerak. Agar bolada intensiv jonlantirish muolajalarini o'tkazish zarur bo'lsa, kindik tizimchasini tezlikda qisib, kesib, bolani jonlantirish stoliga olib o'tish kerak.

O'rtacha og'irlikdagi neonatal asfiksiyada bolaning nafasi sekin, tartibsiz yoki umuman yo'q, YuQS bir daqiqada 100 ta dan ko'p, muskul tarangligi nisbatan yaxshi, terisi ko'kimtir bo'ladi. Bunday chaqaloqqa niqob orqali qopcha bilan 1–2 daqiqa nafas berib, so'ngra qayta ko'rikdan o'tkazish lozim. Agar chaqaloqning nafas olishi tartibli va YuQS bir daqiqada 120 dan ko'p bo'lsa, go'dakni onasiga berish mumkin. Agar bolaning notekis nafas olishi davom etsa, puls bir daqiqada 100 dan kamaysa, yurakni bilvosita uqalash lozim. Nafas olishi notekis, pulsi bir daqiqada 100 dan ko'p bo'lgan oraliq holatlarda esa, go'dakni yana bir necha daqiqa davomida sun'iy nafas oldirib, so'ngra uning holatini qayta baholash lozim. Ko'pincha sun'iy nafas berishda, havoli qopcha va niqobdan foydalaniladi. Ulardan to'g'ri foydalanilganda chaqaloqlarning 85% ida, hatto asfiksiyaning og'ir turlarida ham bu usul bilan havo berishni samarali o'tkazish mumkin. Bunday hollarda boshqa hech qanday muolajalar yoki asbob - uskunalar kerak bo'lmaydi.

Qopcha va niqobni qanday to'g'ri qo'yish va ishlatish mumkin? Bolani chalqanchasiga yotqizib, boshi biroz orqaga tashlanadi. Birinchi bir necha

puflashga katta bosim (40–50 sm suv ustuni) talab qilinadi va davomiyligi kamida 5 soniya bo‘ladi. O‘pka havoga to‘lganda, nafas berish osonroq davom etadi, 25–30 sm suv ustuni bosimida va bir daqiqada 40–60 marta bajariladi. Samarasiz puflash oqibatida (noto‘g‘ri puflash) nafas yo‘llari berkilib qolishi mumkin. Yordamchi nafas berishning samaradorligini baholash uchun doimiy ravishda pulsni sanash va har qaysi siklda ko‘krak qafasi ekskursiyasini tekshirib turishi lozim. Yurak faoliyatining tiklanishi jonlantirish samarali ekanligini ko‘rsatadi.

Og‘ir asfiksiyada chaqaloq hayotining birinchi 30 soniyasida nafas olish harakatlari yo‘q, pulsi kamaygan (100 dan kam), muskullar tarangligi pasaygan, teri rangi oqish yoki kulrang bo‘ladi. Bunday chaqaloqqa 1–2 daqiqa davomida niqob orqali Ambu qopchasidan nafas berishni boshlash va yana holatini qayta baholash kerak. Agar nafas olishi tiklanmasa, yurak qisqarishlari soni 100 tadan ko‘paysa, yana 3–4 daqiqa davomida nafas berishni davom ettirib, yana holati qayta baholanadi. Agar nafas va YuQS tiklansa, bolani onasiga berish mumkin. Agar 1–2 daqiqadan so‘ng nafas olishi tiklanmasa, YuQS soni 60 dan kam bo‘lsa, unda yurakni bilvosita uqalash va endotraxeal intubatsiya qilish kerak. Agar ushbu muolajalar kutilgan samarani bermasa, puls meyoriga kelmasa, vazoaktiv dori-darmonlar qo‘llashni boshlash lozim.

Endotraxeal intubatsiya uchun ko‘rsatmalar.

1. Niqob orqali nafas berilganda yurak urish tezligining 1 daqiqada 100 tadan oshmasligi.

2. Qog‘onoq suvlarida quyuq mekoniyalar bo‘lib, bolaning nafas yo‘llariga tushib, ikkilamchi apnoe holatini yuzaga keltirsa, ayniqsa, kesar kesish operatsiyasi orqali tug‘dirilgan sharoitda.

3. Bolada yurak qisqarishining 1 daqiqada 60 tadan kamligi va shu sababli yurakni bilvosita uqalash va traxeaya ichiga adrenalin yuborish zaruriyati tug‘ilganda.

Qo‘shimcha kislorod berish. Bolani jonlantirishda beriladi, aslida 50–60% kislorodga to‘yingan havo ishlatish lozim. 100 % li kislorodni qo‘llash o‘pka atelektaziga olib kelishi va zaharli bo‘lishi mumkin. Ammo tibbiy muassasalarning ko‘pchiligida faqat toza kislorod bo‘ladi. Agar toza kislorod bor bo‘lsa uni faqat sianoz yo‘qolguncha ishlatish mumkin. Shu bilan birga oddiy havo ham, xuddi kislorod bilan to‘yingan havo kabi samarali deyishga asos bor, shuning uchun chaqaloqqa jonlantirish muolajalari o‘tkazilayotganda va kislorod bo‘lmaganda ham, nafas berishni to‘xtatish kerak emas.

Vazoaktiv vositalar. Agar endotraxeal intubatsiya va yurakni bilvosita uqalash davomida puls me‘yoriga kelmasa, metabolik asidoz to‘g‘risida taxmin qilish mumkin va miokardni adrenalin (1:10000 nisbatda suyultirilgan 0,3 mg/kg) yordamida traxeaya ichiga yoki kindik kateteri orqali yuborib, stimulatsiya qilish kerak.

Agar 15 daqiqa davomida qilingan harakatlarni foydasi bo'lmay, muntazam nafas olishga erishilmasa, jonlantirish muolajalarini to'xtatish lozim.

Agar adekvat sirkulatsiyaga erishilgan bo'lsa-da, lekin nafas olish harakatlari 30 daqiqa davomida kuzatilmasa, go'dakga nafas berishni davom ettirib, qayta ko'rik uchun intensiv davolash bo'limiga (xonasiga) o'tkaziladi.

CHAQALOQNI ASFIKSIYADAN KEYINGI KUZATUV

Asfiksiyani boshdan kechirgan chaqaloqlarda gipoglikemiya va gipotermiya xavfi yuqori bo'ladi. Og'ir asfiksiyani o'tkazgan bolalarda ba'zi a'zolar funksiyasining tranzitor yetishmovchiligi namoyon bo'ladi. Buyrak yetishmovchiligi, hatto og'ir bo'lmagan asfiksiyadan keyin ham kuzatiladi, yurak yetishmovchiligi va gipoksik-ishemik ensefalopatiya odatda og'ir asfiksiyadan so'ng kuzatilishi mumkin. Chaqaloqlarni asfiksiyadan keyingi holatida parvarishni to'g'ri olib borish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- bola yotgan xona issiqligini ta'minlash;
- erta va tez-tez ko'krak bilan boqish;
- ona va bola orasidagi aloqani erta boshlash (teri-teriga);
- monitor orqali yurak urishi, nafas olishi, agar mumkin bo'lsa, buyrak faoliyati, qonda qand va kalsiy miqdorini aniqlash;
- kelgusida bolaning holati, o'sishi va rivojlanishini mukammal kuzatib borish lozim.

XXXVIII BOB. AKUSHERLIKDA AMALIY KO'NIKMA VA MUOLAJALAR

HOMILADOR AYOLNI KO'ZDAN KECHIRISH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Obyektiv tekshirishning mohiyatini.
2. Tana tuzilishining me'yoriy darajasini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Homilador ayolni umumiy ko'zdan kechirishi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Homilador ayoldan o'rnidan turishi so'raladi. Uning tana tuzilishiga e'tibor beriladi (normostenik, giperstenik, astenik).
2. Dastlab ayolning bo'yi o'lchanadi.

3. So'ngra skelet suyaklaridagi nuqsonlarga: oyoq, qo'l suyaklariga, umurtqa pog'onasining va ko'krak qafasining holatiga, shakliga va Mixaelis rombinig shakliga e'tibor beriladi.

4. Dumg'aza sohasida Mixaelis rombini aniqlashda – homilador ayolni tik turg'izgan holda, chanoqning orqa yuzasi ko'zdan kechiriladi. Agar romb to'g'ri burchak shaklida bo'lsa, nuqsonsiz chanoq hisoblanadi.

5. So'ngra ayolning tana terisi tozaligi, toshmalar bor-yo'qligi, yuzida, sut bezi so'rg'ichi atrofida, qorin devorining oq chizig'i sohasida qoramtir dog'lar bor-yo'qligi tekshiriladi.

6. Sut bezlarining to'lishgan-to'lishmaganligi aniqlanadi.

7. Ayolning yuzida, qornida, oyoqlarida shish bor-yo'qligi aniqlanadi.

8. Homilador ayol qornining shakliga e'tibor beriladi.

9. Jinsiy a'zolarining yetukligi va tuk bilan qoplanganligi, qo'ltiq ostidagi tuklariga e'tibor beriladi.

10. Ayolning barcha ikkilamchi jinsiy belgilari mukammal ketma-ketlik bilan ko'zdan kechiriladi, so'ngra unga baho beriladi.

Eslatma. 1. Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinni ko'zdan kechirish ba'zan homiladorlikni normal o'tayotganligini bilishga imkon beradi.

2. Homiladorlik normal o'tayotgan va homila to'g'ri yotgan bo'lsa qorin tuxum shaklida bo'ladi. Homila ko'ndalang yotgan bo'lsa qorin yon tomonga kengayadi. Qog'onoq suvi ko'p bo'lsa qorin shar shaklida kattalashib ketadi.

3. Chanoq tor bo'lganda ham qorin shakli o'zgarishi mumkin.

HOMILADOR AYOLNING TANA VAZNINI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Tibbiy tarozidan foydalanishni.
2. Taroziida homilador ayol tana vaznini aniqlashni.
3. Homilador ayolda ro'y beradigan fiziologik o'zgarishlarni.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Homilador ayol tana vaznini tibbiy tarozida o'lchashi.

Kerakli anjomlar.

Tibbiy tarozi, dezinfektsiyalovchi eritma.

Muolajaning bajarilishi:

1. Tibbiy tarozi muvozanatga keltiriladi.
2. Ayol ustki kiyimlari yechintiriladi.
3. Ayol tarozi maydonchasining o'rtasiga zatvorning ko'tarib qo'yilgan holatida ehtiyotlik bilan chiqariladi.

4. Ayolni qattiq silkinib ketishdan saqlash lozim.
5. Muvozanat holati yuzaga keltirilgach zatvor pastga tushiriladi.
6. Gavda massasini tarozi pastki va yuqorigi plankalarda yuklar to'xtagan bo'linmalarining ikkita soni yig'indisi bo'yicha aniqlanadi.
7. O'lchangandan olingan ma'lumot dinamik varaqaga belgilanadi.

Eslatma. Homiladorlikda ayolning tana vazni ortib boradi, tana vazniga bir haftada 300–400 g dan qo'shiladi. Butun homiladorlik davrida tana vazniga normada 10–11 kg dan qo'shiladi.

PULSNI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Puls nimaligini.
2. Pulsni aniqlash nuqtalarini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Pulsni aniqlashi.

Kerakli anjomlar:

Sekundomerli soat, ruchka, tomir urishining grafik tasvirini qayd qiluvchi 004-shakl varaqa.

Muolajaning bajarilishi:

1. Pulsni bilak oldi yuzasida bir barmoq asosida bilak arteriyasidan aniqlanadi.
 2. Muskullar va paylar tarangligi paypaslashga xalaqit bermasligi uchun ayolning qo'li bo'sh qo'yiladi.
 3. Tekshiriluvchi ayolning qo'lini o'ng qo'lning barmoqlari bilan bilak-kaft bo'g'imi sohasida bo'shgina ushlanadi va o'ng qo'l bilan tekshiriluvchining yuragi sathiga qo'yiladi.
 4. Birinchi barmoqni tirsak tomoniga, 2–3–4 barmoqlar esa bilak tomoniga qo'yiladi.
 5. Pulsatsiya qilayotgan arteriyani uchala barmoq bilan paypaslab, uni bilak suyagining ichki tomoniga bosiladi.
 6. Tomir urishini kamida 30 sekund sanab, olingan raqam 2 ga ko'paytiriladi.
- Eslatma.** Pulsning sekinlashuvi bradikardiya, tezlashuvi taxikardiya deyiladi. Pulsni chakka, uyqu va son arteriyalaridan ham aniqlash mumkin.

ARTERIAL BOSIMNI O'LCHASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Arterial bosimning hosil bo'lish mexanizmini.
2. Arterial bosimning o'zgarib turish sabablarini.
3. Qon bosimi ko'tarilib ketganda yordam ko'rsatishni.

O'quvchilar bajarishi kerak:

1. Tonometrni ishlatishi.
2. Bemorni to'g'ri o'tqizishi.
3. Arterial bosimni o'lchashi.

Kerakli asbob-anjomlar:

Tonometr. Riva-Rochi apparati. Fonendoskop. Homiladorlar individual kartasi yoki tug'ruq tarixi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Arterial bosimni o'lchash uchun bemor yotgan yoki o'tirgan holatda bo'ladi.
2. Bemorning o'ng qo'li yelkasigacha yechintiriladi.
3. Bemor qo'li karavotga yotgan yoki stulga o'tirgan holda kafti yuqoriga qilib qo'yiladi.
4. Tonometr manjetining havo yuborgich naychasi pastga qaratib olinadi.
5. Bemorning qo'lga tirsak bo'g'imidan 2–3 sm yuqoridan manjet sal bo'shroq qilib o'raladi.
6. 2–3 barmoqlar yordamida bemorning tirsak bo'g'imidan yelka arteriyasining urishi topiladi.
7. Tomir urgan joyga fonendoskopni bosmasdan qo'yilib, eshituv naychasi quloqqa ulanadi.
8. Vintni berkitib ballon yordamida manjetkaga havo yuboriladi.
9. Vint sekinlik bilan ochilib, havo chiqariladi.
10. Havo chiqarish bilan fonendoskopdan arteriya devorlaridan tomir urishi eshitiladi – bu sistolik bosim.
11. Keyinchalik havo chiqishi davomida tovushlar to'xtaydi – bu diastolik bosim.
12. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmasdan qolgan joylaridagi sonlar yozib olinadi.
13. Vint to'liq ochilib, manjetka ichidagi havo chiqariladi.
14. Manjetka manometr ulangan rezina naychadan ajratiladi.
15. Manjetka bemor bilagidan olinadi.

DEZINFEKSIYALOVCHI ERITMALARNI TAYYORLASH***O'quvchilar bilishi kerak:***

1. Xloramin eritmasi ta'sirini (zararli va foydali).
2. Xloramindan tayyorlangan eritmalarni ishlatish joylarini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

1. Kerakli narsalarni tayyorlashi.
2. Xloraminni har xil % li eritmalarini tayyorlashi.

Kerakli anjomlar:

Xloramin va poroshogi; 10 litrli bak; tarozi; menzurka;

Dezeritmalarni tayyorlash algoritmi.

- 0, 2 % li xloramin eritmasi – 2 g xloramin + 1 l suvga;
- 0, 3 % li xloramin eritmasi – 3 g xloramin + 1 l suvga;
- 2 % li xloramin eritmasi – 20 g xloramin + 980 ml suvga;
- 3 % li xloramin eritmasi – 30 g xloramin + 970 ml suvga;
- 5 % li xloramin eritmasi – 50 g xloramin + 950 ml suvga qo'shiladi.

Eslatma. Xloramin va poroshogi tarkibida 24–28% gacha faol xlor bo'ladi. Xloramin eritmalari bevosita ishlatishdan oldin tayyorlanadi. Idishlarga eritma % i va tayyorlangan vaqti yozib qo'yiladi.

Xloramin eritmasini tayyorlash formulasi

$$\text{Suvning umumiy miqdori (H}_2\text{O)} = \left[\frac{\% \text{konsentrat}}{\% \text{eritma}} \right];$$

$$\text{Suvning umumiy miqdori (H}_2\text{O)} = \left[\frac{5,0 \%}{0,5 \%} \right] - 1 = 10 - 1 = 9.$$

Xloramin eritmasini quruq poroshokdan tayyorlash formulasi

$$\text{Gramm/litr} = \left[\frac{\% \text{eritma}}{\% \text{konsentrat}} \right] \times 1000;$$

$$\text{Gramm/litr} = \left[\frac{5 \% \text{eritma}}{35 \% \text{konsentrat}} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ gramm / litr.}$$

QO'INI YUVISH USULLARINI O'ZLASHTIRISH**O'quvchilar bilishi kerak:**

1. Qo'lni yuvishning ahamiyatini.
2. Yuvuvchi eritmalarni tayyorlashni.

O'quvchilar bajarishi kerak:

1. Tirnoqlarni kalta olishi.
2. Kerakli asbob-anjomlarni tayyorlab qo'yishi.

Kerakli asbob-anjomlar:

Yuvuvchi eritmalar, steril rezina qo'lqop, yod nastoykasi, 0,5% li nashatir spirti, steril doka salfetka, spirt eritmasi.

Spasokukoskiy-Kochergin usuli

1. Sirli tog'ora spirt bilan tozalanib kuydiriladi.
2. Tog'orachaga yangi tayyorlangan 0,5% li nashatir spirtini quyib, unda qo'l 3 daqiqa mobaynida salfetka bilan yuviladi.
3. Qo'l steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.
4. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.
5. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Fyurbringer usuli

1. Qo'l tirsakka qadar iliq suv oqimi ostida 10 daqiqa sovunlab va cho'tkalab (ikkita cho'tkada) yuviladi.
2. Qo'l steril salfetka bilan quritiladi.
3. Spirt shimdirilgan paxta sharchasi bilan 3–5 daqiqa ishlov beriladi.
4. Yod nastoykasi bilan tirnoqlar ostiga, teri burmalariga ishlov beriladi.
5. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Alfeld usuli

1. Qo'l tirsakka qadar 10 daqiqa davomida sovunlab iliq suv oqimida steril cho'tka bilan (ikkita cho'tkada, har biri 5 daqiqadan) yuviladi.
2. Steril doka salfetka bilan quruq qilib artiladi.
3. Qo'l spirt shimdirilgan steril doka salfetka bilan 5 daqiqa artiladi.
4. Steril rezina qo'lqop kiyiladi.

Eslatma. Qo'lni tozalashdan oldin tirnoqlar kalta olingan bo'lishi va maxsus asbob yordamida tirnoq ostidagi kirlar tozalanishi shart. Qo'lni tozalangach, steril rezina qo'lqop kiyish tavsiya etiladi. Qo'lni quyidagi muolajalardan oldin tozalash shart:

- Ayollarni qin orqali tekshirishdan oldin;
- Tug'ruqni qabul qilishdan oldin;

- Akusherlik operatsiyalarini bajarishda;
- Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ishlov berishda.

Qo'lga antiseptik ishlov berish texnikasi

1. Yetarli miqdorda antiseptik vosita kaftga to'kiladi (taxminan bir choy qoshiq miqdorida).

2. Suyuqlik qo'lga yaxshilab ishqalanadi, asosan barmoqlarning orasi va tirnoq ostiga surtilib bu, suyuqlik quriguncha davom ettiriladi.

Antiseptik ishlov samarali bo'lishi uchun, ushbu vositani yetarli miqdorda ishlatish kerak.

Antiseptik vositalar qo'ldagi kir-chirlarni va biologik suyuqliklar tekkan bo'lsa, ularni yo'qotmaganligi sababli, qo'lni avval toza suv va sovun bilan yuvish kerak. Qo'lga ishlov berishda qo'llaniladigan effektiv antiseptik eritmani tayyorlash ancha oson va qimmat emas.

Qo'lga ishlov berishda qo'llaniladigan, asosida spirt bo'lgan antiseptik eritmani tayyorlash

Qo'l terisini ta'sirleydigan antiseptik eritmani quyidagi yumshatuvchi moddalardan birini surtish yo'li bilan tayyorlash mumkin: gletsirin, propilengikol yoki sorbit.

2 ml yumshatuvchi moddaga 100 ml 60–90° li etil spirti yoki izopropil spirt qo'shiladi.

Antiseptik ishlov berish uchun 5 ml (taxminan bir choy qoshiq) eritmadan foydalaniladi va toza quriguncha (10–15 sekund) ishqalanadi.

Qo'lni mukammal yuvishning bosqichlari

1. Qo'l yaxshilab ho'llanadi.
 2. Sovun bilan yaxshilab sovunlanadi, antiseptik vosita shart emas.
 3. Qo'lning hamma qismlari ayniqsa barmoqlarining orasi tirnoqlarning tagi yaxshilab 10–15 sekund davomida ishqalanadi.
 4. Qo'l yaxshilab chayiladi.
 5. Qo'lni qog'oz salfetka bilan quritiladi va kranni yopish uchun o'sha salfetkadan foydalaniladi.
- Qo'llar antiseptikasini quyidagi hollarda o'tkazish kerak:
- kasalliklarga beriluvchan mijozlarni tekshirish yoki parvarishlashdan avval, masalan chala tug'ilgan chaqaloqlar, keksa bemorlar, OITS bilan kasallangan bemorlar;
 - invaziv muolajalarni bajarishdan oldin;

– kontakt yo‘li bilan yuqadigan kasalliklar masalan, gepatit A, B va b.q bilan kasallangan bemorlar yotgan palatadan chiqqandan so‘ng.

QON GURUHI, REZUS-FAKTORNI, RW VA OITS KASALLIGINI ANIQLASH UCHUN VENADAN QON OLISH

O‘quvchilar bilishi kerak:

1. Rezus-faktor va qon guruhini aniqlashning mohiyatini.
2. RW va OITS kasalligini aniqlashning mohiyatini.

O‘quvchilar bajarishi kerak:

Rezus-faktor va qon guruhini, RW, OITS kasalligini aniqlash uchun venadan qon olishni.

Kerakli asbob-anjomlar:

1. Bir martalik 5–10 ml li shpris, igna, 96° li spirt eritmasi, yostiqcha, rezina jgut, steril paxta sharchalar, 5 ml li probirka, shtativ.

Muolajaning bajarilishi:

1. Kerakli asbob va anjomlar tayyorlanadi.
2. Akusherka qo‘llarini yuvib zararsizlantiradi, rezina qo‘lqop kiyadi va niqob taqadi.
3. Homilador ayol stulga o‘tiradi yoki kushetkaga chalqancha yotqiziladi.
4. Homilador ayol tirsak bo‘g‘imining vena terisi spirt shimdirilgan sharcha bilan yaxshilab artiladi.
5. Tirsak bo‘g‘imi ostiga yostiqcha qo‘yiladi va qo‘li stol yoki kushetkada yozilgan bo‘ladi.
6. Tirsak bo‘g‘imidan yuqoriroq yelkaning uchdan bir (1/3) o‘rta qismiga rezina jgut venalar bo‘rtib chiqadigan qilib bog‘lanadi.
7. Akusherka shprisga igna kiygizgach o‘ng qo‘liga oladi, chap qo‘li bilan bo‘rtib chiqqan vena terisini ushlab ignani 45° burchak ostida sanchib venaga tushgach, jgutni yechmasdan igna uchiga toza probirka tutib turadi va kerakli miqdorda qon olib bo‘lgach, avval jgutni bo‘shatib so‘ng ignani chiqaradi.
8. Igna sanchilgan joyga spirt eritmasidan surtib, 2–3 daqiqa steril paxta sharcha bosiladi yoki steril quruq bog‘lam qo‘yiladi.
9. Probirkadagi qon sekin shtativga qo‘yiladi.
10. Yo‘llanma yozib, tekshirish uchun laboratoriyaga topshiriladi.

Eslatma. 1. Qon guruhi va rezus-faktorni aniqlashga 5 ml qon alohida probirkaga olinadi.

2. RW Vasserman reaksiyasiga 5 ml qon alohida probirkaga olinadi va zaxm kasalligini aniqlash uchun teri-tanosil dispanseri laboratoriyasiga jo'natiladi.

3. OITS kasalligini aniqlash uchun alohida probirkaga 5 ml qon olib, markaziy OITS laboratoriyasiga jo'natiladi.

4. RW va OITSGa qon homiladorlik davomida 2 marta, ya'ni homiladorlikning 1- va 2- yarimida olinadi.

5. Qon tekshiruvi natijalari homilador ayolning maxsus kuzatuv varaqasiga yopishtiriladi.

6. Biror kasallik aniqlansa, vrach kerakli choralarni qo'llaydi.

7. Homilador ayolning rezus-faktori manfiy bo'lib, eriniki musbat bo'lsa bunday ayollar dispanser nazoratiga olib davolanadi.

QON GURUHINI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Qon guruhini aniqlashdan maqsadni.

2. Tekshirish natijalarini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

Ish joyini jihzlash va tayyorgarlik ishi.

Kerakli asbob-anjomlar:

Uchta qon O (I) A (II) B (III) guruhlari standart zardoblar, maxsus Petri kosachasi yoki likopcha (oldindan qon guruhlari yozib qo'yilgan), shisha tayoqcha, paxta, spirt, 0,85% li natriy xlorid eritmasi, skarifikator.

Ko'nikmaning bajarilishi:

1. Likopchaga har bir qon guruhi belgisiga to'g'ri qilib 2 tomchidan standart zardob tomchilab tushiriladi.

2. Bemorning nomsiz barmog'i falangasining yumshoq qismi spirt bilan artiladi va qurigandan so'ng unga skarifikator sanchiladi.

3. Barmoqqa skarifikator sanchilgandan so'ng birinchi qon tomchisi paxta bilan artib tashlanadi.

4. Undan keyin qon tomchilarini har bir qon guruhi ro'parasiga 2 tadan tomizib chiqiladi.

5. Ingichka shisha tayoqcha bilan bemorning bir tomchi qoni olinib uni 1:10 nisbatda zardob bilan aralashtiriladi.

6. Keyin shisha tayoqcha yuvilib quritiladi yoki har bir guruhga alohida shisha tayoqcha ishlatiladi va yana keyingi zardob tomchisiga qon tomiziladi.

7. Psevdoagglutinatsiyani bilish uchun 5 daqiqadan keyin bir tomchidan izotonik natriy xlorid eritmasi quyiladi, keyin esa reaksiya natijasi uzil-kesil baholanadi.

Tekshirish natijalarini baholash:

1. Eritrositlar agglutinatsiyasiga qarab qon guruhini aniqlab olinadi.
2. Eritrositlar agglutinatsiyasi mayda-mayda qizil donachalar paydo bo'lishidan ko'zga yaxshi ko'rinib turadi, bu donachalar asta-sekin bir-biri bilan qo'shilib noto'g'ri shakldagi birmuncha yirik donalar yoki ipir-ipirlarga aylanib qoladi, bu holda zardob rangsizlanadi.
3. Agar agglutinatsiya ro'y bermasa bu vaqtda aralashma bir tekis pushti rang bo'lganicha qolaveradi.
4. a) Uchta tomchilarda agglutinatsiya ro'y bermasa, qon birinchi guruh O (I) guruhga mansub;
 b) A (II) belgida agglutinatsiya bo'lmasdan, O (I), B (III) belgilarida agglutinatsiya sodir bo'lsa, qon A (II) guruhiga mansub;
 d) B (III) belgisida agglutinatsiya bo'lmasdan, O (I), A (II) belgilarida bo'lsa qon B (III) guruhiga mansub;
 e) agarda uchala O (I), A (II), B (III) belgilarda agglutinatsiya sodir bo'lsa qon AB (IV) guruhga mansub.

Eslatma. Aniqlangan qon guruhi to'g'ri ekanligiga ishonch hosil qilish uchun bir vaqtning o'zida 2 standart zardob bilan aniqlanadi. Bemorga quyiladigan qon va bemorning qon guruhi bir xil bo'lishi shart.

GEMOGLOBIN MIQDORINI ANIQLASH

O'quvchilar bilishi kerak:

1. Tahlil uchun qon olishni.
2. Sali gemometridan foydalanishni.
3. Qondagi gemoglobinni aniqlashning prinsiplari va bosqichlarini.

O'quvchilar bajarishi kerak:

1. Qonni tahlil uchun olishni.
2. Qondagi gemoglobinni Sali gemometri bilan aniqlashni.

Kerakli asbob-anjomlar:

Sali gemometri, skarifikator, xlorid kislotaning 0,1 H eritmasi, distillangan suv, spirt, paxta, yodning spirtli eritmasi.

Muolajaning bajarilishi:

1. Gemometrni darajalarga bo'lingan probirkasining belgisigacha 0,1 H xlorid kislota eritmasidan quyiladi.
2. Gemometr pipetkasidan aniq 0,02 ml qon olinadi va uni probirkadagi eritma tubiga puflab tushiriladi.
3. Pipetkani probirkadan olmay turib uni xlorid kislotasi bilan chayiladi.
4. Probirkani chayqatib undagi suyuqlik yaxshilab aralashtiriladi.
5. Aralashma 5–10 daqiqa qo'yib qo'yiladi.
6. 5–10 daqiqadan keyin tekshirilayotgan suyuqlik rangi standart eritmalar rangi bilan bir xil bo'lguncha distillangan suvdan tomchilab qo'shiladi.
7. Xlorid kislotali gematin eritmasining balandligini shkalaning darajasi bo'yicha belgilanadi.
8. Olingan raqamni 10 ga ko'paytiriladi.
9. Bu raqamlar tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdorini grammlarda ko'rsatib beradi.

Eslatma. 1. Bu usul kalorimetrik prinsipga ya'ni tekshiriladigan va standart eritmalar rangini taqqoslashga asoslangan.

2. Sali gemometri kulrang oynali shtativ va 3 ta probirkadan iborat. Probirkalardan 2 tasiga xlorid kislotali gematinning standart eritmasi quyilgan va og'zi berkitilgan bo'ladi.

3. Gemometrning 3 darajalarga bo'lingan probirkasida tekshirilayotgan qondagi gemoglobin miqdori aniqlanadi.

4. Gemometrning darajalarga bo'lingan probirkasi 100 ml qondagi gemoglobin miqdorini grammlarda yani NB ning konsentratsiyasini gramm (%) ko'rsatadigan 1 ta shkalaga olingan raqamlarni SI sistemasi birligiga (g, l) o'tkazish uchun uni 10 ga ko'paytirish zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. *Ya.N.Allayorov*. Reproduktiv salomatlik va kontraseptiv texnologiya, 2005.
2. *Я.Н.Аллаёров, Д.Ў.Юсупова, Ф.Қ.Асқарова*. Акушерликда амалий кўникма ва муолажалар. Самарқанд, 2007.
3. *Бодяжина В.И.* Акушерлик. Т., 1983.
4. *Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирюшенков А.П.* Акушерство М., 1986.
5. *Бодяжина В.И., Семенченко И.Б.* Акушерство. Ростов-на-Дону, 2005.
6. *Бурбенко А.Т., Шабров А.В., Денисенко П.П.* Современные лекарственные средства. Спб.-М., 2006.
7. *Гуркин Ю.А., Грицюк В.И.* Гинекология справочник семейного врача. М.-Спб., 2005.
8. *Дуда В.И., Дуда Вл.И., Дуда И.В.* Акушерство. Минск, 2004.
9. *Закиров И.З.* Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.
10. *Кретова Н.Е., Смирнова Л.М.* Акушерлик ва гинекология. Т., 1991.
11. *Лысак Л.А.* Акушерство. Ростов на-Дону, 2003.
12. *Малиновский М.С.* Оперативное акушерство. М., 1974.
13. *Неговский В.А.* Основы реаниматологии. Т., 1977.
14. *Нисвандер К., Эванс А.* Акушерство справочник Калифорнийского университета, перевод с английского. М., 1999.
15. *А.У.Рахимов, Х.М.Меликулов.* Акушерликда геморрагик шокнинг замонавий муаммолари. Т., 2005.
16. *Ремизов И.В.* Основы реаниматологии для медицинских сестер. Ростов-на-Дону, 2006.
17. *Славянова И.К.* Сестринское дело в акушерстве и гинекологии, практикум. Ростов на-Дону, 2004.
18. *Суслепарова А.А.* Гинекология. 2006.
19. *М.А.Fozilbekova, X.S.Zaynitdinova.* Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi. Т., 2004.
20. *А.А.Қодирова, В.Э.Ашурова, М.Х.Каттахўжаева, Д.А.Абдуллаева.* Акушерликдаги жаррохлик амалиёти. Т., 1999.
21. *А.А.Қодирова, М.Х.Каттахўжаева.* Акушерлик амалиёти. Т., 2001.
22. Приказ МЗ РУз № 500 от 13 ноября 2003 года «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций».

MUNDARIJA

Soʻz boshi.....	3
I QISM. Oʻzbekiston Respublikasida akusherlik va ginekologiya xizmatining tashkil etilishi	4
I BOB. Akusherlik fani tushunchasi, uning rivojlanish tarixi.	
Akusherlikda etika va deontologiya asoslari	4
Oʻzbekistonda tugʻruq xizmatining rivojlanishi	7
Tugʻruq majmuasi xodimlarining deontologiyasi	10
Oʻzbekiston Respublikasida akusherlik muassasalari uchun mutaxassislar tayyorlash	11
Onalar va bolalar sogʻligʻini saqlashda doyaning tutgan oʻrni	12
Akusherlik ishi falsafasi	12
Maslou boʻyicha insonning asosiy ehtiyojlari	12
Doya kasbiy faoliyatining obyekti	13
Doyaning kasbiy faoliyat doirasi	13
II BOB. Tugʻruq majmuasi (boʻlimi) ning tuzilishi	13
Tugʻruq majmuasi (boʻlimi) tarkibiy boʻlinmalarining jihozlanishi va ishini tashkil qilish	15
Tugʻruq bloki	18
III BOB. Akusherlikda aseptika-antiseptika va davolash-muhofaza tartibi	25
Akusherlikda aseptika va antiseptika	25
II QISM. Fiziologik akusherlik	32
IV BOB. Ayollar jinsiy aʼzolarining anatomiyasi va fiziologiyasi	32
Tashqi jinsiy aʼzolar	32
Ichki jinsiy aʼzolar	35
Bachadon va tuxumdondarning boylam apparati	45
Kichik chanoq kletchatkasi	47
Jinsiy aʼzolarining qon tomirlar tizimi	47
Jinsiy aʼzolarining nerv tizimi	48
Jinsiy aʼzolarining limfa tizimi	50
Sut bezlari	50

Hayz ko‘rish sikli	52
Hayz siklining boshqarilishi	59
Hayz ko‘rish davrining gigiyenasi	60
V BOB. Ayol chanog‘i	61
Chanoq suyaklari	61
Chanoq birlashmalari	64
Katta chanoq	65
Kichik chanoq	65
Chanoqning taraqqiy etishi.	69
Ayol chanog‘ining erkak chanog‘idan farqi	70
Chanoq muskullari	71
Chanoqni akusherlik nuqtai nazaridan tekshirish	74
VI BOB. Homiladorlik fiziologiyasi	79
Urug‘lanish. Murtak pardalari va ona qornidagi homilaning taraqqiy etishi	79
Urug‘lanish (bo‘yida bo‘lish)	79
Urug‘langan tuxum hujayraning bo‘linishi va bachadonga siljib borishi	81
Urug‘langan tuxum hujayraning bachadonga payvandlanishi – implantatsiya	81
Murtak pardalarining taraqqiy etishi	82
Plasenta	87
Kindik	89
Ona qornidagi homilaning rivojlanishi haqida umumiy ma’lumotlar	89
Ona qornidagi hayotning ayrim oylaridagi homila	96
Homilaning yetilganlik belgilari	98
Yetilgan homilaning boshi	99
Yetilgan homilaning boshi va tanasining o‘lchamlari	100
VII BOB. Homilador ayol organizmidagi fiziologik o‘zgarishlar ...	101
Asab tizimi	102
Endokrin tizimi	102
Moddalar almashinuvi	104
Qon	105
Yurak-tomirlar tizimi	106
Hazm a‘zolari	106
Nafas a‘zolari	106
Siydik chiqarish a‘zolari	107

Teri	107
Jinsiy aʼzolar	108
Sut bezlari	110
 VIII BOB. Homiladorlik diagnostikasi. Homilador ayollarni	
tekshirish usullari	111
Homilador ayollarni soʻrab-surishtirish	112
Homilador ayollarni koʻzdan kechirish	114
Ichki aʼzolari tekshirish	115
Homiladorlikni dastlabki oylarida tekshirish	116
Homiladorlik diagnostikasining biologik usullari	119
Homiladorlikni kechki muddatlarida aniqlash	121
Bachadon boʻshligʻida homilaning joylashuvi	122
Homiladorlikning ikkichi yarmida va tugʻruqda akusherlik tekshirish	
usullari	125
Qoʻshimcha tekshirish usullari	131
Homiladorlik muddati va tugʻruq vaqtini aniqlash	132
Ilgarigi tugʻruq belgilari	138
Qorindagi homilaning tirik yoki oʻlik ekanligini aniqlash	138
 IX BOB. Homilador ayollar gigiyenasi va parhezi	
X BOB. Tugʻruq	146
Tugʻruqni keltirib chiqaruvchi sabablari	146
Tugʻruqning xabarchilari va boshlanishi	148
Tugʻruqning haydovchi kuchlari	148
Tugʻruq davrlari	150
Bachadon boʻynining ochilish davri	150
Homilaning tugʻilish davri	154
Ensa oldinda yotishining oldingi turida tugʻruq biomexanizmi	157
Ensa oldinda yotishining orqa turida tugʻruq biomexanizmi	161
Yoʻldosh tushish davri	163
Tugʻruqning davomiyligi	165
 XI BOB. Tugʻruqni boshqarish	
Tugʻuvchi ayollarni qabul qilish va sanitariya qayta	
ishlovidan oʻtkazish	166
Tugʻruqdan oldingi boʻlim va tugʻruq boʻlimining asbob-anjomlari	168
Bachadon boʻynining ochilish davrini boshqarish	169
Homilaning tugʻilish davrini boshqarish	172
Yoʻldosh tushish davrini boshqarish	180

XII BOB. Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish	186
Tugʻruqni dorilar bilan ogʻriqsizlantirish usullari	187
XIII BOB. Chilla davri fiziologiyasi	190
Tugʻgan ayol organizmidagi oʻzgarishlar	190
Chilla davrini boshqarish	193
Tugʻruqdan keyingi dastlabki kunlarda gimnastika	197
XIV BOB. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi	199
Tugʻruq majmualarida chaqaloqlar boʻlimi (palatasi)	
ishini tashkil etish	200
Chaqaloqlarni parvarish qilish	201
Chaqaloqlar parvarishining zamonaviy usullari	204
Chaqaloqlarni emizish	205
Koʻkrak suti bilan boqish (Shifoxonalarda bolaga doʻstona munosabatda boʻlish tashabbusi)	206
Koʻkrak suti bilan boqishga moneliklar	207
Qoʻshimcha ovqatlantirishni talab qiluvchi holatlar	207
Koʻkrak suti bilan oziqlantirishda yuzaga keluvchi muammolar	208
Chala tugʻilgan chaqaloqlarni parvarish qilish	209
XV BOB. Homila chanogʻining oldinda yotishi	212
Chanoq oldinda yotishining tasnifi	212
Chanoq oldinda yotishining diagnostikasi	213
Chanoq oldinda yotganda homiladorlik va tugʻruqning kechishi	214
Chanoq oldinda yotganda tugʻruq mexanizmi	215
Chanoq oldinda yotganda tugʻruqni boshqarish	218
Faqat dumba oldinda yotganda Sovyanov amalini qoʻllash	218
Homila oyoqlari oldinda yotganda tugʻruqni Sovyanov usuli boʻyicha boshqarish	219
Chanoq oldinda yotgandagi tugʻruqda klassik qoʻl amali	220
Chanoq oldinda yotishining orqa turida koʻmaklashish	222
Chilla davrining kechishi	223
XVI BOB. Egiz homiladorlik	223
Egiz homiladorlikning kechishi	226
Egiz homiladorlikni aniqlash	227
Egiz homiladorlikda tugʻruqning kechishi	228
Egiz homiladorlikda tugʻruqni boshqarish	228

III QISM. Patologik akusherlik	230
XVII BOB. Homiladorlik gestozlari	230
Homiladorlikning ilk gestozlari	231
Homiladorlarning qusishi va tiyilmaydigan qusishi	231
So‘lak oqishi	234
Homiladorlikning kechki gestozlari	234
Homiladorlar istisqosi (shishi)	235
Gestozlarda homiladorlarni tug‘dirish	237
Ayollarni tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirish	237
Gestozlar profilaktikasi	237
Gestozni boshidan kechirgan ayollar sog‘lig‘ini qayta tiklash	238
Homiladorlik gestozlarining kam uchraydigan shakllari	238
Homiladorlarning dermatozlari	238
Homiladorlarning sariq kasalligi	238
 XVIII BOB. Ekstragenital kasalliklarda homiladorlik va tug‘ruq	240
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari	240
O‘tkir va surunkali yuqumli kasalliklarda homiladorlik va tug‘ruq	244
Jinsiy a‘zolarning noto‘g‘ri rivojlanishi va kasalliklarida homiladorlik	246
 XIX BOB. Homila pardalari va plasentaning taraqqiyot nuqsonlari kasalliklari	250
Homilaning taraqqiyot nuqsonlari	251
Homilaning patologik holatlari	254
Daun kasalligi	254
Homila va chaqaloqlarning gemolitik kasalligi	254
Homilaning nobud bo‘lishi	255
O‘lik homilaning maseratsiyasi	256
Plasentaning rivojlanish nuqsonlari	257
Plasentaning bachadon devoriga yopishib qolishi	258
Kindik (anomaliyalari) nuqsonlari	259
Homila tuxum pardalarining kasalliklari	260
Yelbo‘g‘oz	260
Xorionepitelioma	262
Qog‘onoq suvining ko‘pligi	262
Qog‘onoq suvining kamligi	263
Homila pardalarining o‘z vaqtida yirtilmasligi	264
Homila pardalarining barvaqt va ilk yirtilishi	264
Homila pardalarining kechikib yirtilishi	265
 XX BOB. Homiladorlikning barvaqt to‘xtashi	266
Abort (bola tashlash)	266

O‘z-o‘zidan bo‘ladigan abort	266
Septik (isitmali) abort	269
Sun‘iy abort (bola tushirish)	271
12 haftalikdan oshgan homilani olib tashlash	272
Kriminal (jinoiy) abort	273
Abortning oldini olish	277
Oy-kuni yetmasdan tug‘ish (chala tug‘ish)	278
Muddatidan o‘tib ketgan homiladorlik	280

XXI BOB. Bachadondan tashqaridagi homiladorlik 283

XXII BOB. Plasentaning oldinda yotishi va normal joylashgan plasentaning barvaqt ko‘chishi	288
Plasentaning oldinda yotishi	288
Normal joylashgan plasentaning barvaqt ko‘chishi	293

XXIII BOB. Tug‘ruq kuchlari anomaliyalari	295
Tug‘ruq kuchlarining birlamchi sustligi	296
Tug‘ruq kuchlarining ikkilamchi sustligi	298
Tug‘ruq kuchlarining haddan tashqari zo‘rayishi	299
Nomuvofiq tug‘ruq kuchlari	299
Tug‘ruq yo‘llaridagi yumshoq to‘qimalar anomaliyalari	299
Qin va oraliqdagi o‘zgarishlar	300

XXIV BOB. Homilaning ko‘ndalang va qiyshiq yotishi	301
Homilaning noto‘g‘ri joylashishida homiladorlikning kechishi va tug‘ruqning o‘ziga xos xususiyatlari	302
Homiladorlik va tug‘ruqni boshqarish	303

XXV BOB. Homila boshining yozilgan holatda oldinda yotishi	304
Bosh tepasining oldinda yotishi	305
Peshonaning oldinda yotishi	306
Tug‘ruq mexanizmi	306
Yuzning oldinda yotishi	307
Homila boshining asinklitik suqilishi	309
Homila boshining balandda to‘g‘ri turishi	311
Homila boshining pastda va chuqur ko‘ndalang yotishi	312

XXVI BOB. Chanoq anomaliyalari (tor chanoqlar)	313
Anatomik tor chanoqlar tasnifi	313
Tor chanoqlarning kam uchraydigan shakllari	316
Tor chanoqni aniqlash	317

Tor chanoqda homiladorlikning kechishi	319
Tor chanoqda tugʻruqning kechishi	320
Tor chanoqda tugʻruq mexanizmi	321
Tor chanoqda tugʻruqni boshqarish	324
Funksional (klinik) tor chanoq	325
 XXVII BOB. Yoʻldosh tushish davri va ilk chilla davrida	
qon ketishi	327
Yoʻldosh tushish davrida qon ketishi	327
Plasentani qoʻlda koʻchirish va tushirish	329
Ilk chilla davrida (tugʻruqdan keyingi dastlabki soatlarda)	
qon ketishi	330
Oʻtkir kamqonlikka qarshi kurash	334
Chilla davrida kech qon ketishi	334
 XXVIII BOB. Tugʻruq jarohatlari	
Oraliq, vulva va qinning yirtilishi	335
Oraliqning yirtilgan joyini choklash	336
Vulva va qin gematomalari	338
Bachadon boʻynining yirtilishi	338
Bachadonning yorilishi	339
Tugʻruqdan keyingi oqmalar	342
Tugʻruq vaqtida bachadonning agʻdarilib chiqishi	342
Qov suyaklarining bir-biridan qochishi	343
 XXIX BOB. Chilla davri septik kasalliklari	
Chilladagi septik kasalliklarni keltirib chiqaruvchi sabablar	344
Chilladagi septik kasalliklar tasnifi	346
Septik infeksiya tarqalishining birinchi bosqichiga taalluqli	
kasalliklar	347
Chilla yarasi	347
Metroendometrit	348
Septik infeksiya tarqalishining ikkinchi bosqichiga taalluqli	
kasalliklar	349
Metrit	349
Parametrit	349
Salpingooforit (adneksit)	349
Pelvioperitonit	350
Tromboflebit	351
Chilladagi infeksiya tarqalishining uchinchi bosqichiga taalluqli	
kasalliklar	352

Diffuz o'tkir peritonit	352
Avj oluvchi tromboflebit	353
Septik infeksiya tarqalishining to'rtinchi bosqichiga taalluqli kasalliklar (umumiy septik infeksiya)	353
Septisemiya	353
Septikopiyemiya	353
Chilladagi mastit	354
Chilla davridagi ko'ngilsiz hodisalar va noinfeksion kasalliklar	355

XXX BOB. Chaqaloqlik davri kasalliklari

Chaqaloqlarning tug'ruq vaqtida jarohatlanishi

Chaqaloqlarning toksik-septik kasalliklari

XXXI bob. Akusherlik operatsiyalari

Akusherlik operatsiyalariga tegishli ko'rsatmalar va ularning shart-
sharoitlari

Akusherlik operatsiyalariga tayyorgarlik

Akusherlik operatsiyalari tasnifi

Akusherlik operatsiyalarida og'riqsizlantirish

Bachadonni qirish

Homila tuxumining qoldiqlarini barmoqda olib tashlash

Tug'ruq yo'llarini tayyorlaydigan operatsiyalar

Bachadon bo'ynining kanalini kengaytirish

Metreyriz

Teri-bosh qisqichini solish

Bachadon bo'ynining teshigini barmoq bilan kengaytirish

Bachadon bo'ynining chetlarini qirqish

Homila pufagini yirtish

Oraliqni qirqish

Akusherlik burish operatsiyalari

Homilani tashqaridan burish

Bachadon bo'yni to'liq ochilganida (o'z vaqtida) homilani ichki
va tashqi oyog'iga klassik burish operatsiyasi

Bachadon bo'yni to'liq ochilmaganda homila oyog'ini

ichki va tashqi tomonga burish

Homilani chanoq tomonidan ushlab tortib olish

Homilani oyog'idan ushlab tortib olish

Homilani chov bukimidan ushlab tortib olish

Akusherlik qisqichlari

Chiqish qisqichini solish texnikasi

Kesar kesish operatsiyasi	382
Qorin devori orqali qilinadigan kesar kesish	383
Vakuum-ekstraksiya	384
Homilani yemirish operatsiyalari	385
Kraniotomiya	385
Dekapitatsiya	387
Kleydotomiya	387
Embriotomiya	388
Eventratsiya	388
Spondilotomiya	388
Operatsiya qilingan bemorlarni parvarishlash	388
IV QISM. Akusherlikda shoshilinch yordam ko'rsatish	390
XXXII bob. Terminal holatlarda organizm asosiy tizimlarining	
patofiziologik xususiyatlari	390
Reanimatologiya haqida tushuncha	390
Terminal holatlar	391
Homiladorlik davrida gemostazning moslashuvi (adaptatsiyasi)	392
Suv, elektrolitlar balansi va uning buzilishi	395
Suv balansi	395
Elektrolitlar balansi	396
Yurak-qon tomirlar tizimining homiladorlikka moslashuvi	396
Homiladorlikda fiziologik gipervolemiya	397
O'tkir yurak va qon-tomir yetishmovchiligi. Sabablari, belgilari, shoshilinch yordam ko'rsatish	398
Chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi	399
O'ng qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi	400
Qorinchalar yetishmovchiligi	400
O'tkir qon-tomir yetishmovchiligi	400
O'tkir nafas yetishmovchiligi	402
Shoshilinch yordam ko'rsatish choralari	404
O'tkir jigar yetishmovchiligi. Sabablari, belgilari va davosi	405
O'tkir buyrak yetishmovchiligi. Sabablari, klinik belgilari va davosi ...	405
XXXIII BOB. Akusherlik qon ketishlari oqibatida kelib chiqadigan	
terminal holatlar	407
Gemorragik shok	407
Gipo va atonik qon ketishga qarshi kurashish usullari	411
Qon to'xtatish tadbirlarining algoritmi	412
Tomir ichida qonning tarqoq ivishi (TIQTI-DVS) sindromi	412
TIQTI sindromida infuzion-transfuzion terapiya	414

XXXIV BOB. Homiladorlikda gipertenziv buzilishlar (OPG-gestozlar)	416
XXXV bob. Akusherlikda septik infeksiya	424
O'tkir keng tarqalgan (diffuz) peritonit	424
Septik (toksik-septik) shok	426
Sepsis	428
XXXVI BOB. Qog'onoq suvi bilan emboliya bo'lish	431
XXXVII BOB. Homila gipoksiyasi va chaqaloqlar asfiksiyasi	433
Asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarni jonlantirish usullari	436
Asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarni jonlantirish algoritmi	439
Asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlar parvarishi	440
Chaqaloqni asfiksiyadan keyingi kuzatuv	442
XXXVIII BOB. Akusherlikda amaliy ko'nikma va muolajalar	442
Qon guruhi, rezus-faktorni, RW va OITS kasalligini aniqlash uchun venadan qon olish	449
Qon guruhini aniqlash	450
Gemoglobin miqdorini aniqlash	451
Foydalanilgan adabiyotlar	453

ALLAYOROV Yaxshinar Norbobayevich

AKUSHERLIK

*Tibbiyot kollejlari uchun
darslik*

«O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi»
Davlat ilmiy nashriyoti, 2007
Toshkent – 129, Navoiy ko‘chasi, 30.

Tahririyat mudiri	<i>S. Ibragimova</i>
Muharrirlar	<i>Z. G‘ulomova, SH. Inog‘omova</i>
Dizayner	<i>A. Yoqubjonov</i>
Texnik muharrir	<i>M. Olimov</i>

2007-yil 22.11 da bosishga ruxsat etildi. Qog‘oz bichimi 60×90¹/₁₆
«Tayms» garniturası. 29,0 shartli bosma taboq.
32,3 nashriyot hisob tabog‘i. Adadi 3290.
07-769-buyurtma. Bahosi shartnoma asosida.

O‘zbekiston Matbuot va axborot agentligining
«O‘zbekiston» nashriyot-matbaa ijodiy uyida bosildi.
Toshkent – 129, Navoiy ko‘chasi, 30.