

**G.A. IXTIYAROVA,
X.N. NEGMATSHAYEVA,
X.T. SHODIYEVA**

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI



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

G.A. IXTIYAROVA, X.N. NEGMATSHAYEVA,
X.T. SHODIYEVA

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

DARSLIK

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

Ta'lim sohasi – 510000 – Sog'liqni saqlash

Oliy hamshiralik ishi – 5510700 ta'lim yo'nalishi uchun

*5320800 – Matbaa va qadoqlash jarayonlari texnologiyasi ta'lim
yo'nalishi bo'yicha tahsil olayotgan bakalavrlar uchun darslik sifatida
tavsiya etilgan*

*Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi
Toshkent – 2019*

UO'K 442.5(50.3)
KBK 45.54.(5U)04
M 80

Darslikni tayyorlagan asosiy muassasalar: Buxoro Davlat tibbiyot instituti, Andijon Davlat tibbiyot instituti, Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mualliflar:

G.A. Ixtiyarova — Buxoro Davlat tibbiyot instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent;

X.N. Negmatshayeva — Andijon Davlat tibbiyot instituti 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent;

X.T. Shodiyeva — Toshkent Tibbiyot akademiyasi 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası katta o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchilar:

D.D. Kurbanov — Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrası mudiri, t.f.d., professor;

F.A. Ataxodjayeva — Toshkent Tibbiyot akademiyasi 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti, t.f.n., dotsent.

Ixtiyarova, G.A.

M 80 Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi [Matn]:/darslik/
G.A. Ixtiyarova va boshq. /Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. —
T.: Cho'lpon nomidagi NMIU, 2019. — 384 b.
ISBN 978-9943-5387-0-2

«Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi» darsligi 5510700— Oliy hamshiralik ishi ta'lim yo'nalishi talabalari uchun tayyorlangan bo'lib, yo'nalishning malakaviy talablariga va Akusherlik va ginekologiyada hamshiralik ishi fanining o'quv dasturiga muvofiq tuzilgan. U Akusherlik va ginekologiya tarixi, rivojlanish bosqichlari; akusherlik va ginekologik yordamni tashkillashtirish, fiziologik homiladorlik, homilador ayollarni tekshirish usullari, fiziologik homiladorlikni olib borish va patologiyada hamshiralik parvarish xususiyatlarini qamrab olgan. Qo'shimcha materiallarda homiladorlikni olib borishning O'zbekiston Respublikasida tasdiqlangan zamonaviy standartlari keltirilgan.

UO'K 442.5(50.3)
KBK 45.54.(5U)04

ISBN 978-9943-5387-0-2

© G.A. Ixtiyarova va boshq., 2019
© Cho'lpon nomidagi NMIU, 2019

SO‘Z BOSHI

Onalik va bolalikni himoya qilish, akusherlik – ginekologik yordamni rivojlantirish, onalik, perinatal va go‘daklik kasalliklari va o‘limni kamaytirish zamonaviy sharoitda O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimining muhim yo‘nalishlari hisoblanadi. Samarali tibbiy yordamda ayollar ehtiyojini qondirish uchun aniq potentsial oliy hamshiralik ishi mutaxassislari hisoblanadi. Ona va bola salomatligini himoya qilishning «Milliy modeli» aholi ayollar qismining reproduktiv salomatligini tiklash va saqlashni amalga oshirishda muhim ahamiyatga ega.

Oliy hamshiralik ishi yo‘nalishi ta‘limini keyinchalik takomillashtirish va klinik amaliyotda uning samaradorligini oshirish maqsadida ushbu qo‘llanma ishlab chiqildi.

Mazkur darslik O‘zbekiston Respublikasi oliy o‘quv yurtlarida oliy hamshiralik ishi mutaxassislari ta‘lim sifatini oshirish maqsadida ishlab chiqildi. Darslikda akusherlik va ginekologik amaliyotda tez-tez to‘qnashishi mumkin bo‘lgan asosiy shoshilinch holatlar, kritik holatlarda zamonaviy yondashuv va jarrohlik aralashmalari haqidagi ma‘lumotlar, shuningdek, bemorga yordam ko‘rsatishda mutaxassislar o‘rtasidagi o‘zaro ta‘sir tamoyillari yoritilgan. Nazariy materialdan tashqari, klinik simulatsiya ko‘rinishlari, ta‘limning interfaol usullari va amaliy malaka hamda ko‘nikmalarni qadamma-qadam bajarish algoritmlari ko‘rib chiqilgan.

Darslik materiali ko‘rsatmali dalillar va dunyoda yetakchi akusher-ginekologlar jamiyati tavsiyalari asosida ishlangan.

KIRISH

O'zbekistonda mustaqillik yillarida onalar va bolalar salomatligi masalasiga katta e'tibor qaratildi va xalqning sog'lom turmush tarzi, yosh avlodni jismonan va ma'nan barkamol qilib tarbiyalash uchun ko'pgina ishlar qilindi. Davlat siyosatining muhim yo'nalishi, deb qaralgan ona va bola salomatligini himoya qilish — bu kelajak haqida qayg'urish sanaladi. Ma'lumki, xalqimizda azaldan bolalar haqida sidqidildan qayg'urgan onalarga hurmat, ehtirom bilan qaralgan. Bu yaxshi an'ana so'nggi yillarda to'ldirildi va boyitildi.

«Sog'lom ona — sog'lom bola» lider davlatlar g'oyasi haqiqatda, umummilliy harakatga aylangan. O'zbekistonda e'tibor qaratilayotgan oila, oilaviy tarmoqlar mustahkamligi va barqarorligi, sog'lom oila, oilada sog'lom muhit yaratish hamda sog'lom bola tarbiyasi ijobiy tajribalarga asoslanadi.

O'zbekistonda mustaqillikning dastlabki kunlaridanoq onalik va bolalikni himoya qilish muhim vazifa sifatida ajratildi. O'zbekiston qo'shilgan birinchi xalqaro hujjatlardan biri 1992-yil 9-dekabrda Parlamentimiz qayd qilgan «Bola huquqlari haqida»gi konvensiyasi bo'ldi. Keyin bu «Bola huquqlarini kafolatlash haqida»gi qabul qilingan qonun bilan mustahkamlandi. Respublikada ta'sis etilgan ordenlardan biri «Sog'lom avlod uchun» ordeni hisoblanadi.

O'zbekistonda dunyo tajribalari asosida oila, ona va bola qiziqishlarini himoya qilish uchun huquqiy asos yaratildi. «Sog'lom ona — sog'lom bola» tamoyiliga asoslangan sog'lom bola tug'ilishi va ularning tarbiyasiga qaratilgan kompleks tadbirlar amalga oshirilmoqda. Shu bilan birga, yoshlarni oilaviy hayotga tayyorlash, oilani shakllantirishning yangi tizimi yaratildi. Shunday qilib, sog'lom avlod — sog'lom oila — sog'lom jamiyat g'oyasi hayotga tatbiq etildi.

Perinatal markazlar singari respublika tibbiyot muassasalari uchun tug'ruq komplekslar moddiy-texnik bazasini mustahkamlash, fertil yoshidagi ayollarning tibbiy ko'rigini tashkillashtirish, homiladorlik va tug'ruq davrida ona va bola sog'ligi monitoringi bilan bog'liq masalalarni ijobiy hal qilish ahamiyatli hisoblanadi.

O'zbekistonda sog'liqni saqlash tizimi doirasida erishilgan yutuqlar mashhur xalqaro tashkilotlar tomonidan tan olindi. Demak, «Bolalarni asrang» («Save the Children») xalqaro tashkilot ma'ruzasida bu tashkilot tadqiqotchilari tomonidan tayyorlangan onalik va bolalikni himoya qilish bo'yicha O'zbekiston erishgan yutuqlariga alohida e'tibor qaratildi. Ma'ruzaga muvofiq, davlatimiz ayollar uchun sharoitlar yaratish bo'yicha dunyoning 125 davlati orasida 19-o'rinda turishi ta'kidlangan.

Onalar o'limining sabablarini o'rganishga bag'ishlangan ko'p sonli tadqiqotlar ko'rsatishicha, ko'pgina o'lim holatlarini bartaraf etish va oldini olish mumkin ekan. Biroq mahalliy hujjatlarni tushunish uchun sodda, samarali jamoaviy ish va logistikaning yo'qligi, holat og'irligini to'g'ri baholay olmaslik, substandart tibbiy yordam, qisman homilador, tug'ayotgan va tuqqan ayol uchun salbiy yo'l predikatori hisoblanadi. Ta'kidlash joizki, shoshilinch akusherlik holatlarda ona uchun prognoz, agar birinchi yordam erta va to'liq hajmda ko'rsatilsa, ayol holatini sezilarli yaxshilashi va ijobiy o'zgarishi mumkin. Bunday yordamni bir yoki ikki tibbiy xodimning muvofiqlashtirilgan ishi emas, balki mutaxassislarning butun jamoasi: shifokor, hamshira va sanitar xodimlar tomonidan ta'minlanishi mumkin.

Akusherlik amaliyotdagi kritik holatlarga birinchi bo'lib shifokorlar emas, balki o'rta tibbiyot xodimlari guvoh bo'ladi. Ma'lum sabablarga ko'ra, shifokor bo'lmagan holatlarda hamshiralarga sifatli tibbiy yordam ko'rsatish mas'uliyati yuklatiladi. Zamonaviy dunyo sog'liqni saqlash tizimida oliy hamshiralik ishi mutaxassislarning o'rni katta va muhim. Katta bilimli, yuqori kasbiy kompetentga ega hamshira holat og'irligi tasnifini tezkor birlamchi baholash, shifokor yordamigacha bo'lgan davrda tezkor qaror qabul qilish hamda bu yordamlarni amaliyotda amalga oshirish,

shoshilinch davolash dinamikasida holat monitoringi aniqlash vazifalarini bajaradi.

2015-yil sentabrda BMTning boshqa a'zo davlatlari qatorida O'zbekiston ham 17 ta maqsad va 169 ta maqsadli ko'rsatgichlardan iborat bo'lgan Barqaror rivojlanish maqsadining 2015-yildan keyingi davrda rivojlanish sohasidagi dolzarb kun tartibini ma'qulladi. Uchinchi muhim maqsad har qaysi yosh uchun sog'lom turmush tarzi va qulay yordamni ta'minlashga qaratildi. U sog'liqni saqlash sohasining hamma muhim yo'nalishlari: reproduktiv salomatlik, ona va bola salomatligini himoya qilish; infeksiyon hamda noinfeksion kasalliklarga qarshi kurashish; shuningdek, atrof-muhitning ifloslanishidan kelib chiqadigan kasalliklar; sog'liqni saqlash tizimining umumiy xizmatlarini ta'minlash; dori vositalari va vaksinalaridan sifatli, samarali va xavfsiz foydalanishni ta'minlashni qamrab oladi. O'zbekistonda sog'liqni saqlashning milliy tizimini rivojlantirish maqsadida milliy maqsad va qiziqishlarga mos 3-sonli dolzarb maqsad o'zgarishsiz qabul qilindi. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimida 3-sonli barqaror rivojlanish maqsadini bajarishga yo'nalgan keng ko'lamli islohot o'tkazilmoqda. O'zbekiston onalik, go'daklik yoshidagi va besh yoshgacha bo'lgan bolalar o'limini kamaytirish, infeksiyon va virusli kasalliklar darajasini qisqartirish, keyinchalik noinfeksion kasalliklar jabrini kamaytirishni o'z oldiga maqsad qilib qo'ydi.

Hozirgi vaqtda O'zbekiston sog'liqni saqlash sohasida barqaror rivojlanishning yuqorida ko'rsatilgan ko'rsatgichlari yutuqlari bo'yicha chora-tadbirlar qabul qilmoqda. Davlat rahbarlari bu maqsadlarning siyosiy tarafdorlari ekanligini namoyish qiladi.

I. GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI. NORMAL HAYZ SIKLI VA UNING BOSHQARILISHI

GINEKOLOGIK BEMORLARNI SUBYEKTIV TEKSHIRISH USULLARI

Ginekologik bemorlarni tekshirish so‘rab-surishtirishdan boshlanib, ma‘lum reja asosida olib boriladi:

1. *Pasport ma‘lumotlari.* Ayniqsa, yoshga e‘tibor beriladi, chunki bolalik, qarilik, homiladorlik, laktatsion davrda amenoreya fiziologik, balog‘atga yetish davrda esa patologik hisoblanadi-yu, ammo jinsiy yetuk davrida qon ketishi, abort, mioma, yallig‘lanish va boshqalar bilan qarilikda qon ketishi esa yomon sifatli o‘smalar bilan bog‘liq.

2. *Shikoyatlari:*

I. Menstrual funksiya bo‘yicha: a) necha yoshligida 1-hayz sikli sodir bo‘lgan va uning xarakteri (og‘riq, qon yo‘qotish darajasi, davomiyligi); b) hayz sikli necha kunlik intervaldan keyin sodir bo‘ladi; c) hayz sikli tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, davomiyligi, qon yo‘qotish, og‘riq va boshqalar.); d) jinsiy hayot boshlangach, tug‘ruq va abortdan so‘ng hayz sikli tipi o‘zgardimi; e) hozirgi kasalligida hayz sikli xarakteri o‘zgardimi; f) oxirgi hayz sikli belgilanadi.

II. Jinsiy funksiya:

1) jinsiy hayotning boshlanishi;

2) jinsiy hissiyotlar;

3) jinsiy aktning buzilishi: og‘riqli bo‘lishi; bachadon ortiqlari va chanoq pardasining yallig‘lanishi, endometriozi, orqa parametrit, vulvovaginit, vaginizmli (m.bulbospongiosusning spazmi)da va boshqalar kuzatiladi;

4) kontraseptiv vositalardan to‘g‘ri va me‘yorida foydalanish.

III. Tug‘ish funksiyasi:

1) jinsiy hayot boshlangandan so‘ng 1-homiladorlik qachon sodir bo‘lgan;

2) homiladorlik chastotasi, uning kechishi va oqibati;

3) tug‘ruq va tug‘ruqdan keyingi davrning kechishi;

4) o'tkazilgan abortlar soni, xarakteri (tabiiy, sun'iy).

IV. Sekretor funksiyasi – qindan chiqadigan ajralma (fluor)ning manbai (korparal, bachadon bo'yni, qin, vestibular); miqdori va sifati tekshiriladi.

V. Eng asosiy og'riq simptomi – tashqi jinsiy a'zolar kasalligida og'riq zararlangan sohada joylashadi. Ichki jinsiy organlar kasalliklaridan esa aniq lokalizatsiyaga emas, diffuz xarakterda bo'lib, qorin pastida, bel, dumg'aza, to'g'ri ichak, qin, son va boshqa sohalarga irradiyatsiyalanadi. Ginekologik kasalliklarda teri sezuvchanligi yuqori zonalar: Zaxarin – Geda zonolari bo'lib, ular X ko'krak umurtqasi sohasidan IV dumg'aza segmentigacha tarqaladi.

VI. Qo'shni organlar (ayniqsa, siydik ajratish, ichak funksiyasining buzilishi) funksiyasini tekshirish.

VII. Yashash va ishlash sharoiti.

Ginekologik bemorlarni tekshirish sistemasi

Maqsad: jinsiy organlar va boshqa organlar sistemasining holati va kasalliklarini aniqlash.

Bajariladi: ayolning butun organizmi tekshiriladi, chunki yo'l-dosh kasalliklar bilan jinsiy organlar kasalliklari bog'liqligi patogenezini asoslash davolash taktikasini tanlash talab etiladi.

Ginekologik amaliyotda ishlatiladi:

1. Tibbiyotda umumiy qo'llaniladigan tekshirish usullari: *ko'z-dan kechirish, palpatsiya, perkusiya, auskultatsiya va boshqalar.*

2. Maxsus tekshirish usullari: qin orqali (ichki) va bimanual tekshirish, oynalar yordamida, zondlash va boshqalar.

3. Laborator tekshirish usullari.

❖ **Ginekologik bemorlarni umumiy tekshirish usullari.**

Status praesens objectivus – ko'zga ko'rinadigan teri va shilliq pardalarning rangparligi qon yo'qotilishi bilan bog'liq kasalliklar (fibromioma, hayz siklining buzilishi va boshqalar)dan darak beradi. Bemorning umumiy ozishi (kaxeziya), yuzining rangparligi yoki kulrang tusda bo'lishi. Yomon sifatli o'smalarning uzoq muddatli kechgan turlariga xarakterli skeletning raxitik deformatsiyasi tug'ruqdan keyingi jarohatlar (oqma, bachadon bo'yni

va oraliqning yorilishi)ga olib kelishi mumkin. Ginekologik kasalliklarning rivojlanishida tashqi muhit noqulay faktorlarining mohiyati muayyan konstitutsional omillar bo'lganda yaqqol namoyon bo'ladi. Konstitutsiyani baholashda organizmning morfologik va funksional xususiyatlari e'tiborga olinadi.

Infantil tip uchun quyidagi belgilar xarakterli: o'rta yoki kam hollarda baland bo'yli, chanog'i hamma o'lchamlari bo'yicha toraygan, ko'krak bezlari, tashqi va ichki organlari yaxshi rivojlanmagan, hayz sikli va reproduktiv (homiladorlik, tug'ish va abortlar) funksiyalari buzilgan bo'ladi.

Interseksual tip ikkilamchi jinsiy belgilarning to'la differensiyalashganligi tufayli bu tipli ayollarning bo'yi baland, skeleti mas-siv, yelkasi va chanog'i keng, chanog'i shakl jihatdan erkaklar-nikiga o'xshash, boldirlari bir-biriga tegmaydi. Tashqi jinsiy organ-larda soch qoplami kuchli rivojlangan, soch tuklarining o'sish xarakteri erkaklarga xos qorinning oq chizig'i bo'ylab kindik yo'na-lishida o'sgan, oyoqlarida va orqa chiqaruv teshigi atrofida ham soch tuklari ko'p bo'ladi. Shuningdek, bu tipdagi ayollarda jinsiy organlar gipoplaziyasi, hayz siklining buzilishi, bepushtlik, jinsiy indifferentslik kuzatiladi. Ba'zan infantilizm va interseksuallik belgi-lari birgalikda bo'lishi aniqlanadi.

Astenik tip uchun o'lchamlarning uzunasiga kattalashishi, mu-shaklar tonusining pasayishi, skeleti, ko'krak qafasi va ichki or-ganlarining tuzilishida o'ziga xos xususiyatlar (yuragi kichik, aortasi tor, diafragma pastda tushishi, uzun ichak tutqichi va boshqalar) ba'zan ichki organlarning pastga tushishi xarakterli. Astenik tipdagi ayollarda bachadon o'ta harakatchan va orqaga bukilgan (flexio) holatda bo'ladi. Ularda tug'ruqdan keyingi davrda (chanoq tubidagi mushaklar va boylam apparatining zaifligi tufayli) bachadon va qinning tushishi yuzaga keladi. Bu tipdagi ayollarda obyektiv o'zgarishlar bo'lmasa ham, jinsiy sferasi tomonidan dumg'azada og'riq, qorin pastida og'irlik hissi, hayz siklining og'irliq kechishi, qabziyatlar, ish qobiliyatining pasayishiga shikoyat qiladi.

Qorinni ko'zdan kechirish — qorin hajmining kattalashishi va shaklining o'zgarishi yirik o'smalar (mioma, kistoma va boshqalar) ekssudatli peritonit, bachadon ortiqlarining yallig'lanishi bilan

birga, bachadon naylarining xaltachali «o'smalari» (gidrosalpinks, piosalpinks) kelganda, tuxumdon absseklarida kuzatiladi. Assit va tuxumdon o'smalarida ham qorin kattalashadi. Kistomalarda qorin gumbazsimon, agar jinsiy organlari kasalliklari assit bilan kechsa, bemor gorizental holatda yotganda — qorin tekislangan bo'ladi; bachadon va qinning chiqib qolishi yoki pastga tushganda qorin osilib turadi; qorin oq chizig'i bo'ylab pigmentatsiyalar, homiladorlikdan keyingi chandiqlar diagnostik ahamiyatli.

Qorin palpatsiyasi siydik pufagi va to'g'ri ichak bo'shatilgandan keyin, bemor gorizental holatda yotqizilib, oyog'i son-chanoq va tizza bo'g'imida bukilib (bu qorin mushaklarini bo'shashtiradi), qorni paypaslanadi.

❖ **Palpatsiyada aniqlanadi:**

a. qorin devorining holati:

b. mushaklar tonusi, mushak himoyasi, qorin to'g'ri mushaklarining diastaz; og'riqli sohalar; jinsiy organlardan chiqadigan yoki kichik chanoq bo'shlig'i chegarasidan tashqaridagi o'sma va infiltratlarning o'lchami, shakli konsistensiyasi, chegaralari, og'riq bor-yo'qligi, harakatchanligi; «ballotirlanish» fenomeni aniqlanishi mumkin. Bachadon ortiqlari va chanoq pardasining o'tkir yallig'lanishida qorinning pastki bo'limida mushaklarning ixtiyorsiz taranglashishi (mushak himoyasi) aniqlanib, ektopik homiladorlikda esa yuza palpatsiyada kuzatilmasligi mumkin.

Qorin perkussiyasi — jinsiy organlarining kasalliklarida hosil bo'lgan katta infiltrat va ekssudat, shuningdek, o'smalarning chegarasi va konturlarini aniqlashga imkon beradi. Perkussiyada bemorning vaziyatini o'zgartirish: ektopik homiladorlikda qon quyilganda, kistomalar devori yorilganda ajraladigan suyuqlik borligini ko'rsatadi. Perkussiya parametrit va pelvioperitonitni differensial diagnostika qilishda ishlatiladi: parametritda infiltratning palpatsiya va perkussiya chegarasi to'g'ri keladi; pelvioperitonitda esa infiltrat yuzasiga ichak qovuzloqlari yopishishi tufayli perkutor chegarasi palpator chegarasiga nisbatan kichik bo'ladi. Bundan tashqari, ichak qovuzloqlarining konglomerati va perkussiya qo'llaniladi.

Qorin auskultatsiyasi – ichaklar peristaltikasi va uning xarakteri homiladorlikning 5-oyidan keyingi muddatda homilaning harakatlari va yurak tonlarini aniqlash mumkin. Masalan, peritonitda ichaklar parezi tufayli peristaltika to'xtaydi; og'ir ginekologik operatsiyalardan keyin ichaklar motorika funksiyasining buzilishi peristaltikaning susayishi; obturatsion ileusda ichaklar tutilganligi sababli shovqinlar baland eshitiladi. Auskultatsiyada jinsiy organlar o'smalari (mioma, kistoma) va homiladorlik farqlanadi.

1. Ginekologik bemorlarni maxsus tekshirish usullari.

1. Asosiy (shart bo'lgan).
2. Qo'shimcha (shart bo'lmagan) – diagnostik ma'lumotlarni olish maqsadida.

Asosiy maxsus tekshirish usullari:

- 1) tashqi jinsiy organlarni ko'zdan kechirish;
- 2) oynalar yordamida tekshirish;
- 3) qin orqali (ichki) tekshirish;
- 4) bimanual vagino – abdominal tekshirish.

Qo'shimcha maxsus tekshirish usullari:

- a) rektal va rekto-vaginal tekshirish;
- b) bachadonni zondlash;
- c) pulvie qisqichlar yordamida tekshirish;
- d) sitologik tekshirish usullari;
- e) bachadon shilliq pardasini qirish;
- f) biopsiya;
- g) sinov punksiyasi;
- h) pertubatsiya va gidrotubatsiya;
- i) rentgenokonstrast tekshirish usullari;
- j) siydik pufagi kateterizatsiyasi;
- k) endoskopik tekshirish usullari;
- l) kesarcha kesish.

Shuningdek, ginekologik amaliyotda gistologik, bakteriologik, serologik, bioximik tekshirish hamda ko'rsatmaga asosan tibbiy ginekologik tekshiriladi.

Ginekologik tekshirishga bemorni tayyorlash

Bemorni tekshirish siydik pufagi va to'g'ri ichak bo'shatilgandan keyin gorizontal holatda yotqizilib, oyoqlari son-chanoq

tizza bo'g'imida bukiladi, bosh qismi biroz ko'tariladi. Tekshirish jarayoni maxsus ginekologik kresloda olib boriladi.

Ko'rsatma: maxsus ginekologik kreslo bo'lmaganda, oyoq ushlagichi bor qattiq va baland kushetkadan foydalanish mumkin.

Tekshirishdan oldin, albatta:

1. Qin oynalari, ko'targich, pinsetlar, surtma olish uchun instrumentlar, paxta, doka sterilizatsiya qilinadi.

2. Rezina qo'lqoplar sterilizatsiyalanadi (ayniqsa, so'zak, rak, sil, trixomonadali kolpitli bemorlarni tekshirgandan so'ng);

3. Qo'lni qo'lqopda suv bilan sovunlab yuvib, so'ngra dezinfektsiyalovchi eritmalar bilan ishlanadi.

Tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish

Quyidagilar e'tiborga olinadi:

1. Soch qoplamining o'sish darajasi va xarakteri (ayollarga xos gorizontaal yo'nalishda), erkaklarga xos (vertikal yo'nalishda),

2. Katta va kichik jinsiy lablarning rivojlanishi;

3. Oraliq holati (baland, past)

4. Patologik jarayonlar: yallig'lanish, o'sma, eroziya, kandidoma, oqma, oraliq yorilgandan keyingi chandiqlar va boshqalar.

5. Jinsiy yoriqning holati;

6. Ayol kuchanganda bachadon va qin devorlarining tushishi

7. Orqa chiqaruv teshigi (varikoz tugunchalar, yoriq, kandidoma, to'g'ri ichakdan shilliq, yiring yoki qon ajralishi)

Kichik jinsiy lablar uzoqlashtirilib, vulva va qinga kirish yo'li ko'riladi:

a) rangi (rangparligi, sianoz);

b) sekret xarakteri;

c) patologik jarayonlar borligi (yallig'lanish, kista, eroziya va boshqalar);

d) siydik chiqarish kanali tashqi teshigi va bartoleni bezi chiqaruv yo'llarining holati (giperemiya, ajralmalar chiqishi);

e) qizlik pardasi shakli yoki uning qoldiqlari.

❖ Oynalar yordamida tekshirish

Hamshira vazifasi: ayolni ginekologik kresloga yotqizib, kerakli oynalar tayyorlash.

Bosqichlar:

1 – tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish;

2 – oynalar yordamida tekshirish;

3 – qin orqali va bimanual tekshirish.

Shu tartibda tekshirilishi lozim, chunki qo'shimcha travmatizatsiya tufayli eroziya xarakteri o'zgaradi.

Ko'rsatmalar:

1) bachadon bo'yni va qinning kasalliklari: eroziya, polip, leykoplakiya, bachadon bo'yni raki, kolpit, servisit, tuberkullov yara, travmalar va boshqalar.

2) qizlarda tekshirish o'tkazilmaydi.

Qin oynalari turlari: a) silindrik, b) darchali-Kusko; c) qo'shiqsimon (plastinkasimon) silindrik oynalar kam ishlatiladi, bachadon bo'yni kasalliklarini davolashda ishlatiladigan dori moddalaridan qin devorini izolatsiya qilish maqsadida qo'llaniladi. Darchali (o'zini ushlab turuvchi) oynalar ambulator amaliyotda va assistent bo'lmaganda foydalanilib, berk holatda qin gumbaziga kiritilib, darchalari ochilganda bachadon bo'yni ochiladi. Oynani qindan asta-sekin chiqarilganda qin devorlari ko'rinadi.

Bachadon bo'yni va qin devorlarini ko'rish uchun eng qulay qo'shiqsimon oynalardir. Oyna yordamida oraliqni orqaga itarib, qinning orqa devori bo'ylab kiritiladi, so'ngra unga parallel ravishda yassi ko'targich kiritilib, qinning oldingi devori yuqoriga ko'tariladi. Bachadon bo'ynini yaxshiroq ko'rish uchun yassi plastinkasimon oynalar ham kiritilishi mumkin.

QIN OYNALARI



Bunda aniqlanadi:

- 1) bachadon bo'yni va qin shilliq pardasining rangi;
- 2) sekret xarakteri;
- 3) barmoq orqali tekshirishda ko'rinishi va ajralmalar
- 4) bachadon bo'yni shakli va o'lchami.
- 5) patologik jarayonlar (yallig'lanish, travmalar, eroziya, o'sma, oqma va boshqalar.)

❖ Qin orqali (ichki) tekshirish

Qin orqali tekshirish o'ng qo'l ko'rsatkich va o'rta barmoqlar yordamida, lekin qin torligi (gipoplaziya, yoshga bog'liq atrofiya, tug'magan ayollar)da faqat 1 barmoq bilan tekshiriladi. Barmoqni kiritishdan oldin vulvani dezinfeksiyalovchi eritmalar ho'llangan tampon yoki steril paxta bilan artiladi. Chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmog'i bilan jinsiy lablar bir-biridan uzoqlashtiriladi.

Ko'rsatkich va o'rta barmoq qinga kiritilib, bosh barmoq simfizga, IV—V barmoqlar kaftga bukilib asosiy falangalar tashqi tomoni oraliqqa taqalib turadi.

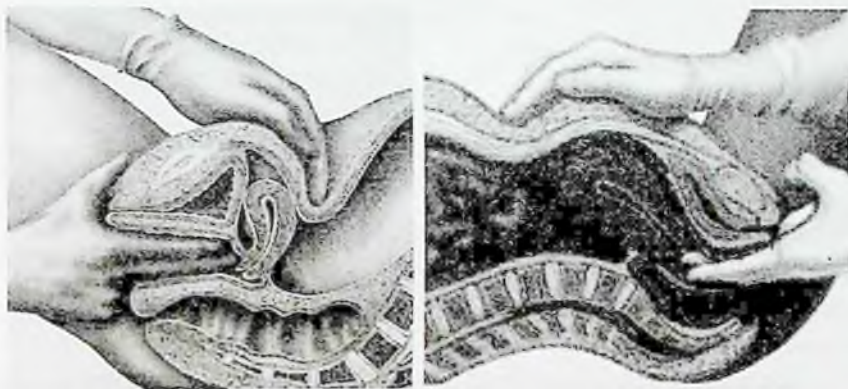


1. Oraliq sohasidagi mushaklar holati (kuchsizlanishi, atrofiya yoki gipotrofiya).
2. Vestibular bezlarning joylashuvi (kista, yallig'lanish va boshqalar.).
3. Qin oldingi devori orqali uretra paypaslanadi (yallig'lanish, og'riq, zichlashishi).

4. Qinning hajmi, burmalari, cho'zilishi, patologik jarayonlar (infiltrat, chandiq, stenoz, o'sma, rivojlanish nuqsonlari). Qin gumbazining chuqurligi, qattiqchanligi, og'riqligi (bachadon ortiqlari, chanoq pardasi va klechatkaning yallig'lanishida qin gumbazi og'riqli, rigidlashgan, bo'rtib, chiqqan; gipoplaziya va qarilik atrofiyasida qin gumbazi tekislangan).

❖ Bimanual (vagino-abdominal) tekshirish

Bunda o'ng qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmoqlari qin gumbaziga kiritilib, bachadon bo'yni orqaga siljiriladi. Chap qo'l kafti qorin devori orqali bachadon tanasi paypaslanganda aniqlanadi:



1. Bachadon holati: egilgan (versio), bukilgan (flexio), gorizonttal o'q bo'ylab siljigan (positio), vertikal o'q bo'ylab siljigan (elevatio, descensus, prolapsus).

2. Bachadon o'lchamlari: normal, kichraygan (gipoplaziya, atrofiya) kattalashgan (homiladorlik, mioma va boshqalar).

3. Bachadon shakli: normal (noksimon, tekislangan), dumaloq (homiladorlik), noto'g'ri (o'sma, rivojlanish anomaliyalari).

4. Konsistensiyasi: odatdagi, yumshoq (homiladorlik, fluktuatsiyalovchi gematometr, piometr), qattiq (mioma).

5. Harakatchanligi: normal, chegaralangan yoki yo'qolgan (o'sma, chandiq), o'ta harakatchan (bachadon tushishi).

6. Og'riqligi (yallig'lanish, mioma tugunlaridagi ikkilamchi o'zgarishlar).

Keyin tashqi va ichki barmoqlar bachadon burchagidan chanoq yon devorlariga o'tkazilib, bachadon nayi ($N =$ paypaslanmaydi), tuxumdon, bachadon boylamlari ($N =$ paypaslanmaydi), chanoq, pardasi va kletchatkadagi patologik o'zgarishlar aniqlanadi.



REKTO – ABDOMINAL TEKSHIRISH

❖ Bachadonni zondlash

Ko'rsatma: diagnostik (bachadon holati, o'lchami, bo'ynining uzunligi, bo'yin kanali o'tkazuvchanligi stenoz, atreziya va b); davolash (bachadon shilliq pardasini qirish, qin orqali kesarcha kesish) maqsadida.

Texnikasi: statsionar sharoitda aseptika va antiseptika rioya qilingan holda qinga oyna kiritib, pulevoy qisqich bilan bachadon bo'ynining oldingi labi ushlanadi. Bachadon antifleksiyasida metall zond tugmachasi oldinga retrofleksiyada orqaga yo'nalishda bachadon bo'shlig'i va bo'yin kanaliga kiritiladi.

❖ Bachadon shilliq pardasini qirish

Ko'rsatma: diagnostik (xavfli o'sma, endometriy sili, polipoz, hayz siklining buzilish sabablari), davolash (xirurgik gemostaz) maqsadida.

Kerakli asboblari:

- 1) qoshiqsimon qin oynalari;
- 2) pulevoy qisqich;
- 3) bachadon zondi;
- 4) kengaytirgichlar.



5) qoshiqchalar (kyuretka) qirish uchun.

Texnikasi: qin oynalari kiritilgach, bachadon bo'yni oldingi labida pulevoy qisqich qo'yilib, qinning orqa-yon gumbaziga 0,25% li 80–100 ml novakain bilan anesteziya qilinadi. Zondlash orqali bachadon holati va bo'shlig'ining uzunligi aniqlanib, bachadon bo'yin kanali kengaytiriladi. (№ 24, № 26) kengaytirgichlar bilan antefleksiya, refleksiyani inobatga olib, so'ngra kyuretkani bachadon bo'shlig'iga kiritib, bachadon tubidan, orqa, yon old devorlaridan ichki zevgacha qirib olinadi. Qirmani likopchaga solib, ko'zdan kechirib, etiketasiga bemor F.I.O yozilib, 5% li formalin yoki 96% li spirt eritmasiga qirmani solib, laboratoriyaga gistologik tekshirish uchun yuboriladi.

❖ Pertubatsiya (bachadon naylariga havo yuborish)

Ko'rsatma: diagnostik maqsadda bachadon nayining o'tkazuvchanligini tekshirish, ayniqsa, bepustlikda.

Texnikasi: maxsus apparatura yordamida bachadon bo'shlig'iga 150 mm simob ustunidagi bosimda havo yuborib, monometrda kuzatiladi. Bachadon nayi o'tkazuvchanligining simptomlari;

- A) qov ustida auskultatsiyada shovqin eshutilishi;
- B) manometrda strelka pasayadi;
- C) frenikus — simptom paydo bo'lishi mumkin.

❖ Gidrotubatsiya va pertubatsiya

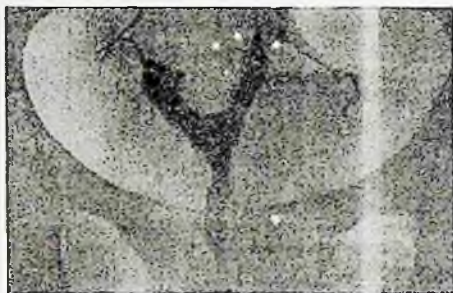
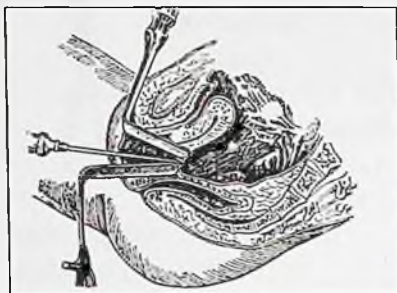
Ko'rsatma: diagnostik va davolash maqsadida.

Bachadon nayiga steril eritmalar (novakainli fiziologik eritma, antibakterial preparatlar va b.) yuboriladi. Pertubatsiyada havo apparat yordamida 150–180 mm simob ustunida yuboriladi. Agar buzilgan bo'lsa, monometrda strelka ko'rariladi.

RENTGENOKONTRAST TEKSHIRISH USULLARI

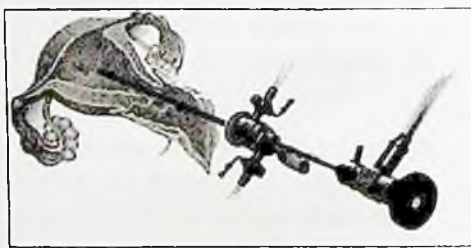
❖ Gisterosalpingografiya

Ko'rsatma: bachadon nayi o'tkazuvchanligi qaysi qismida (am-pular, istmik interstisial) bekilganligiga asosanib, bepustlikning xirurgik taktikasi tanlanadi. Kontrastrentgentgrafiya patologik o'zgarishlarni ko'rsatadi. (Submikozi mioma, bachadon rivojlanishi nuqsonlari va sinexiya va b.)



Texnikasi: bachadon bo'shlig'iga uning nakonechnigi orqali shprints yordamida 2–5 ml (bachadon o'lchamiga mos) kontrast modda: yodotrast, yodolipol, yoki suvli eritmalar (diodon, diodrast, kardiostast va b.) yuborilib, bemorning gorizontol holatida rentgenografiya qilinadi (shubha tug'ilsa, 24 soatdan keyin qayta rentgenografiya bajariladi).

Agar naylar o'tkazuvchan bo'lsa, kontrast modda qorin bo'shlig'i (kichik chanoq)da aniqlanadi. Submukoz miomatoz tugunchalari yoki polip sohasida «to'lishish deffekti» aniqlanadi.



Eslatma: hayz siklidan 8–10 kun o'tgach, yoki hayz siklining 2-fazasida metrosalpingografiya qilinadi.

Qarshi ko'rsatmalar: o'tkir va o'tkir osti yallig'lanish kasalliklari, gonoreyali endometrit, eroziya, bachadon ichi va tashqari homiladorlik, bachadon shilliq pardasini qirgandan keyin bajarilmaydi.

❖ Endoskopik tekshirish usullari

Kolposkopiya — shtativga fiksatsiyalangan va yorituvchi moslamali binokular yoki monokular lupa bo'lib, tekshiriladigan sohani 10–30 marta kattalashtiradi. **Ko'rsatma:** bachadon bo'yni va qindagi o'sma, eroziya, leykoplakiya, kandelomatoz hosilalar va boshqalar, shuningdek, bolalardagi bachadon bo'yni va qindagi yallig'lanishli o'zgarishlar. Qiz bolalarda bachadon bo'yni va qinni qizlik pardasidagi teshik orqali ingichka kateter ko'rinishida vaginoskop kiritish orqali tekshiriladi.

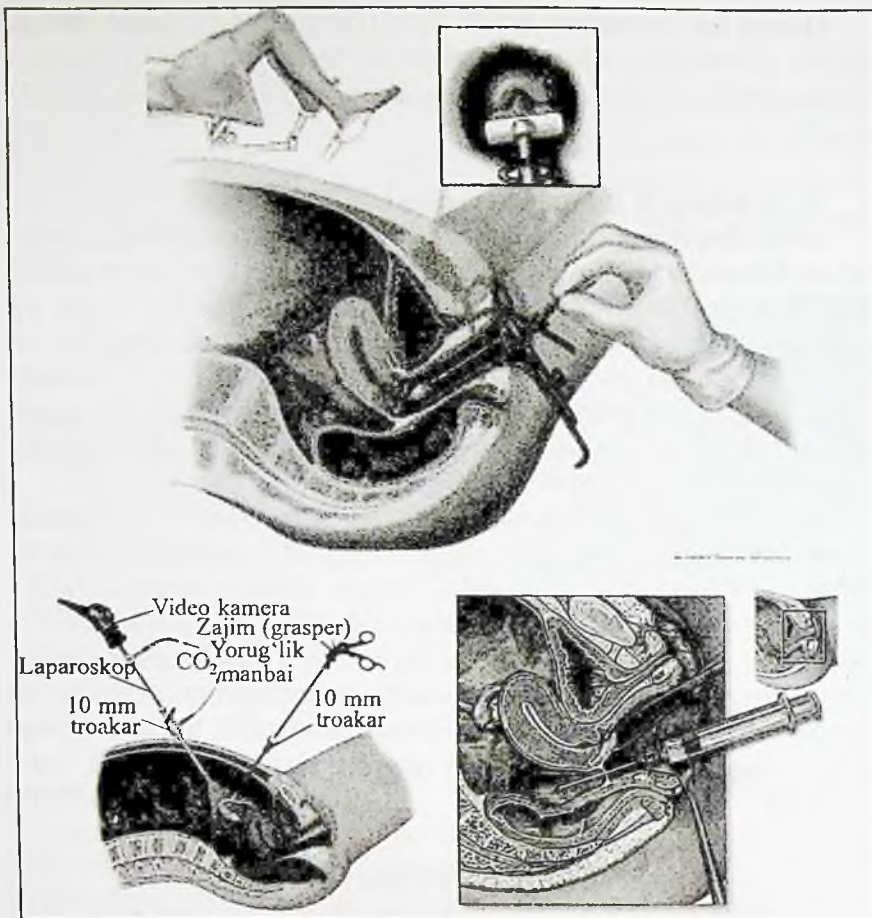
Kuldoskopiya — ayol chalqancha yotqizilib, oyog'i son-choroq va tizza bo'g'imida bukilib, tashqi jinsiy organlar dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artilib, bachadon bo'yni oynalar bilan ochilib, qisqichlar qo'yilgach, qinning orqa gumbazi 0,25% novakain eritmasi bilan anesteziya qilinadi. Keyin bemorni tizza tirsak holatiga o'tkazilib, oynalar yordamida qinning orqa gumbazi ochiladi va biroz kesilib, troakar orqali loparoskop o'rnatilib, bachadonning orqa yuzasi, tuxumdon va naylar hamda ulardagi patologik o'zgarishlar aniqlanadi.

SITOLOGIK TEKSHIRISH

Qindan olingan saqlanmani buyum oynasiga olib, efir spirtli aralashmasi bilan fiksatsiya qilinib, gemotoksimin (15 min), 1% eozinning suvli eritmasi bilan 2–3 minut bo'yaladi va quritiladi. Mikroskop ostida ko'rganda aniqlanadi:

1. Shoxlanuvchi hujayralar katta o'lchamli, protoplazmasi kuchsiz bo'yalib, piknotik yadrosi bo'ladi. Bu tipdagi hujayralar tuxumdon siklining follikular fazasiga xarakterli.

2. Oraliq hujayralar o'rta o'lchamli, yadrosi shoxlanuvchi hujayralarga nisbatan katta. Hayz siklining barcha fazalarida, ayniqsa, lyutein fazada kuzatiladi.



3. Bazal yoki atrofik hujayralar kichik o'lchamli yadrosi oraliq hujayraga nisbatan katta bo'lib, menopauza davrida va tuxumdonlarning yaqqol gipofunksiyasida kuzatiladi.

Sitologik reksiylarning quyidagi tiplari bo'ladi:

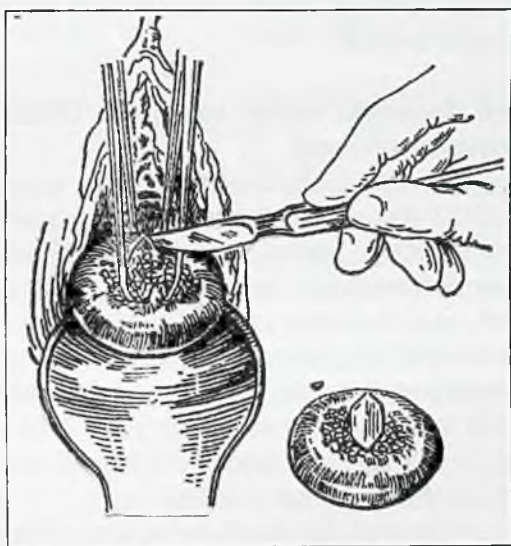
I reaksiya — surtmada bazal (atrofik) hujayralar va leykositlar bo'lib, esterogen gormonlarining keskin yetishmovchiligi bilan xarakterlanadi.

II reaksiya — bazal oraliq hujayralar va leykositlar bo'lib, esterogenlarning ma'lum darajada yetishmasligi bilan xarakterlanadi.

III reaksiya — oraliq hujayralar ustunlik qilib, 1–2 bazal va parabazal hujayralar bo‘lib, biroz esterogen yetishmasligi bilan ifodalanadi.

IV reaksiya — shoxlanuvchi va oraliq hujayralar bor, bazal hujayralar va leykositlar yo‘q — bu tuxumdon esterogen funksiyasi yaxshiligidan dalolat beradi. Bunda shoxlanuvchi va oraliq hujayralar orasidagi nisbat **KPI** kariopiknotik indeks deyilib, hayz siklining normal fazalarida turli % larda bo‘ladi. Shuningdek, hayz sikli buzilishini ham ko‘rsatadi.

«**Qorachiq fenomeni**» tuxumdon siklining follikular fazasida bachadon bo‘yin kanali bezlari shilliq, tiniq sekret bezlari ishlab chiqaradi. Uning miqdori ovulatsiya fazasida eng cho‘qqiga ko‘tarilib, bachadon bo‘yin kanalining tashqi teshigi 0,25–0,3 sm diametrgacha kengayadi. Qin oynalari yordamida bachadon bo‘yni ochilganda, kanalning kengaygan teshigi «qorachiq»ni eslatadi. Lyutein fazada «qorachiq» fenomeni yo‘qoladi. Homiladorlikning 1-yarmida bu fenomen bo‘lmaydi (sariq tana progressiyasi tufayli) follikula persistensiyasida esa yaqqol ifodalaniladi.



SITOLOGIK MATERIAL OLISH

KRISTALIZATSIYA (ARBORIZATSIYA) SIMPTOMI

Kristallizatsiya (arborizatsiya) simptomi — bachadon bo'ynining shilliq sekreti buyum oynasiga 2–3 tomchi olinib, havoda 10–15 minut quritilgach, fiziologik eritmadan tomizilib, mikroskop ostida ko'riladi. Qurish paytida NaCl + mutsin o'zaro ta'siri yuzaga keladi. Kristallizatsiya fenomeni follikular fazaning 5–7 kundan boshlanib, ovulatsiyada eng cho'qqiga yetadi. Shu vaqtda surtma paporotnik bargini eslatadi. Lyutein fazada esa barg elementlari radial yoki xochsimon joylashadi. Bu reksiya minstrual va germinativ funksiyani aniqlash va davolashda ishlatiladi.

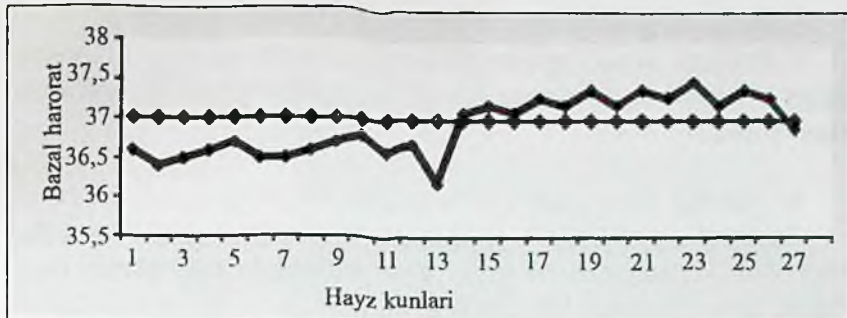
Bazal (rektal) temperaturani o'lchash individual termometr yordamida uyqudan keyin yoki tinch holatda amalga oshiriladi. Normal hayz sikli follikular fazada $t=37^{\circ}\text{C}$ dan past ovulatsiyadan oldin biroz pasayib, lyutein fazada $0,4-0,6^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi, hayz siklidan 1–2 kun oldin t yana pasayadi. Bu 2 fazali harorat tuxumdon siklida follikular va lyutein fazaning ketma-ketligini ko'rsatadi. Anovulator (I fazali) siklda harorat egriligi monoton xarakterda bo'ladi.

❖ **Funksional diagnostik testlar bajarishda OMH roli**

❖ **Bazal haroratni o'lchash**

Maqsad: tuxumdonlar faoliyatini aniqlash.

1. Mazkur testni o'tkazish to'g'risida ayolga tushuntiriladi.
2. Ikkita termometr va yozuv daftarchasi bo'lishi kerak.
3. Ayol yozuv daftarchasiga kalendar kuni, hayz kuni, to'g'ri ichakdagi harorat, tana harorati va eslatmani yozadi.
4. Ayolga tushuntiriladi, harorat erta tongda uyqudan uyg'on-gach, bitta termometrga vazelin surtib, to'g'ri ichakka 2–3 sm chuqurlikda, ikkinchisini qo'ltiq ostiga qo'yib o'lchanadi.
5. Haroratni 7–10 daqiqa davomida o'lchanadi, har bir termometr ko'rsatkichi alohida qatorga yoziladi.
6. Odatda, bazal harorat ikki fazali, ya'ni hayz siklining birinchi yarmida 37 gradusgacha, ikkinchi yarmida esa 37 gradusdan baland bo'ladi. Ular orasidagi farq $0,4$ gradusdan kam bo'lmasligi lozim.



❖ «Qorachiq» simptomini aniqlash

Maqsad: organizmning estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda yotadi.

2. Tekshiruv hayz siklining 10–13–14 va 17-kunlarida o'tkaziladi.

3. Ko'rish uchun qin ko'zgulari qo'llaniladi. Bachadon bo'yini ko'rish uchun qinga ko'zgular kiritiladi.

4. Bachadon bo'yini hayz siklining o'rtasida ko'rilganda, organizmda estrogenlar bilan to'yingan bo'lsa, tashqi bo'g'izni biroz ochilib, «qorachiq» ko'riladi.

5. Qorachiq simptomi dinamikada ko'rilib quyidagicha belginadi: +, ++, +++, +++++

❖ Bachadon bo'yni shillig'i cho'ziluvchanligini va «qirqbo'g'im» simptomini aniqlash

Maqsad: organizmning estrogenlar bilan to'yinganligini aniqlash.

1. Ayol ginekologik kresloda oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukilgan holatda yotadi.

2. Muolaja qin ko'zgulari va pinset yordamida o'tkaziladi.

3. Shilliqni cho'ziluvchanligini aniqlash uchun pinset yordamida shilliq olinib, u cho'zib ko'riladi.

4. Hayz siklining kunlariga ko'ra, shilliqning cho'ziluvchanligi 2–3 sm dan 8–10 sm gacha bo'ladi. Bu organizmda estrogenlar miqdori yetarli ekanligidan dalolat beradi.

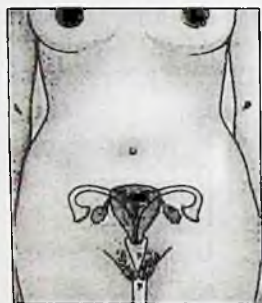
5. Shilliqning cho'zilmasligi estrogenlar yetishmasligidan dalolat beradi.

6. Shilliqning ko'p cho'zilishi hayz o'rtasida kuzatiladi.

7. Shilliqni oynachaga surtib quritilsa, xuddi qirqbo'g'im o'simligiga o'xshash rasm yuzaga keladi, bu «qirqbo'g'im» (paporotnik) simptomidir.

❖ Normal hayz sikli

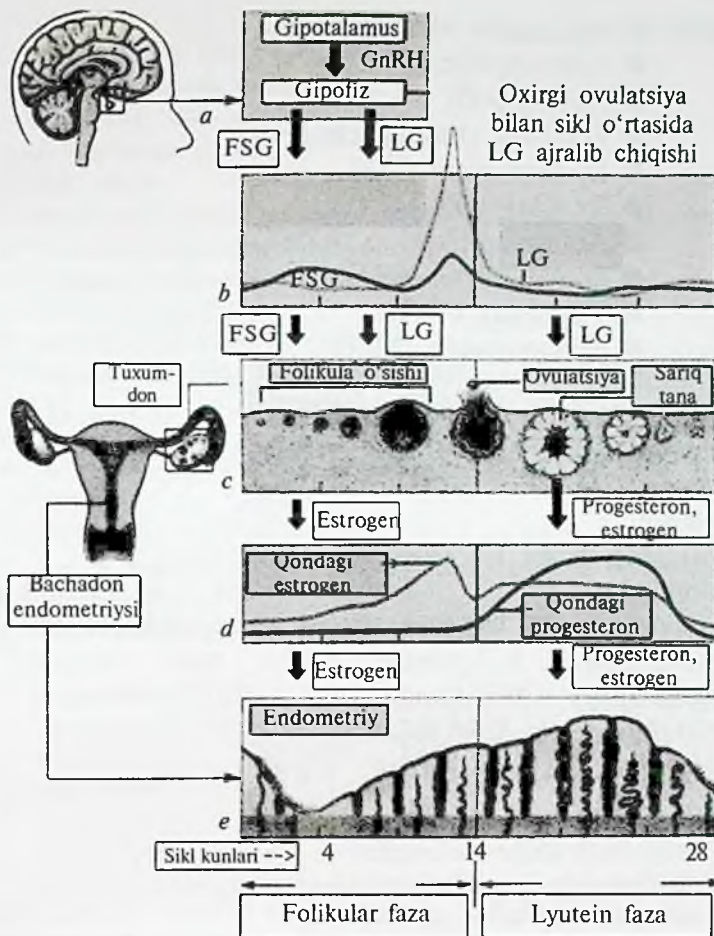
Bu ayol organizmida murakkab biologik o'zgarishlar bilan kechuvchi, garmonlar ta'sirida davriy ravishda takrorlanib turadigan, jarayonlardan biri hisoblanadi.



Ayollar balog'at, ya'ni yetuklik davri davomida hayz ko'radi. Hayz vaqtida 50–100 ml qon yo'qoladi, bu qon ishqor reaksiyasi bo'lib, shilimshiq modda qo'shilgan, quyqasiz, o'ziga xos hidli bo'lib, deyarli quyilmaydi. 60% ayollarda hayz ko'rish sikli 28 kunni, 10–12% da 30–35 kunni, 28% da 21 kunni tashkil etadi. Normaponik – 28 kun (60%), anti-ponik – 21–23 kun (28%), postponik – 31–35 kun (12%).

Normada ayol balog'at yoshigacha, homiladorlikda, laktatsiya davrida va klimakterik davrda hayz ko'rmaydi.

Hayz siklining sabablari: organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruhiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy a'zodagi o'smalar va hokazo. Etiologik omillar ichida, ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus – gipofiz – tuxumdon sistemasining turli qismlariga ta'sir ko'rsatishi oqibatida disfunktsional qon ketishi ro'y berishi mumkin. Fiziologik holatda hayz siklini boshqarishda bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu a'zolar o'zaro bog'liqdir.



❖ Hayz sikli boshqarilishi

Gipotalamusdan quyidagilar ishtirok etadi:

Liberinlar (6)

(stimullovchi)

Kortikoliberin

Somatoliberin

Melanoliberin

Gonadotropin

Prolaktoliberin

Statinlar (3)

(tormozlovchi)

Melanostatin

Somatostatin

Prolaktostatin

Gipofizda quyidagilar ishtirok etadi:

- Adenogipofiz (7)
- Neyrogipofiz
- Follekula stimullovi (FSG)
- Lyuteinlovchi (LG)
- Prolaktin (PG)
- Adrenokortikotrop (AKTG)
- Somatotropin (STG)
- Tirotropin (TTG)
- Melanotropin (MSG)

Tuxumdonan:

Esterogenlar:

- estradiol
- estron
- estriol

Gestogenlar:

progesteron

Androgenlar:

testosteron

Tuxumdon fazasi 3 bosqichdan iborat:

1-Follikular faza

2-Ovulator faza

3-Lyutein faza

Normal hayz sikli bachadon fazasi 4 bosqichdan iborat:

Deskvamatsiya 2–3-kunlar

Regeneratsiya 2–5-kunlar

Proliferatsiya 4–14-kunlar

Sekretsia 15–28-kunlar

Mavzu bo'yicha savollar

1. Tashqi jinsiy a'zolar anatomiyasi?
2. Ichki jinsiy a'zolar anatomiyasi?
3. Chanoq tubi muskullari qaysilar?
4. Ginekologiyada asosiy tekshirish metodlari va ularning ahamiyati nimadan iborat?
5. Instrumental tekshirish usullari va ularning bajarilish texnikasini ayting.
6. KPI nima?
7. «Qorachiq» simptomini izohlang.

Vaziyatli masala

Ginekologiya bo'limiga ayol jinsiy yo'llaridan ajralma ajralishi, qorin pastida, belda og'riqdan shikoyat qilib keldi. 1 ta tuqqan, 1 ta abort qilgan.

Qanday tekshirish usullari o'tkaziladi?

Sizning taktikangiz?

Test:

1. *Bartolin bezlari qayerda joylashgan?*

- a) *katta jinsiy lablar ichida;
- b) kichik jinsiy lablar ichida;
- c) qinning kirish qismida;
- d) klitor ustida.

2. *Gisterosalpingografiya quyidagini aniqlashda ma'lumot bera olmaydi:*

- a) *tuxumdonlar gipofunksiyasini;
- b) bachadon rivojlanishining nuqsonlarini;
- c) endometriozni;
- d) bachadon naylarining bitib ketishi.

3. *Sitologik tekshiruvda nechta reaksiya aniqlanadi:*

- a) 3 ta; c) *4 ta;
- b) 5 ta; d) 7 ta.

4. *Gisterosalpingografiyada qaysi kontrast modda ishlatiladi?*

- a) *yodolipol; c) trental;
- b) kordiamin; d) korvalol.

5. *Davolash maqsadidagi gidrotubatsiyada qaysi dori preparatlari ishlatilmaydi?*

- a) *kalsiy xlorid;
- b) lidaza 64ED;
- c) pennisillin 1 mln;
- d) gidrokartizon 50 mln.

6. *Naylar o'tkazuvchanligida manometrda bosim ...*

- a) *tushadi;
- b) o'zgarmaydi;
- c) ko'tariladi;
- d) tekshirilmaydi.

7. *Bachadon naylari o'tkazuvchanligini aniqlash uchun qaysi diagnostik metod qo'llaniladi?*

- a) *gisterosalpingografiya;
- b) qin surtmasini tekshirish;
- c) kichik chanoq organlarini rentgenogramma qilish;
- d) laporoskopiya.

8. *Bachadon o'z fiziologik holatini(anteflexio) qachon egallaydi?*

- a) *12-13 yoshda;
- b) 15-16 yoshda;
- c) 20-21 yoshda;
- d) homiladorlik paytida.

II. HAYZ SIKLI BUZILISHLARI

Hayz sikli buzilishining sabablari juda ko'p. Kasallik polietio-logikdir. Ayrim sabablari: organizmning yoshiga bog'liq bo'lgan omillar, ruhiy holatlar, oilada va ishda bo'ladigan ko'ngilsiz voqealar, periferik endokrin bezlar faoliyatining buzilishi, o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlari, jinsiy a'zolaridagi o'smalar va hokazo. Etiologik omillar ichida, ayniqsa, qizlarning jinsiy rivojlanish davrida boshlaridan kechirgan yuqumli kasalliklarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Endogen va ekzogen omillar hayz siklini boshqaruvchi gipotalamus — gipofiz — tuxumdon sistemasining turli qismlariga ta'sir ko'rsatishi oqibatida disfunk-sional qon ketishi ro'y berishi mumkin. Fiziologik holatda hayz siklini boshqarishda bosh miya po'stlog'i, gipotalamus, gipofiz, tuxumdon va bachadonning ahamiyati katta. Bu a'zolar o'zaro bog'liqdir. V.T. Vogralik (1973) ning izohlashicha, organizmdagi gormonal sistema faoliyatini boshqarishning buzilishiga quyidagi holatlar sabab bo'ladi:

1. Endokrin bezlardan birining neyro-gormonal (gipotalamus — gipofiz) omillar ta'sirida faoliyati buziladi.
2. Infeksiya, intoksikatsiya, jarohatlar, o'smalar tufayli bir yoki bir necha bezlar faoliyatining yetarli bo'lmasligi.
3. Ayrim ma'lum bezlarda gormonlarning vujudga kelishida fermentlar stimulatsiyasining yetarli bo'lmasligi.
4. Biron bir gormonning organizmning kerakli joyiga yetib bormasligi.
5. Gormonlarning ta'sir qilish sharoitining buzilishi.
6. Ba'zi bir gormonlarning ta'sir qilish faolligining buzilishi.

HAYZ SIKLI BUZILISHINING TASNIFI

Hayz sikli buzilishining quyidagicha turlari mavjud:
Amenoreya – 3 oy mobaynida hayz sikli bo'lmashligi.

Davriy o'zgarishlari

Hayz kuchi va davomiyligining «+» belgisi ostida o'zgarishi:

- a) gipermenoreya – hayz qonining ko'p miqdorda kelishi;
- b) polimenoreya – hayzning 7 kun va undan ortiq davom etishi;
- c) giperpolimenoreya – uzoq vaqt davomida va ko'p miqdorda qon kelishi (menorragiya).

«-» belgisi ostida o'zgarishi:

- a) gipomenoreya – hayzda ajraladigan qon miqdori kam bo'lishi;
- b) oligomenoreya – hayz muddati qisqa davom qilib, 2 kundan kam bo'ladi;
- c) gipopolimenoreya – qisqa muddat va kam miqdorda qon kelishi.

❖ Hayz tipi va ritmi bo'yicha o'zgarishlar

I. Turi:

- a) opsomenoreya – hayzning juda kam bo'lishi (6–8 haftada 1 marta);
- b) sponiomenoreya – hayz siklining juda uzoq davom etishi (1 yilda 9–4 marta);
- c) proyomenoreya – qisqargan hayz siklining tez-tez bo'lishi (2/3–1,5–2 haftada).

II. Anovulator disfunktsional qon ketish:

anovulatsiya bo'lgan proliferatsiya fazasi esterogen ko'pligi sababli uzoq vaqt davom etadi, esterogen kamayishi bachadondan qon ketishiga olib keladi.

III. Algodismenoreya – hayzning og'riqli bo'lishi:

- a) algomenoreya – hayz vaqtida jinsiy a'zolarda og'riq paydo bo'ladi;
- b) dismenoreya – hayz davrida organizmdagi turli o'zgarishlari (bosh og'rig'i, ishtaha buzilishi, ko'ngil aynishi);
- c) algodismenoreya – umumiy va mahalliy belgilarning birgalikda uchrashi.

IV. Bachadondan asiklik qon ketishi:
metrorragiya — hayzga bog'liq bo'lmagan qon ketishi.

AMENOREYA

3 oy davomida hayz bo'lmasligi mustaqil kasallik bo'lmasdan, bir qancha kasalliklarning mahalliy va umumiy belgisi hisoblanadi. Amenoreyaning quyidagi turlari bor:

1. Soxta amenoreya — tuxumdon va boshqa a'zolarida o'zgarishlar bo'lib, bu xil amenoreya, ko'pincha, mahalliy sabablarga bog'liq: qizlik pardasi butunligi, qin atrofiyasi, bachadon bo'yni kanali atreziyasi sababli yuz berishi mumkin. Bunda qon qinga, bachadon bo'yniga va naylarga to'planib qoladi.

2. Chin amenoreya — hayz sikli boshqaruvining 5 halqasidan birida sezilarli o'zgarishlar bo'lganda yuzaga keladi va shunga bog'liq holda jinsiy gormonlar ishlab chiqarish davriyligi buziladi va hayz ko'rilmaydi.

3. Fiziologik amenoreya — bu holda ayol organizmidagi ayrim fiziologik holatlar sababli hayz bo'lmaydi:

- bolalik davrida;
- homiladorlik davrida;
- laktatsiya davrida;
- menopauza davrida.

4. Patologik amenoreya — ayol organizmida kechayotgan patologik holatlarda hayzning bo'lmasligi.

- Birlamchi — hayzning bolalik davridan boshlab kelmasligi.
- Ikkilamchi — hayzning avvaliga kelib, so'ngra ayrim sabablarga ko'ra to'xtab qolishi. Bizga ma'lumki, hayz siklining boshqarilishida 5 halqa ishtirok etadi: po'stloq-gipotalamus-gipofiz-tuxumdon-bachadon. Mana shu halqalardan birortasining buzilishi amenoreyaga olib keladi va uning quyidagi shakllari bo'ladi:

- gipotalamik amenoreya;
- gipofizar amenoreya;
- tuxumdon amenoreyasi;
- bachadon amenoreyasi.

AMENOREYA SABABLARI

– gormonal buzilishlar – tuxumdon, gipofiz va boshqa a'zolarining zararlanishi tufayli yuzaga keladi;

– MNS kasalliklari (shizofreniya, miya o'smalari menin-goensefalit, ruhiy travma);

– o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar;

– surunkali intoksikatsiya (alkogolizm, giyohvandlik);

– alimentar omillar – ochlik, kamqonlik, semizlik;

– ekstragenital kasalliklar: yurak-tomir kasalliklari, jigar kasalliklari;

– bachadon kasalliklari. Endometrit.

Aytilgan sabablarning deyarli barchasi amenoreyaga olib keladi va asosiy kasallikning yakuniy natijasi ko'rinishida bo'ladi. MNSning organik shikastlanishida birlamchi amenoreya kamdan-kam hollarda yuz beradi. Asosiy sabablari: miya o'smalari, surunkali meningo-ensefalit, araxnoidit, surunkali seroz meningit, epidemik ensefalit.

Psixogen amenoreya ham uchrab, u qattiq hayajonlanish (stress), ruhiy va fiziologik charchash tufayli ham yuzaga keladi.

Gipotalamik amenoreya, bunda, asosan, miyaning do'nglik osti sohasida patologik o'zgarishlar bo'ladi. Sababi – ruhiy travma, ochlik, neyroinfeksiya va boshqalar.

Gipotalamik amenoreya, ko'pincha, funksional tabiatli bo'ladi:

- ruhiy (psixogen);
- Kiari-Frommel sindromi;
- «soxta homiladorlik»;
- «asabdan bo'ladigan» anoreksiya; (ruhiy anoreksiya);
- turli infeksiyon kasalliklar va zaharlanish tufayli yuzaga kelgan amenoreya.

❖ KLINIKASI:

Gipotalamik amenoreya paydo bo'lishidan avval quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

– vegetotomir va moddalar almashinuvi buzilishlari, tomir krizlari, AQB assimmetriyasi;

- hushdan ketish holatlari;
- yurak aritmiyasi;
- keyinchalik esa yog‘ va suv-tuz almashinuvi buzilishlari tufayli gipotalamik tipdagi xomsemizlik.

DIAGNOSTIKA

1. Bazal harorat monofazali menstrual sikllar.
2. Qin surtmasida esterogenning to‘yinishi kamaygan.
3. FSGning keskin pasayishi yoki umuman yo‘qligi tufayli esterogen gormonlar ajralishi kamayadi.
4. Diagnostik maqsadda, o‘smanni inkor etish uchun bosh miya turk egari sohasi rentgenografiya qilinadi.
5. Jinsiy gormonlarning ekskretsiya sathi aniqlanadi.

Gipofizar amenoreya adenogipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Uni 2 guruhga bo‘lish mumkin.

1. Adenogipofiz to‘qimasining nekrotik o‘zgarishi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:

- Shixan sindromi – tug‘ruqdan keyingi gipopituitarizm;
 - Simmonds kasalligi – gipofizar kaxeksiya.
2. Gipofiz o‘smasi tufayli yuzaga kelgan amenoreya:
- Isenko-Kushing kasalligi;
 - Akromegaliya.

3. Dipozogenital distrofiya – homiladorlikdagi toksoplazmoz yoshligida va jinsiy rivojlanish davridagi infeksiyon kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bunda kuzatiladigan belgilar: semizlik, suyaklardagi nuqsonlar, jinsiy a‘zolar gipoplaziyasi, amenoreya.

4. Laurens-Munn-Bidl sindromida yuqoridagi belgilar kuzatiladi, bundan tashqari, pakanalik va bir qancha rivojlanish nuqsonlari kuzatiladi.

5. Xende-Myuller-Krischen kasalligi – bu ham gipotalamo-gipofizning organik shikastlanishi tufayli yuzaga kelib, bunda pakanalik, jinsiy infantilizm, osteoporozi, qandshuqand diabet, endoof-talmoz belgilari kuzatiladi.

Tuxumdon amenoreyasi, asosan, genetik o‘zgarishlar bilan bog‘liq va tuxumdon faoliyatining o‘zgarishi tufayli yuzaga keladi.

Gonadalar faoliyati buzilishining turlari:

1. Gonadalar disgeneziyasi.
2. Testikular feminizatsiya.
3. Tuxumdonlar birlamchi gipofunksiyasi.

Gonadalar disgeneziyasi (Turner-Shereshevskiy sindromi) – tuxumdon to'qimasining birlamchi tug'ma rivojlanmasligi. Xromosomalar to'liq emas – 45 X 0 bo'ladi, jinsiy xromatin 10% kamaygan, jinsiy a'zolar rivojlanmagan, ayolning bo'yi past, suyaklar osteoporozi va boshqalar kuzatiladi.

Testikular feminizatsiya – ayollar fenotipiga mos, lekin gonadalar va genetik jihatdan jinsi erkak xromosomalar o'zgargan, erkaklar gonadasi ko'p miqdorda esterogenlar ishlab chiqaradi. Klinik belgilari: tashqi jinsiy a'zolari sust rivojlangan, bachadon va uning ortiqchali ba'zan bo'lmaydi, birlamchi amenoreya, sut bezlarining ortiqcha rivojlanishi, bepustlik. Bu holda gonadalarining «xavfli» o'smaga aylanish xavfi bor.

Tuxumdonlarning birlamchi gipofunksiyasi. Follikular apparatning shikastlanishi homilaning ona qornidagi davrida (toksikozlar, homiladorlik asoratlari, tuberkuloz va boshqalar), turli o'smalarning mavjudligi tufayli bo'lishi mumkin.

Bu umumiy yoki jinsiy infantillikka olib keladi: bo'ychanlik, bachadon bo'yni konussimon, bachadon giperantifleksiyasi, chanoq torligi. Gipofizning gonadotrop gormonlar ishlab chiqarishi kuchaygan.

Tuxumdon amenoreyasi yana quyidagi sababalardan paydo bo'ladi:

- vaqtdan ilgari tuxumdon yetishmovchiligi;
- tuxumdonlar sklerokistozi;
- tuxumdonning androgen ishlab chiqaruvchi o'smalari tufayli yuzaga kelgan amenoreya;
- postkastriasion sindrom.

Bachadon amenoreyasi:

- bachadon jarrohlik yo'li bilan olib tashlanganda;
- sil tufayli yuzaga kelgan endometrit;
- bachadon endometriyiga kimyoviy vositalarning ta'siri tufayli yuzaga kelgan amenoreya (yod, spirt, radioaktiv kobalt).

Klinikasi: umumiy holsizlik, serjahlilik, tez yig'lab yuborish, xotiraning pasayishi, yurakda og'riq, terlash, boshning tez-tez og'rishi va boshqalar.

Davolash, asosan, etiologik, ya'ni shu kasallikni yuzaga keltirgan sabablarni bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Dam olishni to'g'ri yo'lga qo'yish, ratsional ovqatlanish, vaqtida dam olish, uxlash, jismoniy mashqlar qilish, iqlimni o'zgartirish, ayniqsa, maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, ionogalvanizatsiya, sedativ preparatlar, trankvilizatorlar, darmondorilar: A, E, B guruhidagi vitaminlar tayinlanadi. Jinsiy a'zolarining yetishmovchiligi kuzatilsa, gormonal preparatlar, Shixan sindromi, Simmonds kasalligida o'rin bosuvchi vositalar: jinsiy steroidlar, tireoidin, glukokortikoid, AKTG buyuriladi. Tuxumdon amenoreyasida siklik gormonal terapiyadan foydalaniladi. Sil tufayli yuzaga kelgan amenoreya bo'lsa, spetsifik davolash usullari qo'llaniladi.

Buyrak usti bezining tug'ma giperplaziyasida (tug'ma adreno-genital sindrom) po'stloq qismidagi fermentlar yetishmasligi tufayli kortizol sintezi buziladi.

Gipotireoz (triogen nanizm) bo'yning o'smasligi, aqliy jihatdan orqada qolish, suyakdagi o'zgarishlar, amenoreya, jinsiy rivojlanishning kechikishi va boshqalar.

III. BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHLAR. BACHADON MIOMASI. ENDOMETRIOZ

Bachadondan anomal qon ketishlar (BAQK) gipotalamo-gipofizar tizim (GGT) va tuxumdonlarning gormonal aktivligining funksional buzilishi natijasida, reproduktiv sistemada hech qanday anatomik o'zgarishlar bo'lmagan holatda bachadondan disfunktsional qon ketishidir.

Reproduktiv sistemada tuxumdonlar gormonal aktivligi va anatomik o'zgarishlarisiz gipotalamo-gipofizar tizimda (GGT) funksional buzilishlar natijasida bachadondan qon ketishi disfunktsional bachadondan qon ketish deyiladi. Endometriyda morfologik o'zgarishlar natijasida bachadondan anomal qon ketadi. Ovulatsiyaning bo'lishi yoki bo'lmashligiga qarab BAQK ovulator va anovulator turlarga bo'linadi.

Anovulator BAQK asiklik bo'lib, 1,5–6 oy oralig'ida 10 kun davom etadi. Ushbu jarayon jinsiy yetilish davrida va klimakteriyada, ya'ni GGT va jinsiy bezlar funksiyasi shakllanayotgan vaqtda yoki tuxumdonlar funksiyasi pasayganda sodir bo'ladi.

Anovulator BAQK follikulalar persistensiyasi va atreziyasidir.

Persistensiyada follikulalar yetilish bosqichigacha keladi, lekin ovulatsiya sodir bo'lmaydi. Persistirlangan follikul estrogenlarni ko'p miqdorda uzoq vaqt ajratib turadi, bu esa endometriy giperplaziyasiga, keyin esa qon aylanishining buzilishi natijasida uning tartibsiz ko'chishiga va nekroz o'choqlarining paydo bo'lishiga olib keladi.

Follikulalar *atreziyasida* yetilmagan follikulalarning orqaga qaytishi — esterogenlar sekretsiasining pasayishi, bu esa «qaytar holat» qonuniga asosanib gonadotropinlar ajralishiga va yangi follikula o'sishiga olib keladi. Atreziya natijasida follikulalar yetilmay o'lishi follikulalar yetilishi va ovulatsiyaning bo'lishiga yo'l qo'ymaydi.

Ushbu turdagi hayz siklining buzilishi BAQKning hosilalar shakllanishi, yallig'lanish va jinsiy a'zolarning boshqa kasalliklari bilan bog'liqmas guruhiga kiradi.

Yuvenil qon ketish (YUQK). Balog'atga yetish davridagi qizlarda tuxumdonlar funksiyasining buzilishi bilan bog'liq bachadondan qon ketishga juvenil qon ketish deyiladi. YUQK 10% ni tashkil qiladi.

Etiologiya va patogenezi. YUQK rivojlanayotgan organizmga turli xil salbiy ta'sirlarning bo'lishi bilan bog'liq. Bu yomon yashash sharoiti, noto'g'ri ovqatlanish, o'tkir va surunkali infeksiyalar va intoksikatsiyalar, jismoniy va ruhiy zo'riqish, charchash, qo'rquv, cho'chish, bir paytning o'zida psixik o'zgarishlar, doimiy psixik jarohatlar, yurak, o'pka va boshqa a'zolarning patologik holatlari bo'lishi mumkin. Turli kasalliklar va zararli ta'sirlar organizmning adaptatsion imkoniyatlarini pasaytirib, jinsiy a'zolarining faoliyati buzilishiga, shuningdek, gormonal balans va endometriy holatining o'zgarishiga olib keladi.

YUQKga anovulator tipdagi qon ketish xarakterlidir, ya'ni follikulalar ovulatsiya bosqichiga yetmay yetiladi. Follikulalar shakllanadi, lekin yetilmay regressiyaga uchraydi. Atreziyalangan follikulalar eriydi va ularda uzoq vaqt follikular suyuqlik (kistoz atreziya) saqlanadi.

Asta-sekin tuxumdonlarda ko'p atreziyalangan follikulalar to'planadi. Follikulalardagi to'plangan gormonlar endometriydagi proliferatsiya jarayonni stimulatsiya qiladi, shuning uchun giperplaziya sodir bo'ladi, lekin endometriy sekretor transformatsiyasi sodir bo'lmaydi.

Klinikasi. YUQKning klinik belgisi davomiy, ko'p, asiklik qon ketish bilan xarakterlanadi. Qon ketish hayzning 1,5–4 oy to'xtalishidan keyin sodir bo'ladi. Shikoyatlari holsizlikka, ishtahaning yo'qolishi, charchash, bosh og'rig'i, taxikardiya.

Tashxislash. Bemor shikoyatlariga, umumiy ko'rik, rektal tekshiruv, ultratovush tekshiruvi, laborator analiz belgilariga asoslanadi. Pubertat davrda bachadondan qon ketish qon kasalliklari bilan, tuxumdon polikistozi bilan, bachadon miomasi bilan, jinsiy a'zolar yomon sifatli hosilalari bilan qiyoslanadi.

Davolash. YUQK bilan bemorlarni davolash 2 bosqichga bo'linadi:

1-bosqich gemostaz;

2-bosqich qon ketish profilaktikasi.

Birinchi bosqich — *gemostaz usuli* bemor umumiy ahvoli va qon ketish xarakterini inobatga olgan holda tanlanadi. Yaqqol bo'lmagan kamqon bemorlarda (gemoglobin 100 g/l dan kam bo'lmaganda, gematokrit 30% dan ko'p) simptomatik gemostatik terapiya o'tkaziladi. Uterotoniklar (oksitotsin), gemostatik preparatlar (disinon, tremin yoki askorutin) tavsiya etiladi. Simptomatik gemostatik terapiya noeffektiv bo'lsa, gormonal gemostaz o'tkaziladi. Gemostaz uchun esterogenlar: mikrofolin (etinilestradiol) 0,5 mg dan har 2—4 soatda, yoki proginova 2 mg dan qon ketish to'xtaguncha. Sutkasiga 6 tabletkadan ko'payib ketmasligi kerak. Gemostaz, asosan, 24 soat ichida namoyon bo'ladi. Qon ketish to'xtagach, preparat dozasi kuniga 1 tabletkagacha kamaytiriladi va 8—10 kun davom etiladi. Shundan so'ng bir hafta mobaynida gestagenlarga o'tkaziladi. Norkolut kuniga 10 mg dan yoki dyufaston 10 mg 2 mahal 10 kun mobaynida tavsiya etiladi. Shunday siklik terapiya 3—6 oy davom etiladi.

Estrogenlar gemostatik effekti GGT ta'sirini bloklaydi, endometriyda proliferativ jarayonlarni aktivlashtiradi va regeneratsiyani tezlashtiradi.

Gemostatik maqsadda monofaz aralash oral kontraseptivlar AOK qo'llash mumkin (rigevidon, mikrogenon, regulon). Ushbu preparatlarni 1 tabletkadan 2 soatda, ovqatdan so'ng qon ketish to'xtaguncha ichish lozim, lekin 6 tabletkadan oshmasligi kerak. So'ngra dozasi 1 tabletkagacha pasaytiriladi va 21 kun davomda 1 tabletkadan 1 mahal ichiladi.

Birgalikda antianemik preparatlar tavsiya etiladi (temir preparatlari ichishga yoki vena ichiga, vitaminlar B₁₂, B₆, C), shuningdek, uterotoniklar tavsiya etiladi.

YUQKning ikkinchi bosqichi qon ketish retsidivining profilaktikasidan iborat. Profilaktika maqsadida simptomatik va gemostatik davolash fonida gemostazdan so'ng siklik vitaminoterapiya o'tkazish lozim. Hayzning 5-kunidan 15-kunigacha foliy kislotasini

1 tabletkadan 3 mahal kuniga tavsiya etiladi, vitamin B₆ 5% eritmasini 1 ml dan mushak orasiga, vitamin E 300 mg dan kunora tavsiya etilishi lozim. 16-kundan 26-kungacha askorbin kislotasi 0,05 g 2–3 mahal kuniga, vitamin B₁ 5% eritmasini 1 ml mushak orasiga tavsiya etiladi. Davolash 3 oy davomida olib boriladi.

Gormonal gemostazdan keyin qon ketishning profilaktikasida kam dozali AOK (novinet, lindinet, logest) 1 tabletkadan hayzning 5–25-kunlari 3–6 oy davomida tavsiya etilib, vitaminoterapiya bilan tamomlanadi.

Menstrual funksiyaning regulatsiyasi uchun fizik faktorlar: B₁ yoki novokain bilan endonazal elektroforez, elektrouyqu qo'llaniladi. Ignarefleksoterapiya, elektropunktura, lazeropunktura ham yaxshi natija beradi.

Reproduktiv yoshdagi BAQK. Reprodukativ yoshdagi BAQK ham pubertat yoshdagiga o'xshab asiklik bachadondan qon ketishi hisoblanib, 1,5–2 oy hayz kelmagach boshlanadi. Gipotalamogipofizar-tuxumdon tizimi funksiyasi siklik buzilishi gormonal gemostaz (abort), Isenko-Kushing kasalligi, tug'ruqdan keyingi semirish, emotsional va psixik stresslar, infeksiyalar, intoksikatsiyalar, dori preparatlari (neyroleptiklar)ni qabul qilish natijasida anovulatsiyaning kelib chiqishi sabab bo'lishi mumkin. Reprodukativ yoshdagi BAQKda tuxumdonlarda follikulalar persistent-siyasi sodir bo'lib, estrogenlar miqdori ko'payishiga olib keladi. Ovulatsiya bo'lmagach, sariq tana ham hosil bo'lmaydi va progesteron yetishmaslik holati kelib chiqadi. Ushbu holat absolut giperestrogeniyaga olib keladi va giperplastik o'zgarishlar (bezli giperplaziya)ga olib keladi. Qaytalanib kelayotgan anovulatsiyaning giperestrogeniya bilan birga kelishi giperplaziya uchragan endometriyning atipik o'zgarishlari va adenomatozga olib kelishi mumkin.

Klinikasi. BAQK qon ketishning 10-kungacha cho'zilishi, bu esa umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, charchash, AQBning pasayishi, taxikardiya bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari hayzning uzoq vaqt kelmasdan qon ketishi, ko'pincha, menorrhagiya kuzatilishi bilan xarakterlanadi.

Tashxislash. Bachadondan ketayotgan boshqa qon ketishlar bilan farqlay bilish lozim, ya'ni bachadon miomasi, polipi, homila tushishi, ichki endometrioiz, homila qismlarining qolib ketishi.

Quyidagi kompleks tekshiruvlarni o'tkazish maqsadga muvofiq:

- laborator tekshiruvlar (qon klinik analizi, koagulogramma);
- funksional diagnostik testlar (bazal haroratni o'lchash, «qorachiq» simptomi, shilliqning cho'zilish simptomi;
- bosh miya rentgenografiyasi, EEG, kompyuter tomografiyasi;

- qon plazmasidagi gormonlar miqdorini aniqlash;
- UTT;
- ko'rsatmaga asosan, terapevt, oftalmolog, endokrinolog, nevropatolog, gematolog ko'rigini o'tkazish.

Davolash. BAQK bilan reproduktiv yoshdagi bemorlarni klinik belgilariga qarab davolash belgilanadi. Qon ketish bilan bemor kelganda davolash tashxislash maqsadida bachadondan qirindi olinadi. Ushbu operatsiya qon ketishni to'xtatadi, shuningdek, qirindining gistologik tekshiruvi hayzni me'yoriga keltirish uchun terapiyaning turini belgilaydi.

Davolashning keyingi bosqichi gormonal terapiya bo'lib, endometriy holati va tuxumdondan funksiyasining buzilishiga qarab belgilanadi. Gormonal terapiyaning maqsadi: Normal hayz siklini tiklash, reproduktiv funksiyani tiklash, bepushtlikda fertillikni tiklash.

Qayta qon ketishning profilaktikasi

Estrogen-gestagen preparatlari AOK (regulon, rigevidon, novinet) 1 tabletkadan bachadon qirib bo'lgach 5-kunidan boshlab 25-kunigacha, keyin 3–6 hayz davomida 5-kunidan 25-kunigacha qabul qilinadi. BAQK bilan reproduktiv yoshdagi ayollarda ko'p hollarda anovulatsiya, ba'zida esa sariq tananing yetishmovchiligi kuzatiladi. Giperestrogeniyada esa (follikullar persistentsiyasida) gestagenlar bilan davolanadi: dyufaston 10 mg yoki norkolut 5 mg 1 tab 1 mahal yoki 2 mahal 16-kunidan 25-kunigacha tavsiya etiladi.

Reproduktiv funksiyani tiklash maqsadida ovulatsiyani klomifen bilan stimulatsiya qilinadi. Klomifen estrogen miqdorini

kamaytiradi (gonadotrop gormonlar sekretiysini pasaytiradi) follikul stimulatsiyalaydigan va lyuteinlovchi gormon sekretiysini oshiradi. Gipoestrogeniya (follikullar atreziyasi)da ko'p miqdordagi estrogenlar (rigevidon, regulon) 3–4 hayz sikli davomida 5-kundan 25-kungacha tavsiya etiladi. Lyutein faza noto'liq bo'lgan ayollarda o'rmini bosuvchi (sariq tana gormon miqdorining yetishmovchiligi) maqsadida gestagenlar: dyufaston 10 mg dan, norkolut 5 mg kuniga yoki 17 OPK 1 ml siklning 14, 17, 21-kunida 3 oy mobaynida tavsiya etiladi.

Klimakterik qon ketishlar. 45–55 yoshdagi ayollar orasida ko'p uchrab, gospitalizatsiyaning ko'p qismini tashkil etadi. Premenopauza yoshdagi bachadondan qon ketish klimakterik qon ketish deyiladi. Klimakterik qon ketishlar ayol yoshiga qarab gipotalamik funksional holatining o'zgarishidir. Ushbu funksiyalarning qarishi gonadotropinlarning siklik ajralishiga olib keladi, ya'ni markaz bilan periferik organlarning orasidagi munosabatning buzilishiga olib keladi. Natijada, tuxumdonlar funksiyasi buziladi, follikulalar yetilishi va o'sishi uzayadi, follikullar atreziyasi va persistensiyasi shakllanib, sariq tana hosil bo'lmaydi. Ushbu jarayon davom etishi natijasida endometriy proliferatsiyasi sodir bo'ladi. Bachadon shillig'i o'sadi, qalinlashadi, bezlar uzunlashib, kistasimon kengayishlar shakllanadi. Bachadon shilliq qavati o'sgan sari bo'shliqni tamomila egallab oladi, bir-birini bosib oziqlanishi buziladi, nekroz va endometriyning ko'chishi kuzatiladi va qon ketish boshlanadi. Premenopauza yoshda reproduktiv yoshdagiga nisbatan endometriy giperplaziyasi va uning turlari bez kistoz giperplaziya, bez polipi, adenomatoz va atipik giperplaziya ko'proq uchraydi. Bu faqatgina yosh o'tgan sari tuxumdonlardagi o'zgarishlarga qarab emas, balki yomon sifatli jarayonlarning rivojlanishi xavfini oshiruvchi immunodepressiya, ya'ni hujayra immunitetining dekompensatsiya reaksiyasi sodir bo'ladi. BAQKni organik o'zgarishlar bilan taqqoslash lozim: adenokarsinoma, bachadon miomasi, ichki endometrioiz, tuxumdonlar gormon chiqaruvchi o'smasi.

Davolash. Bachadon bo'shlig'ini xirurgik qirish yo'li bilan qon ketish to'xtatiladi. Bachadon bo'shlig'ini diagnostik qirish ham, tashxislash ham davolash maqsadida qilinadi. Qirish shilliq

osti miomasini aniqlashga, gistologiya esa adenokarsinoma, atipik giperplaziya, endometriy residiv bez kistozli giperplaziyasini aniqlashga yordam beradi. Shuningdek, UTT miomatoz tugunlarning joylashgan joyini, endometriy holatini, adenomioz o'choqlarini aniqlashga yordam beradi. Qon ketish residivining profilaktikasi uchun qirishdan so'ng gestagenlarni keng qo'llash, proliferatsiya, sekretor transformatsiya jarayonining to'xtatishiga, detsidual reaksiyalar va atrofik prosesslarning rivojlanishiga olib keladi. Gestagenlar markaziy ta'sir ko'rsatib, gonadotropinlarning ajralishini to'xtatadi.

Endometriy giperplaziyasi bor 48 yoshgacha bo'lgan ayollarga 17-OPK 1 ml dan, 12,5% eritmasi mushak ichiga, bachadonni qirgach, 14, 17, 21-kunlarida tavsiya etiladi, keyin shu kunlar 4–6 hayz davomida tavsiya etiladi.

48 yoshdan oshgan ayollarga hayzni to'xtatish uchun 17-OPK 2 ml 12,5% eritma mushak ichiga haftasiga 2 marta 6 oy davomida uzluksiz tavsiya etiladi. 50 yosh va undan kattalarga klimonorm bilan o'rinbosuvchi gormonal terapiya tavsiya etiladi.

ANOMAL BACHADON QON KETISHI (ABQK)

Shifokorlar fikriga ko'ra, ayolda soatiga 100 ml va undan ko'p qon ketsa yoki gipovolemiya belgilari mavjud bo'lsa, **o'tkir ABQK** hisoblanadi. O'tkir anomal bachadondan qon ketishi o'z-o'zidan yoki mavjud surunkali ABQKning fonida paydo bo'lishi mumkin. Oddiy hayz ko'rish regular 7 kun davom etadi, ammo 7 kundan ko'p davom etadigan muntazam ravishda paydo bo'ladigan ABQKlar polimenoreya deb ataladi; ba'zan qon yo'qotilishi ortishigi permenoreya deb ataladi. Polimenoreya va gipermenoriya tushunchalari bitta termin bilan birlashtirilgan bo'lib: menorragiya (sinonimi: menometragiyadir).

❖ Surunkali anomal bachadondan qon ketishi

Surunkali (ABQK) anomal bachadondan qon ketishi quyidagi toifalarga bo'linadi:

ABQK klassifikatsiyasi

Anomal bachadondan qon ketishi (ABQK)	
PALM (Organik sabab)	COEIN (Funksional sabab)
(P) polip	(C) Koagulopatiya
(A) adenomioz	(O) Ovulator disfunksiya
(L) leyomioma	(E) Endometriarfaktor
(M) malignizatsiya va giperplaziya	(I) Yatrogen faktor
	(N) Sababi noaniq

➤ regular bo'lmagan (metrorragiya, menometrorragiya, oligomenorea, uzoq vaqt qon ketish, intermenstrual qon va boshqalarni o'z ichiga olgan);

➤ menorragiya (davriy ortiqcha qonash: lekin hayz paytida qon 80 ml dan ortiq yo'qolishi yoki 7 kundan ortiq davom etishi quyqalar borligi va temir tanqisligi anemiyasi fonida yoki haddan tashqari qon yo'qotish ayolning subyektiv sezgilari uchun xosdir);

➤ kontratsepsiya fonida anomal bachadondan qon ketishi.

Davolash. *Konservativ:* estrogenning yuqori dozalari, so'ngra og'iz kontraseptivlar kursi; antifibrinolitik preparatlar (traneksamik kislota); *jarrohlik:* bachadon bo'shlig'i arteriya embolizatsiyasi va gisterektomiya.

BDQK, asosan, ayollarning 3-davrida, balog'atga yetganda, 20–25% hollarda «yetilish» davrida va klimakterik davrida, ya'ni organizmning «so'nish» davrida 50–60% hollarda uchraydi.

Bachadon miomasi — immunologik va gormonal o'zgarishlar bilan bog'liq xatarsiz o'sma bo'lib, bachadonning miometriy qavatidan (mushak va biriktiruvchi to'qima elementlaridan) rivojlanadi. Mioma ginekologik kasalliklarning 10–27% ini tashkil qiladi, 18–60 yoshdagi ayollarni tekshirilganda esa ularning 12% dan to 39% igacha qismida mioma aniqlangan. Hozirgi kunda bachadon miomasi rivojlanishiga turtki bo'ladigan xavf faktorlariga quyidagilar kiritiladi: kechki menarxe, hayzda ko'p qon yo'qotilishi, meditsina

aborti ko'p qilingani, ekstragenital patologiyalar va ginekologik kasalliklar (jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanishli kasalliklari, endometriozi, gipotalomus-gipofiz-tuxumdon sistemasidagi buzilishlar) borligi va hokazo. Shu bilan bir qatorda, genetik moyillikni ham hisobga olish kerak.

Ayol gormonal statusining xususiyatlari va kasallik rivojlanishi jarayonida uning reproduktiv sistemasining funksional holati bachadon miomasining etiopatogenezida markaziy o'rinlardan birini egallaydi. Bachadon miomasi patogenezida estrogenlarning yetakchi roli haqidagi an'anaviy fikr shu vaqtga qadar ahamiyatini saqlab kelmoqda. Miomaning o'sishi va rivojlanishi ko'p jihatdan bachadon retseptor apparatining holatiga bog'liq. Retseptor apparatining buzilishi o'smaning o'sish xarakteriga (tez yoki sekin o'sish) ta'sir qiladi. Miomasi bor bemorlarda kichik chanoq gemodinamikasining yaqqol o'zgarishlari (kichik chanoq venalarining varikoz kengayishi) kuzatilib, bu narsa o'smaning o'sishi uchun qulay sharoit yaratadi. Organizmning immunologik reaktivligining o'zgarishi, ayniqsa, u surunkali infeksiya o'choqlari mavjud bo'lsa, bachadon miomasi negizida muayyan rol o'ynaydi. Bachadon miomasi patogenezida tuxumdonlar funksiyasining buzilishlari muhim rol o'ynaydi. Bu guruhdagi ayollarning 50–60% ida tuxumdonlarning mayda kistali o'zgarishlari kuzatilishi buning dalilidir.

Klassifikatsiya. Bachadon miomasi tugunlari, ko'pincha, ko'psonli bo'ladi. Mioma tugunlari, ko'pincha, bachadon tanasida (95%) va ba'zan bachadon bo'ynida (5%) joylashadi. Joylashuvi bo'yicha miomatoz tugun perimetriy ostida, (subseroz), mushak orasida (interstitsial), va shilliq osti (submukoz) turlarga bo'linadi.

Klinika. Bemorlarning shikoyatlari turli omillarga bog'liq: o'smaning joylashuvi va kattaligi, miomatoz tugunlardagi ikkilamchi o'zgarishlar, kasallikning davomiyligi, jinsiy a'zolarida qo'shimcha o'zgarishlar borligi shular jumlasidandir. U yoki bu omillarning ustun bo'lishi kasallikning simptomatikasida aks etadi.

Ko'pincha, bachadon miomasining asosiy va ilk simptomi hayz funksiyasining buzilishi, ya'ni meno va metrorragiya tarzida bachadondan qon ketishidir. Kasallikning kuchayib borishi bilan bunday buzilishlar borgan sari kuchliroq ifodalanadi va ko'pincha,

bemorning kamqonligiga va mehnat qobiliyatining buzilishiga olib keladi. Bachadon miomasining klinikasida bachadondan qon ketishi bilan birga, ogʻriq sindromi ham kuzatiladi. Ogʻriq turlicha xarakterli va sabablari ham turlicha boʻladi. Odatda, ogʻriq qorin-ning pastki qismlarida, belda kuzatilib, mioma tugunchalarining kichik chanoq nerv chigallarini bosishi, bu tugunlarni qoplab turuvchi qorin pardaning choʻzilishi bilan bogʻliq boʻladi.

Koʻpincha, davomli, kuchli ifodalangan ogʻriq oʻsmaning tez oʻsishi bilan bogʻliq. Mioma tugunida qon aylanishi toʻsatdan buzilgan hollarda ogʻriq oʻtkir xarakterli boʻlib, hatto oʻtkir qorin kasalligi manzarasiga ega boʻlishi ham mumkin. Mioma katta boʻlsa, va oʻsish jarayoni sekin-astalik bilan boʻlganda, ogʻriq, odatda, simillovchi xarakterda va hayz siklining toʻliq davomida kuzatiladi. Mioma tugunlari, ayniqsa, serbar boylamning varaqlari orasida joylashganda ogʻriq kuchli ifodalanadi va davomli boʻladi. Hayz davrida toʻlgʻoqsimon ogʻriqlar oʻsmaning shilliq ostida (submukoz) joylashuviga xosdir. Submukoz tugunning tugʻilishida kuzatiladigan ogʻriq ham shu xilda toʻlgʻoqsimon boʻladi. Bachadon miomasining klinikasida qoʻshni aʼzolar funksiyasining buzilishlari (siydik pufagi, toʻgʻri ichak) muhim rol oʻynaydi. Bular mioma tugunlari boylamlar orasida, qorin parda ostida, bachadon boʻynida joylashganida koʻproq kuzatiladi.

Bachadon miomasida kuzatiladigan menorragiya bachadon ichki yuzasining kattalashuvi va demak, hayz paytidagi deskvamatsiya kattalashgan yuzadan koʻchib tushishi, miometriy va qon tomirlarning oʻzgarishi, endometriyning giperplaziyasi, miometriy qisqarish qobiliyatining buzilishi bilan bogʻliqdir. Hayzning choʻzilib ketishi va koʻp qon yoʻqotilishi, koʻpincha, qoʻsh keluvchi endometrio bilan ham bogʻliq boʻladi. Koʻpgina hollarda bachadondan qon ketishi miomatoz tugunning topografik joylashuvi, ayniqsa, oʻsma submukoz joylashuvi bilan bogʻliq boʻladi.

Asoratlari. Bachadon miomasining nisbatan koʻp uchraydigan asorati — subseroz tugunning qon bilan taʼminlanishi buzilishi va oqibatda nekrozga uchrashi boʻlsa, subseroz joylashgan tugunning oyoqchasi buralib qolishi kam uchraydi. Tugʻilayotgan submukoz tugun bachadon ichining tashqariga agʻdarilib chiqishi juda kam

uchraydigan asoratdir. Mioma xatarli o'smaga aylanishi ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 2% ga yetadi.

Tashxisi. Bemorlarning ko'pchiligida bachadon miomasi tashxisini qo'yish qiyin bo'lmaydi, chunki odatdagi ginekologik tekshiruvda kattalashgan, harakatchan, og'riqsiz, zich konsistentsiyali, sirti notekis bachadon aniqlanadi. Uzoq muddat qon ketib yurgan hollarda bachadonni zondlash va bachadon ichi va servikal kanalni qirib olish, gisterosalpingografiya, gisteroskopiya kabi qo'shimcha tekshirish usullarini qo'llash tashxisni aniqlash-tirish imkonini beradi. Hozirgi kunda bachadon o'lchamlari va tugunlari joylashuvini aniqlashda ultratovush tekshiruv keng qo'llanmoqda.

Differensial tashxis. Bachadon miomasi bilan homiladorlikni differensial tashxislashda bachadonning zich konsistentsiyasi, o'sma sirtining notekisligi, hayzda ko'p va uzoq qon ketishini e'tiborga olish lozim va bu holda homiladorlikni inkor etish mumkin. Bundan tashqari, anamnezni o'rganish, homiladorlikning shubhali va taxminiy belgilarini hisobga olish, xorionik gonadotropinni aniqlash, ultratovush tekshiruvini diagnostika aniqlik belgilashga ko'maklashadi. Bachadon miomasini bachadon sarkomasi bilan differensial tashxislashda o'smaning tez o'sishi, bemorning yoshi, chirindisi-mon oqchil kelishi, qorin pastida og'riq bo'lishi, oriqlash, qon ketishsiz kamqonlik, umumiy ahvolning og'irlashuvi kabilarga e'tibor beriladi. Bundan tashqari, bachadon miomasini qorin pardadan sirtida joylashgan o'smalar, buyrak distopiyasi, tuxumdon va ichak o'smalari bilan differensiallash lozim.

Davolash. Hozirgi kunda bachadon miomasi ikki xil usulda — konservativ va xirurgik davolanadi. Reproduktiv va premenopauza yoshdagi ayollar miomasi tugunlari mushak orasida va submukoz joylashuvida kattaligi 12 haftalik homiladorlikka yetmasa konservativ davo qilinadi. Bachadon miomasining asosiy konservativ davosi gormon preparatlaridir. Progestagenlarning o'smaga qarshi ta'siri o'sma hujayralarining mitotik aktivligini pasaytirishiga asoslanadi va shu yo'sinda uning o'sishini tormozlaydi.

Hayz sikli saqlangan ayollarga primolut yoki norkolut 10 mg dan siklning 16-kunidan 25-kunigacha yoki 5 mg dan siklning

5-kunidan 25-kunigacha 4–6 oy davomida beriladi. 17-OPK esa 1 ml dan siklning 14, 17, 21-kunlari 6 oy davomida belgilanadi. Premenopauza yoshdagi ayollarga norkolut 5 mg yoki dyufaston 10 mg dan 2 mahal uzluksiz 3 oy davomida beriladi.

Hozirgi kunda uzaytirilgan ta'sirli gonadoliberin agonistlari ishlatilib, bular gonadotropinlar sekretsiasini to'sadi va shu tufayli menopauzani chaqiradi (danazol, buserelin, zoladeks, diferelin).

Danazol bir kunda 400 mg dozada 6–8 oy davomida, zoladeks (goserelin) 3,8 mg dan teri ostiga 28 kunda 1 marta, dekaptil-depo 3,75 mg dan mushak orasiga 28 kunda 1 marta, buserelin endonazal sprej tarzida ishlatiladi. GNRG agonistlari bilan davolash davomiyligi 3–6 oyni tashkil etadi.

Xirurgik davolashga ko'rsatmalar quyidagilar:

- bachadon miomasi katta – 12 haftalik homiladorlikdan oshsa;
 - bachadon miomasi kuchli og'riqli bo'lsa;
 - anemiya va bemor mehnat qobiliyatining buzilishiga sabab bo'ladigan ko'p miqdorda qon ketishi bilan kechsa;
 - mioma tez o'sgan hollarda;
 - mioma endometrioiz bilan qo'shilib kelsa;
 - miomatoz tugun qon aylanishi buzilib, tugunning nekrozi yuz bersa;
 - xatarli o'smaga aylansa;
 - submukoz tugunli mioma va bu tugun tug'ilayotgan hollarda;
 - mioma tuxumdonning chin o'smasi bilan qo'sh kelganda.
- Operatsiyaning hajmi va xarakteri bemorning umumiy ahvoli, yoshi, o'smaning o'sish xususiyatlari, joylashuviga qarab belgilanadi.

Quyidagi operatsiyalar qo'llanadi:

- konservativ miomektomiya;
- bachadon amputatsiyasi;
- bachadon ekstirpatsiyasi.

Hozirgi kunda bu operatsiyalar laparoskopik yo'sinda ham amalga oshiriladi.

So'nggi yillarda mioma yosh ayollarda ko'proq uchrashi kuzatilmoqda. 40 yoshgacha bo'lgan ayollardagi mioma tufayli ularning taxminan chorak qismi operatsiya yo'li bilan davolan-

moqda. Ayni paytda barcha operatsiyalarning 60–95% i – radikal operatsiyalar – bachadon amputatsiyasi va ekstirpatsiyasi tarzida kechmoqda. Shu tufayli reproduktiv yoshdagi ayollarning bachadoni olib tashlanishining zararli oqibatlari, bu operatsiyalarni boshidan kechirgan ayollar reabilitatsiyasi hamda ularning hayoti sifatini yaxshilash masalalari muhim ahamiyat kasb etadi. Bachadon olib tashlangandan so'ng (ayniqsa, bachadon ekstirpatsiyasidan keyin va operatsiyadan keyin uzoq vaqt o'tishida) tuxumdonlarning funksional aktivligi susayishi – gipoestrogeniya haqida ko'pgina ma'lumotlar bor. Tadqiqotchilarning fikricha, bu o'zgarishlar kollateral qon aylanishning yetarli darajada rivojlanmasligi hamda tomirlar arxitektonikasining buzilishi bilangina emas, balki o'z-o'zini regulatsiya qiluvchi sistemaning bo'g'inlaridan biri olib tashlanganligi bilan ham bog'liqdir. Bachadonda sintezlanadigan biologik aktiv moddalar gipotalamus-gipofiz-tuxumdon sistemasining turli bo'g'inlariga ta'sir o'tkazadi, deb taxmin qilinadi.

Bachadon olib tashlangandan so'ng ayol organizmida sodir bo'luvchi o'zgarishlar xilma-xildir:

1. Operatsiyadan keyingi uzoq muddatlarda menopauzal simptomlar paydo bo'lishi; neyrovegetativ, emotsional buzilishlar, xavotirda bo'lish hissi.

2. Urologik buzilishlar – kunduzgi, tungi pollakiuriya, kuchanganda siydik tutolmay qolish. Bu o'zgarishlar, ehtimol, bachadon olib tashlangandan so'ng yuzaga keladigan gipoestrogeniyaga bog'liq.

3. Qin biosenozi o'zgarishi – bakterial vaginoz, nospetsifik kolpit.

4. Seksual funksiyaning buzilishi – jinsiy intilishning susayishi, jinsiy aloqa og'riqli bo'lishi, orgazmning yo'qolishi.

5. Gisterekтомиyadan keyingi ayolning hayot sifati operatsiya qilingan paytdagi yoshiga bog'liq. Chunonchi, gisterekтомиya ayolning perimenopauzal yoshida bajarilgan bo'lsa, hayot sifati yaxshilanib boradi, aksincha 40 yoshga yetmagan ayollarda bunday operatsiya qilingan holda hayot sifati ko'rsatkichlari pasayib boradi.

Shunday qilib, ayol organizmida bu xildagi operatsiyalardan keyin yuz beradigan buzilishlar ko'p jihatdan ayolning yoshi,

operatsiya hajmiga bog'liq. Ayol organizmida operatsiyadan keyin yuzaga keluvchi qayd etilgan buzilishlar ularning oldini olishga va reabilitatsiyaga mo'ljallangan bir qator choralar ko'rishni taqozo etadi. Bunda yondosh mutaxassislar ishtiroki ham muhim bo'lishi mumkin. Markaziy nerv sistemasiga ta'sir o'tkazish, psixoterapevt maslahati ijobiy ta'sirga ega. Tuxumdonlar funksiyasi susayishi bilan bog'liq buzilishlar o'rin bosuvchi gormonal terapiya bilan korreksiya qilinishi mumkin. Albatta, bunda gormonga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasligini hisobga olinadi. Shuni ham esda tutish kerakki, bachadon olib tashlangan bo'lsa, sof estrogenlar (estrofem, proginova, divigel, klimara) ishlatilishi kerak. Gormonlar qo'llanishi, odatda, urologik buzilishlarga ham ijobiy ta'sir etadi. Ba'zi hollarda gormonlar mahalliy – qin ichiga kiritilishi mumkin (ovestin, estriol shamchalar). Ko'pincha, qin biotsenozini tekshirish, yallig'lanishga qarshi davo, eubiotiklar bilan davolash zaruriyati tug'iladi. Neyrovegetativ, emotsional buzilishlarda sedativ dorilar, fizioterapiya ham ishlatiladi.

Endometrioz – gormonga bog'liq xatarsiz kasallik bo'lib, tuzilishi va funksiyasi bo'yicha endometriyga o'xshash to'qimaning bachadon shilliq pardasidan tashqarida o'sib ketishi bilan xarakterlanadi. Endometrioz reproduktiv yoshdagi ayollar kasalligi, ammo hayz funksiyasi shakllangan qizlarda va O'BGT bilan davolanayotgan menopauzadagi ayollarda ham uchrashi mumkin. Endometrioz barcha ayollarning 7–10% ida va kichik chanoq sohasida og'rig'i bo'lgan bemorlarning 70% ida kuzatiladi.

❖ **Klassifikatsiyasi.**

Lokalizatsiyasi bo'yicha quyidagi turlari farq qilinadi:

1. Genital (ichki va tashqi) endometrioz.
2. Ekstragenital (siydik pufagi, ichak, buyrak, kindik, nervlar, operatsiya chandiqlari va boshqa a'zolari) endometrioz.

Ichki genital endometrioz – endometriod geterotopiyalarining bachadon tanasining mushak qavatida o'sishidir.

Tashqi genital endometrioza quyidagilar kiradi:

– qorin parda ichidagilari – tuxumdon, bachadon nayi, qorin parda endometriozi.

Ekstraperitoneal turlari — tashqi jinsiy a'zolar, qin, bachadon bo'yni, retroservikal soha endometriozi.

Tashqi endometrioza **Acosta** taklif qilgan klassifikatsiya qo'llanib, bunda endometrioza «kichik» va «og'ir» turlarga bo'linadi.

«Kichik» turlarga quyidagilar kiritiladi:

— chanoq qorin pardasining yakka geterotopiyalari.

— tuxumdondagi bitishmalar va chandiqlarsiz yakka geterotopiyalar.

Endometrioza og'ir formalariga quyidagilar kiritiladi:

— bitta yoki ikkala tuxumdonning diametri 2 sm dan katta kistalarini hosil qiluvchi endometrioza.

— periovarial va/yoki peritubar proses bilan kechuvchi tuxumdon endometriozi.

— deformatsiya, chandiq hosil bo'lishi, o'tkazuvchanligi buzilishi bilan kechadigan bachadon nayi endometriozi.

— to'g'ri ichak — bachadon aro bo'shliqning obliteratsiya bilan kechadigan chanoq qorin pardasi endometriozi.

— dumg'aza — bachadon bog'lami hamda to'g'ri ichak — bachadon aro bo'shliq endometriozi va obliteratsiyasi.

— siydik yo'llari yoki ichak endometriozi.

Endometrioza tugunchalar, aniq chegarasiz infiltratlar shaklida yoki gemorragik, yoki jigarrang quyuk suyuqlik bilan to'lgan kistalar shaklida bo'lishi mumkin. Endometrioza hujayraviy atipiya va tinimsiz avtonom o'sish xususiyatiga ega emas; homiladorlik endometrioza klinik aktivligini pasaytiradi va regressiyaga olib keladi.

Endometrioza o'choqlari yiringlashi, xatarli o'zgarishga uchrashishi, uning atrofida yallig'lanish reaksiyasi yuz berishi mumkin.

Endometrioza klinikasi — uning lokalizatsiyasiga bog'liq.

Ichki endometrioza (adenomioza). Uning klinikasida quyidagi simptomlar farq qilinadi:

— hayz boshlanish arafasida va u tugagandan so'ng 3—5 kun davomida qindan to'q jigarrang ajralma keladi va bu endometrioza bo'shliqlaridagi suyuqlik bachadon ichiga tushishi bilan bog'lanadi;

— hayz sikli buzilishi giperpolimenoreya tipida bo'lib, bu simptom adenomioza diffuz turida kuchliroq ifodalanadi;

— hayz oldidan va hayz paytida og‘riq sindromi kuzatilib, bu belgi adenomiozning tugunchali turida kuchliroq ifodalanadi;

— bachadon kattaligi va shakli o‘zgaradi — hayz arafasida bachadon kattalashadi (taxminan 8–9 haftalik homiladorlikka mos), hayz tugashi bilan 2–3 haftaga kichrayadi (6–7 haftalik-gacha), bachadon sharsimon bo‘lib qoladi;

— anemiya.

Oraliq va qinning endometriozi — yumaloq yoki noto‘g‘ri shaklli ko‘kimtir tuzilmalar — «ko‘zlar» ko‘rinishida bo‘ladi. Hayz arafasida bularning o‘lchami kattalashadi, hayz paytida esa bu yerdan to‘q rangli qon ajraladi. Bachadon bo‘ynining qinga qaragan qismi endometriozi o‘lchamlari kichik (diametri 2–5 mm), bachadon bo‘ynining och pushti rangi fonida qizil rangli bo‘ladi. Siklning lyutein fazasida va ayniqsa, hayz arafasida endometrioz o‘choqlari ko‘kimtir-qizil rangli bo‘lib, kattalashadi va qonab turadi. Endometrioz psevdooeroziya ko‘rinishida bo‘lib, gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan bezchalarga ega. Endometriozning bu xildagi lokalizatsiyasiga og‘riq xos emas.

Bachadon naylarining endometriozi — kam uchraydigan holat. Endometrioid geterotopiyalar, asosan, nayning seroz qavatida joylashib, kichik o‘lchamda bo‘ladi va bular endometriozning «kichik» turlariga kiradi.

Tuxumdon endometriozi tuxumdonning po‘stloq zonasida endometrioid to‘qima o‘choqlari hamda endometrioid kistalar shaklida kuzatiladi. Kichkina endometrioid o‘choqlar o‘sib kattalashadi, ularda qon to‘planadi, o‘choqlar orasida to‘siqlar yemiriladi va shu yo‘sinda kistalar vujudga keladi. Endometrioid kista bitta tuxumdonda yoki ikkala tuxumdonda bo‘lishi mumkin, kattaligi har xil (0,5 sm dan 10 sm gacha) bo‘ladi.

Endometrioid kistalarga atrofdagi to‘qimalar bilan bitishmalar hosil bo‘lishi, zich kapsula va ichida shokolad rangli gemorragik suyuqlik («shokoladli kista») bo‘lishi, hayz arafasida va hayz davrida kuchayadigan uzluksiz og‘riqlar va bu og‘riqlarning belga, dumg‘azaga, to‘g‘ri ichakka irradiatsiyasi xos. Kista devorlarining mikroperforatsiyasi bo‘lishi mumkin, bunda og‘riq sindromi keskin kuchayishi va atrofdagi a‘zolar bilan zich bitishma hosil bo‘lishi

kuzatiladi. Bimanual tekshirilganda bachadon ortiqlari sohasida og'riqli, kamharakat yoki harakatsiz, elastik konsistensiyali o'smasimon hosila aniqlanadi. Atrofdagi a'zolar bilan bitishmalar hosil qilganda kistaning o'lchamlari va konsistensiyasi noaniqroq bo'lib qoladi.

Retroservikal endometriozi bachadon bo'ynining orqa yuzasida va bachadonning istmik qismida, shuningdek, dumg'aza-bachadon boylami yopishgan sathda rivojlanadi. Ginekologik tekshirilganda bachadon bo'yni orqasida zich, notekis, qo'zg'almas, palpatsiyasi keskin og'riqli, hayz arafasida kattalashadigan tugunchalar aniqlanadi. Asosiy simptomi hayz oldida va hayz davrida keskin kuchayadigan og'riqdir. Og'riq qinga, dumg'azaga, to'g'ri ichakka irradiatsiyalanadi.

To'g'ri ichak-bachadon chuqurchasi va boylamlar qorin pardasining endometriozi faqat laparoskopiyada aniqlash mumkin (ko'kimtir o'choqlar — «ko'zchalar» ko'rinadi). Endometriozi bu shakli — «kichik» turiga kiradi. Asosiy simptomi — bepushtlik va keskin og'riq sindromi.

Ekstragenital endometriozi. Bemorda davriy xarakterdagi og'riqlar yoki jinsiy a'zolaridan tashqarida o'sma paypaslanishi va shuningdek, davriy qon ajralishi bo'lsa, bunday endometriozi haqida fikr yuritish mumkin. Ekstragenital endometriozi eng ko'p yo'g'on va to'g'ri ichakda kuzatiladi. Bunda qorin sohasida va belda davriy og'riq, tenezmlar, qabziyat, to'g'ri ichakdan davriy qon ketishi kuzatiladi. Siydik pufagi endometriozi klinik manzara siklik og'riq, dizuriya, gematuriya bilan xarakterlanadi.

Pnevmotoraks, gematoraks yoki hayz kunlari qonli balg'am kuzatilishi o'pka endometriozi tipik belgilaridir.

Endometriozi tashxisi. Kasallik tashxisini aniqlashda simptomlarning davriyligi, kasallik o'tkirlashuvi hayz bilan bog'liqligi, akusherlik va ginekologik operatsiyalarni boshdan kechirgani ahamiyatga ega. Obyektiv tekshirish uchun quyidagi usullar qo'llanadi: bimanual, rektovaginal tekshirish, rentgen usuli — gisterosalpingografiya, kolposkopiya, gisteroskopiya, UTT, laparoskopiya, kompyuter tomografiyasi, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, sistoskopiya.

Davolash. Endometriozni davolash kompleks, differensiallashgan bo'lishi kerak va konservativ hamda xirurgik usullarini o'z ichiga oladi. Konservativ usullarga gormonal, yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi va simptomatik terapiya kiradi. Gormonal preparatlardan oral kontraseptivlar 6–12 oy davomida qo'llanadi.

«Sof» progestinlar – norkolut, dyufaston, 17-oksiprogesteron ishlatiladi. Dyufaston 2 tabletkadan kuniga 2 marta siklning 11-kunidan boshlab, 14 kun yoki 16-kunidan boshlab 25-kunigacha 10 kun, yoki 5-kunidan 15-kunigacha qabul qilinadi. Norkolut 2 tabletkadan siklning 16-kunidan 25-kunigacha yoki 1 tabletkadan 5-kunidan 25-kunigacha 4–6 oy davomida, 17-OPK esa 1 ml dan siklning 14, 17, 21-kunlari 6 oy davomida buyuriladi.

Antigonadotrop preparat – danazol kuniga 400 mg dan 6–8 oy davomida, GnRG-zoladeks (goserelin) 3,8 mg dan teri ostiga 28 kunda 1 marta, dekapeptil-depo 3,75 mg dan mushak orasiga 28 kunda 1 marta kiritiladi; buserelin endonazal sprej tarzida ishlatiladi. GnRG-agonistlari bilan davolash 3–6 oygacha davom etadi.

Xirurgik davolashga ko'rsatmalar:

- adenomiozning tugunchali turlari;
- adenomiozning diffuz shakli bachadon miomasi va/yoki endometriyning giperplastik jarayonlari bilan qo'shib kelishida;
- adenomiozning III darajasida;
- tuxumdonlarning endometrioid kistalari;
- retroservikal endometriozi;
- oraliq, qin va bachadon bo'ynining qin qismi endometriozi;
- endometrioizning «kichik» shakllari.

Reabilitatsiya. Xirurgik davo choralarining samarasini, retsidivlarining profilaktikasini ta'minlash uchun operatsiyadan so'ng reabilitatsiya qilinishi lozim. Buning uchun tiklovchi davo kursi o'tkaziladi. Endometrioizda ko'p uchraydigan yallig'lanishli reaksiyalar bitishma va chandiqlar hosil qilishini hisobga olib, operatsiyadan keyin 8–10 kun o'tgach, fizioterapiya o'tkazish o'rinni hisoblanadi. Bunda yod va ruxni sinusoida yoki fluktuatsiyalovchi tok bilan elektroforez qilinadi (taxminan 15 marta). Kompleks

terapiyaga radon suvini qo'llash mumkin. Radon suvi vanna, mikroklizma, qinni yuvish shaklida qo'llanadi.

Keyinchalik operatsiyadan keyingi o'zgarishlar xarakterini hisobga olgan holda bo'yin-yuz sohasi galvanizatsiyasi, endonazal galvanizatsiya va boshqa fizioterapiya usullari qo'llanadi. Shuningdek, yallig'lanishga qarshi preparatlar — natriy tiosulfati, prostaglandinlar sintezini tormozlovchi preparatlar (indometasin, voltaren, diklofenak, dikloberl va boshq.), giposensibilizatsiyalovchi preparatlar (dimedrol, diprazin, suprastin va boshq.) qo'llanadi. Zarur bo'lsa, «kichik» trankvilizatorlar, valeriana, arslonquyruq preparatlari va boshqalar buyuriladi. Og'riqni qoldiruvchi preparatlar va usullar endometriozni kompleks davolashda muhim o'rin tutadi.

IV. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING NOSPESIFIK VA SPESIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI

Xotin-qizlar jinsiy organlarining yallig'lanish proseslarini davolash va oldini olish ayollar sog'ligini saqlashda muhim rol o'ynaydi. Ilmiy tasdiqlangan to'g'ri tashkil qilingan davo profilaktik yordam kasal bo'lgan ayollarning ish faoliyatiga, sotsial va oila hayotiga, ularning generativ funksiyasiga e'tiborli ta'sir etadi.

Uchrashi: jinsiy organlar yallig'lanishi hamma ginekologik kasallarning 60–65% ini tashkil etib, ularning 30% i statsionar sharoitda davolanadi. Yallig'lanish kasalliklarining o'sishi aholi migratsiyasining ko'payishi – urbanizatsiya, nosog'lom jinsiy hayotning ko'payishiga bog'liqdir.

VOZ (1982) ma'lumotiga qaraganda jinsiy organlar yallig'lanishi umumiy aholining 1% ini tashkil etib, aholining seksual aktivligi sonining 3% ini tashkil etadi. Sanoati rivojlangan mamlakatlarda AQSH va Yevropada salpingit 15–39 yoshli ayollarda har 1000 tadan 10–13 ta uchraydi, 75% ayollar 25 yoshdan kam, shulardan 75% tug'maganlardir. Xlamidiy sababli bo'lgan yallig'lanish 15–19 yoshli qizlarda 16%, 25–39 yoshlarda 6% va 40 yoshlilar 2,5% ni tashkil etadi.

Mikoplazmalar, uroplazmalar 20 yoshgacha bo'lgan ayollarda ko'p yallig'lanishga sabab bo'ladi. 30 yoshdan oshganda kasallik sababi anaerob mikroorganizmlardir.

O'tkir yallig'lanish proseslari 20–24 yoshgacha bo'lgan gruppada, 25–30 yoshda surunkali yallig'lanish proseslari va ularning asoratlari ko'p uchraydi (bepushtlik, ektopik homiladorlik).

Jinsiy a'zolar yallig'lanishida jinsiy organlar ideal mikroflorasi muhim rol o'ynaydi. Jinsiy traktning ma'lum qismida normada ma'lum mikroflora yashaydi.

Qin mikroflorasi quyidagilardan iborat:

Infeksion flora: anaerob va asosan, aerob, gemolitik va nongemolitik streptokokklar, enterokokklar, gemolitik streptokokklar. Klebsiela, enterobakteriyalar, proteus turidagilar, ichak tayoqchalari, zamburuglar (kandidalar) ham uchraydi.

Patogen mikrofloraning uchrashi patologik prosesdan darak bermaydi. Agarda o'tkir yallig'lanish belgisi bo'lmasa, qin mikroflorasiga endogen faktorlarning ta'siri bor. Estrogen ko'payishi bilan uning ta'sirida glikogen va mutsin hosil bo'lishi ko'payadi. Qin devori vaskulizatsiyasi ko'payib, patogen mikrofloraning virulentligini oshiradi. Aeroblar miqdori hayz oldidan kamayadi, bu gormonal o'zgarishga bog'liqdir.

Qin mikroflorasiga ekzogen ta'sirlar kimyoviy, termik bo'lib, bular qinni yuvganda ta'sir qiladi. B. Larsen (1988) jinsiy traktning pastki qismida joylashgan mikroflora yuqoriga ham o'tishi mumkin deb hisoblaydi. Ularning virulentligini aniqlash uchun quyidagilarni aniqlash kerak.

- mikroorganizmning fagotsitozdek himoyalovchi qobig'i bor yoki yo'qligi;

- ekzo – endotoksinlar ajralishi;

- ekstrahujayra fermentlar (kollagenaza, gialourinadaza, elastaza) ishlab chiqishi.

Jinsiy yo'llarda doimiy uchraydigan mikroorganizmlar ma'lum sharoitda virulent bo'lishi yallig'lanish proseslarida ishtirok etishi mumkin. Ularning aktivlanishiga va yallig'lanishiga ishtirok etishiga yo'l qo'ymaydigan fiziologik himoya mexanizmlari bo'lib, ularga:

- tuxumdond gormonlari ta'sirida epiteliy yuzasi hujayralarining deskvamatsiyasi va sitolizi;

- nospetsifik antimikrob mexanizmlar, makrofag va leykositlar yordamida fagotsitoz.

- immun mexanizmlar: T-limfotsitlar, immunoglobulinlar, komplement sistemasi kiradi. Ular zamburug'lardan, viruslardan himoya qiladi.

Jinsiy sistemaning yuqori qismi uchun uning pastki qismi servikal kanal va endometriyning himoya mexanizmlari ahamiyatga ega. Servikal kanaldagi shilliq (shilliq proba) baryer xossasiga ega

bo'lib, jinsiy traktning tepa va pastki qismini ajratib turadi. Bu shilliqda antibakterial moddalar bo'lib, ulardan lizotsim plazmadagi miqdordan 100 marta ko'pdir. Bundan tashqari, unda ichak tayoqchasiga va gonokokka, salmonellaga qarshi antitelalar mavjud. Bachadonda baryer funksiyasini hayz paytida ko'chib turuvchi endometriy bajaradi.

Infeksiyaning tarqalish yo'llari: infeksiyon agentlarining jinsiy organlar yuqori bo'limiga o'tishi spermatozoidlar, trixomonadlar yordamida passiv transport holda yoki gematogen limfogen yo'l bilan ro'y beradi.

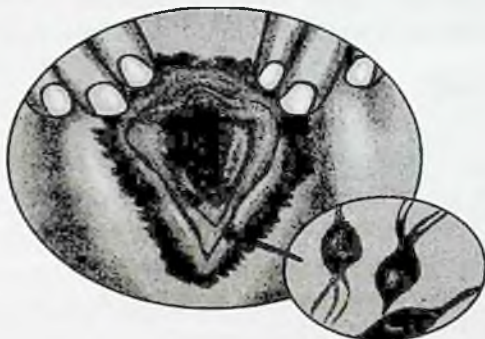
Gonokokklarning sperma orqali o'tishi ahamiyatga ega. Spermatozoidlar yuzi manfiy zaryadga ega, unda o'ziga xos mikroorganizmlar uchun reseptor bo'lib, ularni biriktirib oladi va jinsiy organlarning yuqori qismiga o'tkazadi. Trixomonadalar ham infeksiyani olib o'tadi. Infeksiyaning jinsiy organlarning yuqorigi qismiga o'tishi bachadon ichi muolajalaridan keyin ham bo'lishi mumkin. (zondlash, GSG, gidrotubatsiya, operatsiyalar, abort, BIS). BIS bor ayollarda yallig'lanish prosesslari 4 marta ko'p uchraydi. BISda yallig'lanish paydo bo'lishi uchun kontraseptiv atrofida yallig'lanish reaksiyasi bo'lishi, endometriyaning eroziyasi, fibrinolitik aktivlikning oshishida prostoglandinlarning ko'payishi ahamiyatga ega. BIS iplari orqali mikroflora bachadon ichiga tushadi.

Meditcina abortining ko'p uchraydigan asoratidan biri yallig'lanish prosessidir. Yallig'lanish birinchi 5 kunda boshlanadi. U 2–3 haftadan keyin boshlanishi mumkin. Agar servikal kanalda patogen mikroflora bo'lsa, yallig'lanishga risk oshadi. Tug'ruqdan so'nggi infeksiya ham yallig'lanishning asosiy sababchisidir. U yallig'lanishning rivojlanishiga va uning uzoq davom etishiga, organizmning o'rganuvchi reaksiyasining yetishmasligiga olib keladi. Uning natijasida perinatal davrda tug'ma endokrin, modda almashinuvi va boshqa buzilishlar; bolalik, pubertant yoshida infeksiyon kasalliklar; yetilgan yoshda neyroendokrin buzilishlar, umumiy va ginekologik kasalliklar kelib chiqadi. Ovqatlanish, yashash sharoitlari, tashqi va ichki faktorlar buziladi.

Jinsiy organlar pastki qismidagi yallig'lanish prosesslarining sabablari: kandida, trixomanioz, xlamidiya, viruslar, streptokokklar.

VULVIT — ayollarda reproduktiv yoshda vulvit kolpit, servisit, endometritdan so'ng paydo bo'lib, unda infeksiya ajralmalar orqali vulvaga tushadi. Birlamchi vulvit gigiyenaga rioya qilmaganda, ekstragenital kasalliklar (qandli diabet, semizlik) kimyoviy, mexanik (qashish) ta'siridan paydo bo'ladi. Vulvitning o'tkir stadiyasi giperemiya, shish, seroz yiringli ajralma qoplanishi bilan xarakterlanadi. Subyektiv shikoyati og'riq, achishish, umumiy behollik. Surunkali stadiyada: giperemiya, shish, ekssudatsiya kamayadi va vaqti-vaqti bilan ko'payadi.

Davosi: antibakterial davo, ekstragenital kasallikni davolash.



KOLPIT — reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydi. Sababi trixomonada, kandida, viruslar, sitomegalo virusi, shartli patogen mikroblar, stafilakokk, streptokokk, entereokokk, protey, gemofilli va boshqa tayoqchalar. Kasallikning o'tkir davrida giperemiya, shish, ekssudatsiya, seroz yiringli ajralma bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallar og'riqqa, qichishishga, achishishga shikoyat qiladi. Kasallik og'ir kechsa, tana harorati ko'tariladi, ahvoli og'irlashib, uyqusi buziladi. Surunkali kolpitda faqat yiringli ajralma saqlanadi.

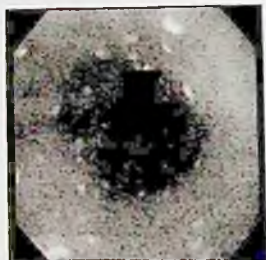
Diagnostikasi: anamnez, shikoyati, umumiy ko'rik, bakteriologik, bakterioskopik tekshirish mikrobnani aniqlashga va uning sezgirligini aniqlash uchun ishlatiladi.

Davosi: 1. Etiologik yallig'lanishga qarshi dorilar.

2. Organizmdagi boshqa kasallikni davolash.

3. Jinsiy aloqani to'la davolanguncha to'xtatish.

Maslahat: jinsiy aʼzolarini kaliy permaganatining eritmasida yoki romashka damlamasida kuniga 1 marta yuvish. Agar yiringli ajralma boʻlsa, antibakterial preparatlar, siteal, turozur eritmasi bilan yuvish kerak. Antibakterial preparatlarda xlorfilipt bilan yuvish. Mazlar — oblepix, nistatin va gerpevir ishlatiladi. Surunkali stadiyada estrogenli shamcha kolpotropin, kolposeptin qinga tampon holida qoʻyiladi. Bakterial kolpit davosi gigiyenik talablariga rioya qilish (tanani toza tutish, jinsiy organlarni va oraliqni toza tutish (dieta, ovqatlanish, uglevod, vitamining boy meva, sabzavotlar buyurish kerak). Takrorlanuvchi vulvaginitda qinga estrogen gormonlari bor mazlar ishlatiladi. Urogenital shamlar (Ginomiks shamchalari yoki polijinaks shamchasidan 5—7 kun qinga qoʻyiladi).



Kandidoz — (kandidamikoz) — qin shilliq parda infeksiyasi boʻlib, bachadon boʻyni va vulvaga tarqaladi. Kasallikni kandida zamburugʻlari chaqiradi. Kasallik gormonal buzilishlar; oqsillar, yogʻlar, uglevodlar, vitaminlar metabolizmi buzilganda va surunkali kasalliklar (diabet, tuberkuloz, salpingoofarit) bilan kasallangan bemorlarda uchraydi.

❖ Kichik chanoq aʼzolarining nospesifik infeksiyon kasalliklari.

Kichik chanoq aʼzolarining nospesifik infeksiyon kasalliklariga endometriy, bachadon naylari, tuxumdon, chanoq qorin pardasi yalligʻlanishi kiradi.

Bu organlarning yalligʻlanishi alohida holda klinik amaliyotda kam uchraydi. Kuperman (1988) yalligʻlanish proseslarini oʻrta ogʻir va ogʻir (peritonit, kichik chanoqda shish) darajaga boʻlishni taklif qiladi. Yalligʻlanish sabablari gonokokk, xlamidiy, streptokokk, stafilokokk mikoplazmalar, ichak tayoqchasi, proteyalar, enterokokklar va boshqalar.

ENDOMETRIT — bachadon ichki qavati yalligʻlanishi, asosan, oʻsuvchi, kambial qavat yalligʻlanadi.

Oʻtkir endometrit: u abort, tugʻruq va diagnostik manipulyatsiyadan soʻng paydo boʻladi. Uni yuqorida aytib oʻtilgan mikro-

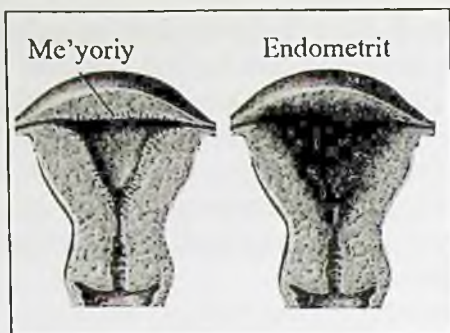
organizmlar chaqiradi, ko'p hollarda ularning assotsiatsiyasi uchraydi. Xlamidiy va genital herpes keyingi hollarda uchraydi.

Etiologik prinsipiga ko'ra, endometritlar spesifik va nospesifik (Bodyajina V.I. 1976-y) endometritlarga bo'linadi. Spesifik turga sil, gonoreya, aktinamikoz chaqirgan endometritlar kiradi. Mikroorganizmlarning evolutsiyasi, mikroorganizmning nerv, endokrin va boshqa sistemalarining kam simptomli endometriyning rivojlanishida katta rol o'ynaydi.

Yallig'lanish endometriyning pastki qavati muskul qavatini ham jalb qilishi mumkin. Yallig'lanish reaksiyasi mikrosirkulatsiyaning buzilishi bilan xarakterlanadi. Miometriyda shish, neytrofil infiltratsiya kuzatiladi. Agar anaerob flora qo'shilsa, miometriyning nekrotik destruksiyasi kuzatiladi.

KLINIKA: kasallik infeksiya tushgandan so'ng 3–4 kunda boshlanadi. Tana harorati ko'tariladi, puls tezlashadi, leykositoz, ECHT ko'payadi. Bachadon biroz kattalashadi, og'riqli bo'ladi. Ajralma seroz – yiringli bo'lib, ko'p vaqt mobaynida shilliq – qonsimon bo'lib turadi. Kasallik 8–10 kun davom etib, yaxshi davolanmasa, yarim o'tkir yoki surunkali formaga o'tadi. Agar antibiotiklar qo'llanilsa, kasal yengil yoki abortiv formaga o'tadi.

Surunkali endometritning (SE) kelib chiqishi ko'p yillar mobaynida muhokama qilib kelinadi. O'tkir endometritning surunkali formaga o'tishi shubhali hisoblanadi. Surunkali endometrit 0,2–0,6%, o'rtachasi 14% uchraydi. Har xil % ko'rinishida uchrashiga sabab diagnoz qo'yishda morfologik kriteriyalarning har xilligidir. Keyingi yillarda SE ko'p uchrayapti. U abortlar, BIV, endoskopik tekshirish usullarining ko'payishi bilan bog'lanadi. Surunkali endometrit o'tkir endometritning oxirigacha davolanmaganligidan kelib chiqib, u bachadondan qon ketganda, bachadon ichiga qilingan manipulatsiyalardan keyin paydo bo'ladi. Kam hollarda surunkali endometrit kechki abortda yo'ldosh qoldig'i qolganda yoki kesar kesishdan so'ng chok qoldig'i bo'lganda uchraydi. Ko'p SE latent kechadi va infeksiyaning klinik belgilari bo'lmaydi. Oddiy bakteriologik usul bilan infeksiyon agent hamma payt aniqlanmaydi, uni aniqlash uchun immunositokimyoviy usul ishlatiladi.



SE ning quyidagi morfologik variantlari bor: atrofik — bunda bez atrofiyasi, stroma fibrozi, limfoid elementlari infiltratsiyasi uchraydi. Kistoz — bunda fibroz to'qima bezning chiqish kanalini qisib, bez ajratmasining to'planishiga olib keladi va kista hosil bo'ladi. SE ning spesifik makroskopik o'zgarishi bo'lmaydi. Uning yuzasida seroz gemorragik va yiringli ajralma kuzatiladi. Endometrit qalinlashib, unga kirganda ko'p material olinadi. Kam hollarda fibroz chandiq hosil bo'lib, bepushtlikka olib keladi. Diagnoz qo'yish uchun gistologik kriteriya limfoid elementlaridan, plazmatik kletkalar, leykositlardan hosil bo'lgan infiltrat bo'lib hisoblanadi. Spiral arteriyalar sklerozi endometriyaning chuqur va yuza bo'limlarida kuzatiladi. Morfologik va funksional endometriydagi o'zgarishlar MNS patologik afferentatsiyasiga olib keladi. Gipotalamo — gipofizar sistema o'zgarishi sababli tuxumdonning endokrin funksiyasi kamayadi va ko'p hollarda ovulatsiya prosessi buziladi.

KLINIKA: kasallik klinikasi endometriyda patologik o'zgarishlar chuqurligi va davomiyligini o'zida aks ettiradi. Endometriyning transformatsiyasi yetarli bo'lmagani uchun deskvamatsiya, regeneratsiya prosesslari buziladi va shu sababli menstruatsiya oldi va keyingi qon ketishlar kuzatiladi. Hayz o'rtasida qon ketishiga ovulatsiya davrida qon tomirlari o'tkazuvchanligi oshishi sabab bo'ladi. Qon ketish sabablaridan biri bachadon muskulaturasining qisqarishi buzilishi va trombositlarning agregasion xossasi o'zgarishidir. Qon ketishdan tashqari, bu kasallarda sekretor funksiya buziladi (seroz, seroz — yiringli ajralmalar keladi).

Doimiy shikoyatlari qov ustida og'riq, bachadonning biroz kattalashuvi va qattiqlashuvi aniqlanadi. SE chatishish bo'ladi, lekin endometriydagi o'zgarishlar implantatsiyaga va tuxum hujayralarining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Bu homila tushishiga va bepushtlikka olib keladi.

DAVOSI: o'tkir davrda mikroblar sezgiriligiga qarab polisintetik penisillin, kanamisin, gentamisin buyuriladi. Dori dozasi va davomiyligi kasallik og'irligiga qarab buyuriladi. Ko'p hollarda anaerob qo'shilishi sababli metronidazol buyuriladi. Infuzion, desansibilizatsiyalovchi, umumiy quvvat dorilar buyuriladi. SE kompleks davo (antibakterial, umumiy quvvat, sedativ, desensibilizatsiyalovchi vitaminlar) qo'llaniladi. Fizioterapik davolash gemo-dinamikani, tuxumdon shishini endometriy reseptorlari aktivligini oshiradi. Bachadondan qon ketishiga qarshi gormonal gemostazdan tashqari, trenaksam kislotasi ishlatiladi. U 5 ml 5 kun qo'llaniladi. Xlamidiy ko'p uchragani uchun tetrasiklin, doksasiklin va makrolidlar buyuriladi. Antibiotiklar kasallik qo'ziganda buyuriladi. Immunomodulator va virusga qarshi preparatlar (Groprinosin, Geviran, Bioflazid) SE davosida asosiy o'rinni egallaydi. U kasallik davomiyligi, kasal yoshi, tuxumdon funksiyasiga qarab buyuriladi.

SALPINGOOFARIT — Jinsiy yo'llar yallig'lanishida asosiy o'rinni egallab, bepushtlikka tahdid soluvchi kasallikdir. Nospesifik SO patogen va shartli patogen mikroorganizmlar chaqiradi: stafilokokk, streptokokk, esherixiya, enterekokk, xlamidiy, anaeroblar. Ko'p hollarda aralash infeksiya chaqiradi.

Yallig'lanish bachadon naylari shilliq qavatidan boshlanib, bu yerda giperemiya, mikrosirkulatsiya buzilishi, eksudatsiya va perivaskular infiltrat hosil bo'ladi. Keyinchalik bachadon naylari muskul qavatiga o'tib qalinlashadi, uzunlashadi, og'riqli bo'ladi. Salpingit va ofarit bir xil patogenez va klinik kartinasi bor, shuning uchun salpingoofarit deb yuritiladi.

Nay ajralmalari bilan mikroblar qorin bo'shlig'i tomonga qarab chiqib nay seroz qavatini va qorin pardasining yallig'lanishiga olib keladi. Ovulatsiyadan so'ng follikulaning granulez pardasi yallig'lanadi. Ampular qismi yopilib qolsa, xaltasimon «shish» (gidro — piosalpinks) paydo bo'ladi.

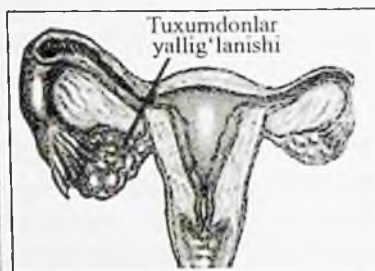
O'tkir SO kartinasi 2 faza bor:

Toksik xarakteridagi, bunda aerob flora ko'p bo'ladi.

Aerob floraga anaeroblar qo'shilib, kasallikni og'irlashtiradi va asoratga olib keladi.

Aynan 2 fazada tubovarial shish paydo bo'lib, uning perforatsiyasi kuzatilishi mumkin.

KLINIKA: tana harorati ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yiringli prosesslarida sovuq qotish kuzatiladi, dizurik belgilar paydo bo'ladi. Kasallikning 1-kunida qorinda qattiq og'riq, muskul himoyasi fenomeni bo'ladi. Vaginal ko'rganda bachadon ortiqlari kattalashadi, shishgan, harakati kamaygan bo'ladi. Leykotsitoz, globulin fraksiyasi ko'paygan, ECHT o'sishi, C-reaktiv oqsil ko'payganligi qayd etiladi. Kuchli intoksikatsiyadan nerv va qon tomirlari sistemasida o'zgarishlar bo'ladi. O'tkir yallig'lanish yaxshi davolansa, butunlay davolanadi yoki yarim, o'tkir yoki surunkali formasiga o'tishi mumkin.



Tashxisini qo'yishda anamneziga, shikoyatlariga, obyektiv tekshirish UTT va laparoskopiya natijasiga asoslanadi. Bachadon naylarining o'tkir yallig'lanishlarida servikal kanal mikroflorasini tekshirish unchalik katta ahamiyatga ega emas, chunki bu mikroflora eksudatsiyadan va bachadon naylari to'qimasidan farq qiladi. Laparoskopiya vaqtida olingan eksudatning mikroskopik va bakteriologik tekshiruvi esa to'g'ri ma'lumot beradi.

DAVOSI: SO o'tkir bosqichida davo faqat shifoxonada olib boriladi. Bu yerda kasalga fizik va asabiy osoyishtalik sharoiti yaratilib, yengil va tez hazm bo'ladigan taomlar hamda kerakli

miqdorda suyuqlik tavsiya qilinadi, ichaklar va siydik ajratish a'zolari faoliyati nazorat qilinadi.

SO davolashda antibiotiklar asosiy o'rinni egallaydi. Ularni qo'llanilgandan natija kasallik chaqiruvchi mikrobnining xususiyatlariga va uning shu antibiotikka ta'sirchanligiga bog'liq. Qo'llaniladigan antimikrob dori yallig'lanish o'chog'ida maksimal miqdorda bo'linishi ta'minlanishi shart. Yarim parchalanish davri juda uzoq bo'lgan antibiotiklarni qo'llash zarur. Kasallikning og'ir klinik kechishida, yallig'lanish jarayonining tarqalishida, gramm (–) va gramm (+) floraning birga uchrashishida, anaerob flora bo'lishi xavfida bir necha antibiotikni qo'shib qo'llash kerak. Klindamisin bilan xloramfinikalni, gentamisin bilan levomisitinni, linkamisin bilan birga qo'llash tavsiya qilinadi. Agar o'tkir **SO** kasalligida mikroblar qo'shilmasi (assotsiatsiyasi) (streptokokk, stafilokokk, entereo bakteriyalar yoki anaerob (bakterioidlar, pentostreptokokklar, pentokokklar) aniqlansa, davoni keng spektrli sefalosporinlar seftazon 1,5 mg bilan birga aminoglikozidlar (gentamitsin 1 mg/kg vena ichiga kuniga 2 marta) qo'llashdan boshlash kerak. 72 soat davomida natija bermasa, kleandomisin 600 mg dan kuniga 4 marta vena ichiga, tana harorati normallasib, qorin parda qo'zg'aluvchanligi yo'qolganicha qo'llash kerak. Anaerob flora borligi ehtimoli bo'lganda obligat anaeroblarga bakteriotsid ta'sir qiluvchi metranidazol qo'llaniladi. Og'ir hollarda metranidazol 1–1,5 g sutkada 5 ml/minutiga tezlik bilan 5–6 kun beriladi. Zaharlanish belgilari kuchli namoyon bo'lgan hollarda infuzion davo: florxinolonlar beriladi (suyuqlikning umumiy miqdori 2–2,5 l/sutkada). Zarur bo'lsa, infuzion davo qo'shib ishlatiladi. Vitaminlar, KIM – sirka ishqoriy holatini normallashtiruvchi dorilar (4–5% bikorbonat natriy 500–100,0 ml miqdorda) qo'llash kerak. Antigistamin dorilar ham tavsiya qilinadi (suprastin, dimedrol).

O'tkir SO – laparoskopiya yaxshi natija beradi, chunki chanoq a'zolari holati ko'rilgan bo'lgan patologik o'zgarishlarga qarab bachadon naylarini izotonik suyuqlik bilan antibiotiklar va anti-septiklar quyib yuvish, yangi hosil bo'lgan nozik chandiqlarni ajratish, ayniqsa, fimbrial bo'lim va tuxumdonning chandiqlaridan

ajratish mumkin. Chanoq bo'shlig'ida yiring bo'lsa, u so'rib olinib, antiseptik va antibiotikli suyuqlik bilan yuviladi.

Chet ellik mualliflarning ta'kidlashicha, davolashning bu usuli ko'p hollarda bachadon naylari va tuxumdonlar faoliyatini tiklashga, shu bilan birga, reproduktiv faoliyatining saqlanishiga kafolat beradi. Yiring olinib, kichik chanoq organlari sanatsiya qilingach, yaxshi klinik natija kuzatiladi. Orqa gumbazdan punksiya qilib, «tubovarial o'sma»dan yiringli suyuqlik olinib, shu igna orqali antibiotiklar yuborish ham yaxshi natija beradi. Ayrim hollarda bu usul operativ davolashdan saqlashga sharoit yaratadi. Lekin Kravpolskiy V.I. va Kulakov V.I. (1984) ta'kidlashicha, ortiq-larda yiringli o'zgarish bo'lsa, ularni jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. Surunkali bosqichda autogemoterapiya, aloe, fizioterapiya, UB nurlari, dorilar elektrofarezi (kaliy, magniy, rux, vibromassaj, UTT ni qo'llash) buyuriladi.



JINSIY YO'L ORQALI YUQADIGAN KASALLIKLAR (JYOYUK)

Ilgari tanosil kasalliklari deb nomlanuvchi atama yaqindan boshlab jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar (JYOYUK) deb ataladigan bo'ldi.

JYOYUK guruhiga, asosan, jinsiy aloqa vositasida o'tadigan yuqumli kasalliklar kiradi. Hozirgi paytda yuqumli kasalliklar orasida JYOYUK juda keng tarqalgan bo'lib, ko'pgina mamlakatlarda

ijtimoiy muammolarni keltirib chiqarmoqda. Ilgarilar tanosil kasalliklariga, asosan, 5 ta yuqumli kasalliklar, ya'ni so'zak, zaxm, shankroid, tanosil limfogranulomasi va qov granulomasi kiritilgan bo'lsa, ularning soni hozirgi kunda JSST tasnifiga ko'ra 20 dan oshib ketdi. Ular qatoriga OITS, trixomoniaz, xlamidioz va boshqa ko'plab kasalliklar ham qo'shildi.

JSST tasnifiga muvofiq, JYOYUKga quyidagilar kiradi:

- *bakterial vaginoz;*
- *kandidoz;*
- *trixomoniaz;*
- *gepatit B;*
- *genital herpes chov granulyomasi;*
- *tanosil limfogranulyomasi;*
- *gonokokksiz uretrit;*
- *orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS);*
- *urogenital xlamidioz;*
- *sitomegalovirus infeksiyalari;*
- *kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari;*
- *zaxm;*
- *so'zak.*

Kasallik keltirib chiqaruvchi etiologik omillarga asosan viruslar, bakteriyalar, sodda mikroorganizmlar, parazitlar kiradi.

JYOYUKning dastlabki ko'zga tashlanadigan belgilaridan erkaklarda uretrit, ayollarda servisit, vaginit, jinsiy a'zoldagi yaralar, o'tkir uchli kondilomalar, immun xususiyatning pasayishi va boshqalar.

Ikkilamchi belgilariga epididimit, chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari (CHAYAK), o'tkir uretritlar kiradi. Ko'pchilik hollarda JYOYUKni bir xil mikroorganizm chaqirishi mumkin, ba'zan esa bir necha qo'zg'atuvchilar chaqirgan holatlar ham uchraydi.

Jahonning turli mamlakatlarida JYOYUKni keltirib chiqaruvchi etiologik omillar ularning turli mintaqada turlicha virulentligi (kasallik chaqirish qobiliyati)ga qarab har xil bo'lishi mumkin. Masalan, g'arb mamlakatlarida ko'proq sodda viruslar keltirib

chiqaradigan jinsiy a'zolar yaralari, rivojlanayotgan mamlakatlarda esa OITS, xlamidioz kabi kasalliklar ko'p uchraydi.

Markaziy Osiyo mintaqasida vaginozlar, servitsitlar va bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (eroziyasi) jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning xarakterli xillari bo'lib hisoblanadi, ularning kelib chiqishida bir necha mikroob shtammlari o'rin tutadi.

Keyingi vaqtlarda JYOYUKning oldini olish va samarali davolashdagi qiyinchiliklarga antibiotiklar ta'siriga chidamli bo'lib qolgan mikroorganizm shtammlarining ko'payib borishi sabab bo'lmoqda. JYOYUKlar o'zidan keyin jiddiy asoratlar qoldirishi bilan ham xavflidir. Bunday asoratlardan kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi, bachadon naylarining ikki tomonlama o'tkazuvchanligining buzilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, bepushtlik, zaxmda tug'ma asoratlar, kasallikni boshqa juftlarga yuqtirish kabilar.

❖ JYOYUKning epidemiologiyasi.

JYOYUKlar xavfi yuqori bo'lgan guruhga 25 yoshgacha bo'lganlar, shaharda hamda noqulay ijtimoiy-iqtisodiy muhitda yashovchi shaxslar kiradi. Bundan tashqari, boshqa guruhga uzoq borish qiyin bo'lgan qishloq va tumanlarda tibbiyot xizmati va muhofaza ishlari yaxshi yo'lga qo'yilmagan mintaqada yashovchi shaxslar, emigrantlar kiradi.

❖ JYOYUKni aniqlash (diagnostikasi)ning muhim jihatlari.

JSST tomonidan bu kasalliklarni tekshirib, diagnozini aniqlash va davolash-profilaktik ishlar yuzasidan maxsus protokol tavsiya etilgan. Shunga ko'ra, dastlabki diagnostik, profilaktik tadbirlar sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inlarida (qishloq va shahar oilaviy poliklinikalar)da amalga oshirilishi lozim. Buning uchun oddiy usul bilan uretra va qin ajralmalarini fiziologik eritmaga aralashtirib hamda ikkinchi usul shunday ajralmalardan surtma tayyorlab gramm usulida bo'yab mikroskopiya qilish.

Oddiy mikroskop yordamida trixomoniaz, kandidoz va bakterial vaginoz chaqiruvchi mikroorganizmlarini aniqlash mumkin. So'-zak, xlamidioz, zaxm kasalliklariga tekshirish uchun maxsus

jihozlangan laboratoriya sharoiti yaratilishi kerak, bu tekshirish usullarini qishloq sharoitida amalga oshirish imkoniyati bo'lmaydi. Shuning uchun laboratoriya tekshirishini o'tkazish imkoniyati cheklangan muassasalarda har bir bemorni klinik jihatdan tekshirib chiqishga to'g'ri keladi.

Kasallikning dastlabki simptomlariga qarab diagnostika aniqlash mumkin bo'ladi. Lekin bunda bir nechta jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning simptomlari bir-biriga o'xshashligi, kasallikni bir nechta mikroorganizmlar (qo'zg'atuvchilar) chaqirishi mumkinligi inobatga olinishi lozim. Bu haqida kasalliklarga alohida ta'rif berilganda tanishasiz.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni samarali tekshirish va davolash uchun kasallik xavfi yuqori bo'lgan guruhga tegishli shaxslarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Shuning bilan birgalikda, JYOYUKning mazkur mintaqada qaysi turi ko'proq uchrashi, bu haqida tegishli davolash-profilaktik muassasalaridan yetarlicha statistik ma'lumotlarga ega bo'lishning ham ahamiyati kattadir. Barcha aholini bir yo'la tekshirish iloji bo'lmaganligi sababli tibbiyot muassasalariga (urolog, akusher-ginekolog, dermatovenerolog va hokazo) murojaat etuvchi aholi qatlamini JYOYUKlarga tekshirish salmoqli diagnostik imkoniyat yaratadi.

Buning uchun tibbiyot xodimlari quyidagilarni bilishlari kerak:

- qanday xatti-harakatlar inson uchun xatarli bo'lishi mumkinligini;

- JYOYUKning simptomlarini;

- aholi yashash joylarida JYOYUKning qaysi turi ko'proq uchrayotganligi haqida ma'lumotni;

- JYOYUK bor deb gumon qilingan kishini atroflicha tekshirib ko'rish va o'tkazilgan tahlil natijalariga ko'ra unga baho bera olish;

- JYOYUKni aniqlashda jinsiy juftlar bilan (ayniqsa, xotin-qizlar) bilan suhbatlar uyushtirib, kerak bo'lsa, anonim so'rovlar o'tkazib, quyidagi diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumotlar to'plash shifokorlar ishini bir muncha yengillashtiradi:

- sizda qindan ajralmalar kelib turadigan vaqt bo'ladimi?

- so‘nggi yillar mobaynida jinsiy jihatdan qandaydir o‘zgarish, jinsiy a‘zolarida yara, terisi zararlangan hollar kuzatilganmi?

- jinsiy juftingiz keyingi 3 oy davomida jinsiy a‘zolar kasalligi, siydik yo‘llaridan ajralma kelishi yoki qovdagi bezlarning shishganligi sababli davolanganmi? Davolangan bo‘lsa qanday kasallik yuzasidan davolangan?

- juftingiz boshqalar bilan jinsiy aloqa qilishi mumkinmi?

- kasbingiz (haydovchilik, harbiy xizmatda bo‘lish) JYOYUK sizda yoki juftingizga paydo bo‘lish xavfini tug‘diradimi?

- o‘zingizda JYOYUK bor deb gumonsiraysizmi?

- mijozlar bu savollarga to‘g‘ri javob qaytarsalar tibbiyot xodimlari tomonidan kasallikni aniqlashga yaqindan yordam beradi.

Tibbiyot xodimlari mijozlarga maslahat berishda JYOYUKdan to‘la davolanmasa yoki tibbiy yordamga o‘z vaqtida murojaat qilmasa, bu kasalliklar inson salomatligi uchun jiddiy muammolar keltirib chiqarishi mumkinligiga e‘tiborni qaratishlari lozim. JYOYUKning oqibati quyidagi asoratlarga olib kelishi mumkin:

- kichik chanoq a‘zolarining yallig‘lanishi tufayli bachadondan tashqari homiladorlikka;

- bachadon bo‘yni rakining rivojlanishiga (bachadon bo‘yni eroziyasi);

- jinsiy a‘zolaridan surunkali ajralmalar kelib turishiga (xlami-dioz, urogenital infeksiyalar bo‘lganda);

- kichik chanoq sohasida surunkali, ayollarni muntazam ravishda qiynab turadigan og‘riqlar paydo bolishi;

- hayz siklida o‘zgarishlar bo‘lishi (og‘riqli hayz, gipermenst-rual sindrom);

Bepushtlik. So‘zakdan davolangan 20–30% erkaklar va yallig‘lanishdan davolanmagan 55–85% ayollar bepusht bo‘lib qoladilar;

JYOYUKning ko‘payishi OITS xavfini kuchaytiradi. Bundan tashqari, jinsiy a‘zolar infeksiyasi homilador ayollarda homiladorlik patologiyasi ro‘y berishiga olib kelishi mumkin (homilaning o‘z-o‘zidan tushishi, muddatidan oldin tug‘ish, homila infeksiyasi). Bunday ayollardan tug‘ilgan chaqaloqlar, ko‘pincha, toksik-septik kasalliklarga moyil bo‘ladi (pnevmoniya, sepsis), markaziy asab

tizimining, ko'zning zararlanishi kabi illatlarga duchor bo'lishi kuzatiladi.

Shu sababli tibbiy xodimlar kasalliklarni har qanday sharoitda (uzoq qishloqlarda, davolash muassasalarining birlamchi bo'g'inlarida), ayniqsa, kasallikning aholi o'rtasida keng tarqalgan turlarini o'z vaqtida aniqlashi davolash chora-tadbirlarini ko'rsatishlari lozimligini e'tiborga olib JYOYUKning ko'p uchraydigan turlari haqida atroflicha ma'lumot beriladi.

❖ **Bakterial vaginoz**

Klinikasi — qindan ko'p miqdorda baliq hidiga o'xshash badbo'y hidli ajralma keladi.

Yuqish yo'li — jinsiy yo'ldan tashqari, kontakt yo'li bilan, ichki kiyim-kechak, parvarishlash jismlari orqali ham yuqishi mumkin.

Diagnostikasi — qindan, siydik kanalidan surtma olib, gramm usulida bo'yab, mikroskopiya qilinganda ko'rish maydonida ko'plab qin epiteliyalarning bakteriyalar qurshovida bo'lishi, qinda ishqorli muhit bo'lishi va ajralmadan baliq hidi kelib turishi bakterial vaginozdan dalolat beradi.

Davolash — **Metranidazol** (ornifloks, orgil, ornidazol) tabletkalarini 7 kun davomida 400–500 mg 2 mahal ichiladi. Koak 1000 mg yoki Ampitsillin sulbaktam 1,5 g dan 4 mahal ichiladi.



Kasallik homiladorlik davriga to'g'ri kelsa, Amoksiklav antibiotikdan 500 mg dan kuniga 2 marta 7 kun davomida ichiladi.

Mahalliy davo — **Cloneks** kremi surtishga 2 mahal, **Bioselak kapsula** — 6 kun yoki **Vaginorm-C** — 10 kun vaginal qo'yiladi.

❖ **Trixomoniaz**

Kasallikni xivchinlilar sinfiga kiruvchi, sodda mikroorganizm — qin trixomanadalari chaqiradi. Kasallik jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi.

Klinikasi — kasallikning xususiyatlaridan, uning simptomlari hamisha ham yorqin ko'zga tashlanavermaydi.

O'tkir trixomanizda ayollarda qindan ko'piksimon, yashil tusli, badbo'y hidli suyuq ajralma keladi. Qinda va vulvada qattiq qichish bo'lishi mumkin. Obyektiv tekshirib ko'rilganda qin shilliq pardasi giperemiyasi, shishi, qinda trixomaniyaz to'grisida xulosa qilishga undaydi.

Erkaklarda uretradan ajralma kelishi va qichishi kuzatiladi.

Diagnostikasi — kasallikning belgilariga qarab hamda qindan kelayotgan ajralmadan tirik tomchi, ya'ni ajralma ustiga fiziologik eritma qo'shilib, undan bir tomchi olinadi, jism oynachaga tomizilib, qoplagich oynacha yopilib, mikroskop tagiga qo'yilganda harakatlanib yurgan xivchinlari, dumi va yadrosi bo'lgan trixomonadalar topilishi trixomaniyaz kasalligi ekanligini tasdiqlaydi. Bundan tashqari, qin ajralmasini jism oynachasiga yupqa qilib surib, surtma tayyorlanadi va metilin ko'ki yoki gemonoksilin — iozin bilan bo'yab, keyin mikroskopda ko'rilsa, trixomonus topilishi mumkin. Eng ishonchli usul ozuqa muhitida trixomonus o'sib chiqsa, shubhasiz trixomaniyaz ekanligi ma'lum bo'ladi.

Erkaklarda ham uretraning ajralmasi olib tekshiriladi. Ba'zan siydikni sentrifuga qilib, undagi cho'kmadan mikroskopda tekshirib ko'rilganda ham trixomonos topilishi mumkin, bu esa trixomaniyaz kasalligi haqida dalolat beradi.

Ushbu kasallik diagnostikasida imkon qadar er va xotin bir vaqtda tekshirilsa yaxshi diagnostik samara beradi.

Davosi — trixomaniyaz bilan kasallangan bemorlar 1 kun davomida kuniga 2 mahal 500 mg dan metranidazol (ornifloks, tinidazol) tabletkasidan, **Balgil** 100 ml 1 mahal, **Siproksin** — 500 mg 2 mahal, Floksan 400 mg 1 mahal ichishni va bir vaqtning o'zida qinga ham shamchalar qo'yishi yaxshi davolovchi samara beradi.

Mahalliy — micotran — 1200 mg 1 marta vaginal 1 kun, so'ng polijinaks — 6 kun, bioselak — 6 vaginal qo'yiladi.

Odatda, davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir.

❖ So'zak

Kasallikni gramm manfiy, Neyser diplokokki-gonokokklar chaqiradi.

Tarqalishi. So'zak JYOYUKning keng tarqalgan turi hisoblanadi. Ba'zi bir xil taraqqiy etayotgan mamlakatlar aholisining 20% i gacha so'zak bilan kasallanganligi sir emas. Hattoki Afrika mamlakatlarida tug'ilayotgan chaqaloqlarning 2–4% ida tug'ma oftalmoblenoreya kasalligi uchraydi.

Klinikasi. Ayollarda kasallik endigina boshlanib kelayotganida 70% hollarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmasligi, yashirin avj olib boraverishi mumkin. Unga xos bo'lgan xususiyatlardan qindan yiringli ajralmalar kelishi, siyish paytida og'riq va achishish (dizuriya) paydo bo'lishi; uretrit belgilari bilan boshlanadi. So'zakning o'tkir darajasida bemorlarni dizuriya qattiq bezovta qilishi, qindan yiringli ajralma ko'plab kelishi, jinsiy a'zolarida og'riq bo'lishi kuzatiladi, hatto tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishiga endometrit, salpingit, salpingooforit, pelvioperitonit kabi kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Natijada, ichki jinsiy a'zolarida bitishmalar paydo bo'lishiga olib keladi va oqibatda ayollar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Erkaklarda so'zak yuqqandan keyin dastlabki 12–72 soat davomida birdan boshlanadi. Asosiy belgilari dizuriya va uretradan yiringli ajralma kelishi. Tanosil a'zolarida og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlidir. Vaqtida davolanmasa, kasallik asorat berib, epididimit, uretra absessi va uning o'rnida keyinchalik chandiqliq hosil bo'lib, bitib qolishi (bitishma) va oxir-oqibatda, erkaklar bepusht bo'lib qolishi mumkin.

Diagnostikasi. Ayollarda qin, bachadon bo'yni kanali, uretra va to'g'ri ichakdan (erkaklarda uretradan) surtma olib, uni maxsus laboratoriyada bakterioskopiya (mikroskopda ko'rish) yoki ajralmani maxsus ozuqali muhitga ekilib, unda gonokokklarni o'stirish bakteriologik yo'l bilan kasallik qo'zg'atuvchisi aniqlanadi.

Bakterioskopiya har hujayra ichida loviya shaklidagi, bir biriga qarab ikkitadan joylashgan diplokokklarni ko'rish mumkin. Bu esa kasallikning aniq diagnostik asosi hisoblanadi.

Surunkali soʻzakni poliklinika, xotin-qizlar maslahatxonalari sharoitida maxsus provakatsiya (sunʼiy ravishda kasallik xurujini chaqarish) — biologik, fiziologik, kimyoviy, termik usullar yordamida kasallikni aniqlash mumkin.

Davolash. Oʻtkir soʻzakni davolashda 500 mg miqdorda siproksin 2 mahal ichiladi. Bundan tashqari, mukammalroq davolash uchun 80 mg trimetoprim, 400 mg sulfametoksazil (Biseptol 480, Septrim, Bakrim), 3 kun davomida 10 tabletka ichiladi. 10000 mg seftriakson (rotasef, suprasef) yoki 2 gr kanamitsin muskul orasiga ineksiya qilinadi.

Kasallikni davolashda, albatta, er-xotin, jinsiy juftlar birgalikda davolanadi. Ularning davolanganlik kriteriyalari aniqlangandan keyingina nazoratdan chiqariladi.

❖ Xlamidioz

Xlamidiozni *chlamydia trachomatis* nomli odam mikoplazmasi chaqiradi.

Kasallik jinsiy aloqa yoʻli bilan yuqadi.

Klinikasi — hamisha ham aniq simptomlari koʻzga tashlanmaydi, ayniqsa, jinsiy aloqa yoʻli bilan ichki jinsiy aʼzolarga oʻtsa, kasallik belgilari maʼlum boʻlmasligi mumkin. Unday bemorlar faqat ginekologik tekshiruv vaqtida bachadon, bachadon boʻyni kanalidan yiring aralash ajralma kelishi va bachadon boʻyni salga qonaydigan boʻlib qolishi xlamidioz toʻgʻrisida oʻylashga majbur qiladi.

Erkaklarda xlamidiya infeksiyasi 50% hollarda gonokokksiz uretritlarga sabab boʻladi.

Ularda dizuriya, tez-tez siyish, siydik yoʻllaridan shilimshiq-yiringli ajralma kelish kuzatiladi. Ayollarda kasallik belgilari servitsit, endometrit yoki vaginit (kolpit) kabi jinsiy yoʻllardan shilimshiq-yiringli ajralma kelishi, ogʻriqli boʻlishi, achishish kabi alomatlar seziladi.

Diagnostikasi — xlamidioz, koʻpincha, jinsiy aʼzolar yalligʻlanish kasalliklarini, soʻzakni aniqlash maqsadida bakteriologik tekshirishlar oʻtkazilganda xlamidiyalar topilishiga qarab aniqlanadi. Odatda, qindan, bachadon boʻyni kanalidan, bachadondan yiringli

chiqindilar kelganda, albatta, xlamidiozga ham surtma olib o‘stirish, kasallikning diagnostikasi va uning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Mikroskopiyada, bakteriologik tekshirishda *cheamydia trachomatis* topilishi kasallikning aniq diagnostikasi hisoblanadi.

Davolash — 7 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg doksilan ichiladi, umumiy dozasi 2 g ga yetishi kerak, tetratsiklin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida ichiladi yoki eritromitsin 500 mg dan 4 marta 7 kun davomida, sulfafurazol 500 mg dan 4 marta 10 kun, Azitromitsin 250 mg 4 marta 7 kun davomida ichiladi.

Mahalliy — vagimilt № 6 1 marta vaginal 6 kun, so‘ng bioselak-6 vaginal qo‘yiladi. Odatda, davolash kursi 14 kundan keyin takrorlanishi maqsadga muvofiqdir. Er va xotinni birgalikda davolansa, yaxshi davolash, natijasiga erishish mumkin.

❖ Genital herpes

Genital herpesni qo‘zg‘atuvchi oddiy herpes virusi bo‘lib, virus tarkibida DNKsi bo‘ladi. Viruslar ikki turga bo‘linadi. Birinchi turi, asosan, lab, ko‘z, burun kabi a‘zolarning teri va shilliq pardalarini zararlaydi. Ikkinchi tur herpes viruslari jinsiy a‘zolarida kasallik chaqiradi.

Klinikasi — herpesning mahalliy belgilari jinsiy a‘zolar (qin, bachadon bo‘yni)da uretra va oraliqda ko‘zga tashlanadi. Ular alohida-alohida yoki ko‘plab qichishadigan pufakchalar hosil bo‘lishi, zararlangan joyning qizarishi, shilliq pardalarning shishishi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik pufakchalar yoriladi, ular o‘rnida og‘riqli yaralar paydo bo‘ladi, yaralar 2–4 haftada chandiq hosil qilmasdan bitib ketishi mumkin. Ba‘zan u joyga ikkilamchi infeksiya tushishi oqibatida uzoq muddat bitmaydigan chandiqlar hosil qiladigan yaralar paydo bo‘lishi mumkin.

Diagnostikasi — agarda herpesga xos klinik belgilar rivojlansa, diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug‘dirmaydi. Anamnezi, shikoyati va obyektiv tekshirish natijalariga qarab diagnozi aniqlanadi. Aniq diagnostikasi bakteriologik tekshiruv natijasida herpes chaqiruvchi virus topilishiga asoslanadi.

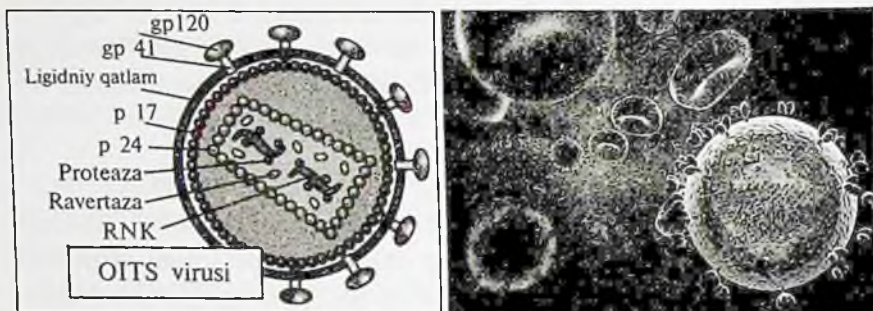
Davolash — 7 kun davomida kuniga 5 marta 200 mg dan Asiklovir yoki Ulkaril 800 mg, (Zoviraks, Famvir va boshqalar)

doramisin – 3000000 1 tab 2 mahal ichiladi yoki Azimitsin 250 mg 4 marta 7 kun davomida ichiladi.

❖ **Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS)**

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi tez tarqaluvchi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik hisoblanadi.

OITS birinchi bo'lib 1981-yilda qayd etilgan. Uni keltirib chiqaruvchi virus – 1983-yilda aniqlangan, odam immun tanqisligi virusi (OIV-VICH) hisoblanadi.



Kasallikning tarqalganlik darajasi. Dunyoning ko'pgina mintaqalaridan olingan ma'lumotlar haqiqatga unchalik yaqin bo'lmasa-da, JSST axborotlariga ko'ra, ko'pgina mamlakatlarda bu kasallik keng tarqalmoqda, hattoki haqiqiy epidemiya holati sodir bo'lmoqda.

OITSning oqibati asosiy e'tiborni o'ziga qaratmoqda, chunki bu kasallik, asosan, yosh kishilarda uchraydi va inson umrining sermahsul davriga to'g'ri keladi. Afrika davlatlari, Braziliyada OITS keng tarqalgan, Buyuk Britaniya, Meksika kasallik o'rtacha darajada tarqalgan mamlakatlar hisoblanadi.

Odam immun tanqisligi virusi (OITV)ning tarqalishi

OITS OIV infeksiyasi chaqiradigan keng qamrovli kasallikdir. OIV inson organizmi immun tuzilishini zararlovchi infeksiya bo'lib, u, asosan, oq qon tanachalarida ishlab chiqariladigan T-limfotsitlarini yemiradi. OIV tinch-osuda holatidan faollikka o'tish xususiyatiga ega. Ayniqsa, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIVning faollashuviga sabab bo'ladi.

Inson organizmi qancha uzoq vaqt davomida infeksiyalanib yursa, uning immun tizimining zararlanish ehtimoli shuncha ko'proq bo'ladi va turli xil kasalliklarning, jumladan, xavfli o'smalarning ko'payishiga olib keladi. OIVni yuqtirgan kishilarning qariyb 50% i 10 yil ichida OITS kasalligiga duchor bo'ladilar. OITS kasalligi bilan og'rikan bemorlarning 50% i 18 oy ichida, 80% i esa uch yil davomida hayotdan ko'z yumishlari qayd etilgan. Afrika mamlakatlarida bu ko'rsatkich yana ham qisqaroq, sababi ularda kasallik kech aniqlanadi va tibbiy xizmat ko'rsatish darajasi hamda unga erishish qiyinroq.

❖ Epidemiologiyasi

OIV ni yuqtirganlar soni JSST ma'lumotlariga ko'ra, 10 mingga cha kishini tashkil etadi. 1990-yilda esa ularning soni 100 mingdan oshgan bo'lishiga qaramasdan, 1998-yilda JSST tomonidan dunyoning 135 dan ko'proq mamlakatlarida 120000 dan ortiq holatlarda OITS qayd etilgan. Ammo haqiqiy kasallanganlar soni bu raqamdan ancha ko'p bo'lishi ehtimoldan xoli emas, chunki ko'pgina mamlakatlarda kasallik diagnostikasidagi qiyinchiliklar bunga sabab bo'lishi mumkin.

Rivojlanayotgan mamlakatlar orasida Braziliya va Markaziy Afrika mamlakatlarida kasallik ko'p tarqalgan. AKGLda 1988-yilda 73000 dan ziyod kasallik qayd etilgan bo'lib, uning 56% i olamdan ko'z yumgan. OITS bilan kasallanganlarning 70% i AKGD zimmasiga to'g'ri keladi. Yevropada Shveysariya, Daniya, Fransiya va Belgiyada OITS shu mintaqadagi boshqa mamlakatlardagidan ko'proq uchraydi.

Osiyo mamlakatlarida OIV yuqtirgan kishilar haqida ma'lumotlar kam, lekin keyingi yillarda Markaziy Osiyo davlatlarida, jumladan, O'zbekistonda ham OIVni yuqtirgan kishilar va OITS bilan kasallangan bemorlar qayd etila boshladi.

❖ Kasallikning yuqish yo'llari

Jinsiy aloqa yo'li

Erkaklar orasida tarqalishi, asosan, gomoseksualistlarda uchraydi. Erkaklardan ayollarga, ayollardan erkaklarga kasallik jinsiy yo'l orqali yuqadi. 95% hollarda kasallik jinsiy yo'l bilan yuqadi.

Parenteral yo'l

Qon va qon o'rnini bosuvchi vositalarni qon tomiri ichiga quyilganda. Narkomanlar tomonidan ishlatilgan ignalar bilan takror ineksiya qilinganda.

Stomatologiya, jarrohlik amaliyotida tibbiy xodimlarning bexosdan jarohatlanishi oqibatida kasallik yuqadi.

Perinatal yo'l

Homila ona qornida paytida yoki tug'ruq paytida hamda tug'ilgandan keyin emizish davrida kasallikni yuqtirishi mumkin. Ma'lumotlarga ko'ra, kasallangan onalardan bolalariga kasallikning yuqishi yuqori darajada bo'lishi aniqlangan. O'smirlarda, asosan, jinsiy aloqa yo'li va parenteral yo'l bilan yuqadi.

OIVni qonda, so'lakda, spermada, qin chiqindisida, siydikda va najasda bakteriologik tekshirishlar natijasida ajratib olishga muvaffaq bo'lindi. Asosan, OIV qondagi limfotsit, monotsitlarda, sperma va qin chiqindilarida jon saqlashi ma'lum.

Profilaktikasi

Hozirgi davrda OIV yuqtirishdan saqlanish OITS epidemiya-sining oldini olishning yagona yo'li hisoblanadi.

OITSGa qarshi kurashning asosiy hal qiluvchi jihatlaridan biri – bu xavfsiz jinsiy aloqa vositalarini targ'ibot qilish va JYOYUKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik. Bunga keng jamoatchilikni jalb qilgan holda maktablarning yuqori sinf o'quvchilari, litsey, kollej o'quvchilari va oliy o'quv yurtlari talabalari barcha pedagogik va tibbiyot xodimlarining kuchi bilan keng jamoatchilik orasida kasallikning oldini olish chora-tadbirlari haqida tushuntirish ishlari olib borish, o'quvchi-o'smirlar bilan o'quv maskanlarida maxsus darslar tashkil qilish maqsadga muvofiqdir. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ma'lum bo'lganda, ya'ni kasallik xavfi bo'lgan shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lmaslik, prezervativlardan foydalanish, narkomaniyaga qarshi kurash, turli xil ineksiyalardan o'zini tiyish ham kasallik profilaktikasining asosiy ustunlari hisoblanadi.

❖ Klinik ko'rinishi

OIV bilan zararlangan insonlarda virus tashuvchanlik (tarqatish) xususiyati umrining oxiragacha davom etadi. Aksariyat

hollarda kasallik ma'lum bir belgilarisiz boshlanadi. Bu holat uzoq yillar davom etishi mumkin. Infeksiya odam organizmiga qanchalik uzoq ta'sir etsa, shunchalik immun tizimni ko'proq zararlaydi. Kasallik belgilarining rivojlanib borishini quyidagicha to'rt toifaga ajratish mumkin:

Infeksiyaning boshlang'ich bosqichi. Aksariyat hollarda kasallikni yuqtirgan mijozlar hech narsadan shikoyat qilishmaydilar. Onda-sonda bemorlar isitmasining oshishi, darmonsizlik, charchoq va muskullarda og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Odatda, zararlanishdan 12–14 hafta o'tgandan keyin qonda o'zgarishlar – antitelalar paydo bo'la boshlaydi. Ba'zan esa 6 oylar o'tgandan keyin ham maxsus antitelalar topilmasligi mumkin.

OIVning klinik belgilarisiz tarqalish bosqichi. OIVni yuqtirgan kishilarda kasallik belgilari namoyon bo'lmasa ham, ular kasallik tarqatuvchi bo'lib yuradilar. Bu bosqichda organizm immun tizimi zararlanganligini aniqlash imkoniyati bo'ladi.

OITS bilan bog'liq bo'lgan belgilarning rivojlanish bosqichi. Bu bosqichda keng tarqalgan limfa bezlarining kattalashuvi kuzatiladi. Bunda ba'zan isitma ko'tariladi, ba'zan tana harorati oshmasligi mumkin. Lekin kechqurungi terlash, ich ketish, ozish, horg'inlik, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, qinda kandidozga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bu holat bir yil va undan ko'proq cho'zilishi mumkin.

OITS rivojlanish bosqichi

Ular quyidagilardan iborat:

a) odam organizmida immun tizimi tekshirilganda immun tanqisligi aniqlanishi;

b) immun tanqislik holatining organizmdagi boshqa o'zgarishlar bilan bog'liq emasligi (ya'ni dori vositalarini qo'llash, xavfli o'smalar borligi va boshqa holatlardan qat'i nazar);

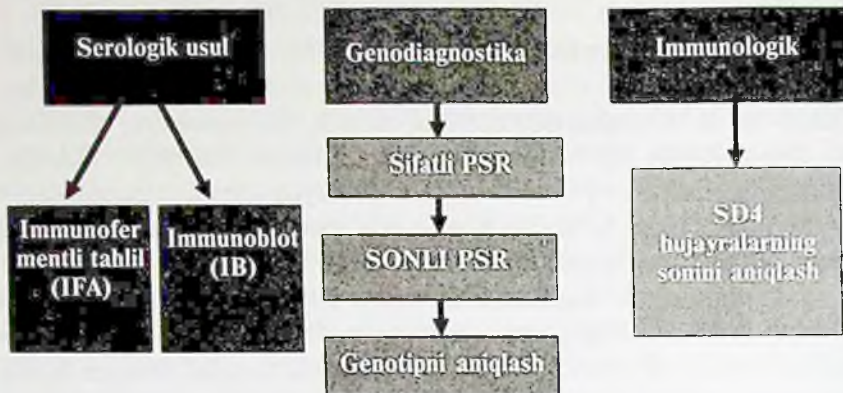
c) limfa tizimining OIV infeksiyasi bilan bo'g'liq bo'lgan xavfli kasalliklar aniq ko'zga tashlanishi. Unga qo'shimcha tarzda meningit, markaziy nerv tizimining toksoplazmozi, pnevmoniya, tuberkuloz, herpes, kandidoz kabi kasalliklar avj olishi;

d) ensefalopatiya sindromi yuzaga chiqishi;

e) organizmdan OIVning ajralib chiqishi;

f) kasallikning laboratoriya tekshirish yo'li bilan tasdiqlanishi.

❖ Diagnostikasi



Organizmida OIVga antitela borligini aniqlash maqsadida laboratoriya tahlili o'tkaziladi. Kasallikning I–II bosqichlari diagnostikasi uchun laboratoriya tekshirish yagona usul hisoblanadi. Kasal kishi bilan kontaktda bo'lgandan keyin organizmda o'rtacha 12 haftalardan keyin OIVga qarshi antitela ishlab chiqiladi.

O'zbekiston Respublikasi barcha viloyatlarida OITSga qarshi kurash markazlari faoliyat ko'rsatadi va ular qoshida maxsus laboratoriyalar mavjud bo'lib, zamonaviy asbob-uskunalar bilan jihozlangan va OITSni laboratoriya usulida aniqlash imkoniyatiga ega.

OITSni klinik manzarasiga qarab, uning III–IV bosqichlarida faqatgina yuqumli kasalliklar mutaxassislari aniqlashi mumkin, agarda mijozda quyidagi belgilar aniqlanishiga tashlansa:

- tana vaznining 10% dan ko'proq miqdorda ozishi;
- bir oydan uzoqroq muddatda surunkali ich ketishi;
- bir oydan ko'proq davom etayotgan doimiy ravishdagi isitma;
- doimiy davom etib kelayotgan va bir oydan ortiq cho'zilgan yo'tal;
- terida toshmalar keng tarqalgan;
- og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yoki qinda kandidoz;

g) limfa bezlari faoliyati buzilishining keng tarqalishi.

Yuqorida qayd etilgan klinik belgilar paydo bo'lishiga qarab malakali mutaxassislar OITSning III–IV bosqichini aniqlashlari mumkin. Eng ishonchli diagnostik usul sifatida, albatta, OIVni laboratoriya tekshirishi yo'li bilan aniqlash kasallik to'g'risida ishonchli ma'lumot beradi.

Davolash. Bugungi kunga qadar OITSni davolashning, ya'ni OIVga qarshi antivirus preparatlarini qo'llashning aniq bir usuli ma'lum emas, lekin hozirga qadar bu mudhish kasallikni davolashning samarali usullari hamda immun tizimini qo'llab-quvvatlovchi dorivor vositalar ustida doimiy ravishda izlanishlar davom etmoqda.

Shuning uchun ham kasallikni davolashdan ko'ra, uning oldini olish ancha osonroqdir. Shu maqsadda quyidagi tavsiyalarga amal qilinsa, maqsadga muvofiq hisoblanadi:

– OIV bilan zararlangan yoki uning xavfi bo'lgan kishilar bilan jinsiy aloqadan o'zini tiyish;

– hayotda faqat bitta jinsiy juft bilan yashash;

– tartibsiz jinsiy hayotda bo'lgan mijozdan o'zini chetga olish;

– jinsiy aloqa paytida prezervativlardan foydalanish.

Mabodo OIV bilan zararlangan kishilar bo'lsa, infeksiyani boshqalarga yuqtirmaslik maqsadida quyidagilarga amal qilish lozim:

1. Turli xil kasalliklardan o'zini asrash. Chunki har turli yuqumli kasalliklar immun tizimini ishdan chiqarishi, organizmni toliqtirishini unutmang.

2. Mabodo biror bir juft bilan jinsiy aloqada bo'lishni rejalashtirsangiz, o'zingizda OIV borligi haqida juftingizni ogohlantiring.

3. Donorlik qoni, spermasi va transplantatsiya uchun organ va to'qimalarni berishdan o'zingizni saqlang.

4. Meditsina yordami uchun, albatta, murojaat eting.

OITS ni davolashning o'ta murakkabligini inobatga olgan holda barcha tibbiy xodimlar, maktab-maorif tizimi, keng jamoatchilik birgalikda kasallikning oldini olish, JYOYUKning tarqalishiga yo'l qo'ymaslik, o'smirlar, yosh yigit-qizlar orasida keng qamrovli sanitariya-maorif va profilaktika ishlarini olib borish, alkogolizm narkomaniyaga qarshi kurashish, sog'lom turmush tarziga amal qilish asr vabosiga aylanayotgan mudhish kasalliklarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi.

Statsionarda kasalini olib borish standartlari (milliy standart)

Nazologik kod MKB-10 da	Simptomlar	Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va diagnostik tekshirishlar hajmi	Davolash va reabilitatsiya
Bachadon nayi va tuxum- donlar absessi (tuboovarial) № 70	– qorinning pastki sohasida og'riq; – intoksikatsiya simptomlari	– anamnez; – umumiy ko'rik; – ginekologik ko'rik; – umumiy qon tahlili; – gepatit C, RW, HbAg, OIV; – qon guruhi, Rh omil; – ajralma tahlili; – ajralmaning bakteriologik tahlili; – qonning biokimyoviy tahlili; – koagulogramma; – qondagi glukoza miqdori; – kichik chanoq a'zolari UTT si; – EKG; – ko'krak qafasi rentgenogrammasi; – xirurg, terapevt, anesteziolog maslahati	Laporatoriya yoki laporaskopiya: bachadonning zararlangan sohasi yoki absessda olib tashlash, qorin bo'shlig'ini drenajlash. Keng qamrovdagi antibiotiklar bilan antibakterial terapiya. Reabilitatsiya: fizioterapiya
O'tkir salpingit va oforit № 70.0	bel va qorinning pastki sohasidagi og'riq; – tana haroratining oshishi, umumiy holsizlik; – menometroragiya – menstrual siklining buzilishi, dismenariya; – psixoeemotsional buzilishlar	– anamnez; – umumiy ko'rik; – ginekologik ko'rik – umumiy qon tahlili; – umumiy siydik tahlili; – ajralma tahlili; – ajralmaning antibiotiklarga bakteriologik tekshiruvi; – biokimyoviy qon tahlili	Konservativ terapiya Antibakterial davo. Tavsiya qilingan rejim. Florinolin 2–3 avlod+metronidazol 500 mg 1 sutkada 3 mahal Amoksisilin/Klavulant 1,2 g har 8–12 soatda

	– libidoning o'zgarishi, anorgazmiya, vaginizm, dispareuniya; – siydikni tuta olmaslik; – belfi ko'p hollarda shilliq, yiringli shilliq	– koagulogramma; – (C) reaktiv oqsil; – kichik chanoq a'zolari UTT si; – termometriya	(tomir ichiga astalik bilan ineksiya qilish yoki tomchilatib 30–40 min) +doksiklin 100 mg 1 sutkada 2 mahlal (peros). Linkozamid (klindomitsin yoki linkomitsin)+aminoglikozidlar (yuqori dozada gentamitsin 2 mg/kg, keyin 1,5 mg/kg 1 sutkada 3 mahlal, ba'zi hollarda sutkalik dozani kamaytirish mumkin) va metronidazole; – infuzion terapiya (ko'rsat-magaz qarab); – antigistamin preparatlar; – NYAQV. Reabilitatsiya: fizioterapiya
Ayollarda chanoq bo'shlig'idagi o'tkir peritonit (Pelvioperitonit) №73.3	– qorinning pastki qismida kuchli og'riq; – qorinning ta'sirlanish simptomlari; – jinsiy a'zoldan yiringli ajralmaning kelishi; – intoksikatsiyabelgilari	– anamnez; – umumiy ko'zdan kechirish; – ginekologik ko'rik; – umumiy qon tahlili; – umumiy siydik tahlili; – ajralma tahlili; – ajralmaning antibiotiklarga chidamliligini bakteriologik tekshirish; – kichik chanoq a'zolarining UTTsi; – termometriya	Konservativ davo: Antibakterial davo (ikki xildan kam bo'lmagan antibiotiklar bilan). – antigistamin preparatlari; – dezintoksikatsion terapiya; – NYAQD; – infuzionnayerapiya. Davo samarasiz bo'lganda-xirurgik davo: laparotomiya yoki laparaskopiya

		– (C) reaktiv oqsil; – qonning biokimyoviy tahlili; – koagulogramma; – xirurg maslahati	– qorin bo'shlig'ini drenajlash va sanatsiya qilish; - Reabilitatsiya: fizioterapiya
Bartolini bezlarining kistasi №75.0	– katta va kichik lablar sohasidagi og'riq; – tug'ruq hissi; – jinsiy yaqinlikdagi diskomfort	– anamnez; – umumiy ko'zdan kechirish; – ginekologik ko'rik; – umumiy qon tahlili; – umumiy siydik tahlili; – ajralma tahlili; – ajralmaning bakteriologik tahlili; – gepatit C, RW, HbAg, OIV; – qon guruh, Rh omil; – koagulogramma; – EKG; – anesteziolog maslahati	Xirurgik davo: – kimyoviy preparatlar bilan kista kapsulasini koagulyatsiya qilish va bartolini kistalarini ochib olib tashlash
Bartolini bezlari absessi № 75.1	– oraliq sohasiga irradiatsiyalanuvchi kattava kichik lablar sohasidagi pulsatsiyalanuvchi og'riq; – jinsiy yaqinlikdagi diskomfort; – intoksikatsiya belgilari	– anamnez; – umumiy ko'zdan kechirish; – ginekologik ko'rik; – umumiy qon tahlili; – umumiy siydik tahlili; – ajralma tahlili; – ajralmaning bakteriologik tahlili; – gepatit C, RW, HbAg, OIV; – qon guruh, Rh omil; – koagulogramma; – EKG – anesteziolog maslahati	– xirurgik davo: absessni drenajlash va ochish; – antibakterial davo; – antigistamin preparatlari; – NYAQV

❖ Masala

30 yoshdagi ayol qorinning pastki va yonbosh sohasida og'riq, ko'ngil aynishi va qusishga shikoyat qilib keladi.

Anamnezidan: menstrual funksiyasi o'zgarishsiz, jinsiy hayot 22 yoshdan 3 marta homilador bo'lgan, 2 ta vaqtida tug'ish va 1 ta sun'iy abort bo'lgan. Ginekologik kasalliklardan ikki tomonlama adneksit bo'lgan va shu kasallik bilan bir necha marta stasionar davolash.

Ko'rik: A/D 110/70 mm s.u., puls 110 marta minutida. Tana harorati 37,80 °C. Tili quruq, oq karash bilan qoplagan. Qorni aylana shaklida, qorin oldingi devoridagi muskullari taranglashgan, ko'proq o'ng tomonda. Shyotkin — Blumberg simptomi musbat.

Bachadon bo'yni silindrik shaklida, bachadonning bo'g'zi yopiq, bachadon kattalashgan, normal kattiklikda chap tomondan 10x14 mm hosila paypaslanadi. Yuzasi silliq, harakatlari chegaralangan, og'riqli. To'g'ri ichak orqali tekshirilganda ma'lumotlari o'shanday.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Qaysi ma'lumotlar aniq shu kasallikni ko'rsatadi?
3. Bu patologiyani qaysi kasalliklar bilan taqqoslash mumkin?
4. Qanday qo'shimcha tekshirish o'tkazish mumkin?
5. Shu vaziyatda sizning taktikangiz?
6. Operativ davolash hajmi.

❖ Masala

27 yoshli bemor ayollar maslahatxonasiga qin sohasida noxushlik, achishish, qichishishga shikoyat qilib keldi. O'zini 5 kundan beri kasal deb hisoblaydi.

Anamnezidan: hayz 13 yoshdan, 3–4 kun, sikl 30 kun, regular. Oxirgi hayz 2 hafta oldin. Jinsiy hayot 21 yoshdan, 2 homiladorlik. 1-tug'ruq, 2-abort (8 hafta). Tug'ruq va abort asoratsiz o'tgan.

Obyektiv: umumiy ahvoli qoniqarli. Puls 66 ta. A/D 115/70 ga teng. Tana harorati 36.8. Ichki organlar patologiyasiz. Qorni yumshoq, palpatsiyada og'riqsiz. Ich ketishi va diurez normal.

Qin ko'zgulari bilan ko'rganda: bachadon bo'yni shilliq qavati giperemiyalangan, oq karashlar bilan qoplangan, ajralmalar tvorogsimon. Bachadon bo'yni silindrik.

P.V: qinga kirish erkin, bachadon bo'yni elastik, bo'g'iz yopiq, bachadon normal kattalikda, qattiq, harakatchan, bachadon hosilalari ikki tomondan ham aniqlanmaydi va og'riqsiz.

1. Sizning tashxisingiz:
2. Qanday qo'shimcha tekshirish usullarini o'tkazish zarur?
3. Davolash taktikasi?

❖ Test

1. *Parametritning yiringlash bosqichida davolash usuli?*

- a) *kolpotomiya;
- b) laparotomiya;
- c) konservativ;
- d) bachadon ekstirpatsiyasi.

2. *Kolpitning qaysi turida estrogenlar mahalliy ishlatiladi?*

- a) *zamburug'li;
- b) gonoreyali;
- c) trixomonadli;
- d) surunkali.

3. *Infeksiya tushgandan keyin qaysi kuni endometrit belgilari paydo bo'ladi?*

- a) *3-4 kun;
- b) 7-8 kun;
- c) 5-6 kun;
- d) 9-10 kun.

4. *Trixomoniazning inkubatsion davri?*

- a) *5-15 kun;
- b) 2-3 kun;
- c) 30 kun;
- d) bir necha oy.

5. *Trixomonada topilganda qin tozalik darajasi?*

- a) *4 daraja;
- b) 2 daraja;
- c) 1 daraja;
- d) 3 daraja.

6. *Trixomoniazda nechta klinik formalar tafovut qilinadi?*

- a) *2 ta;
- b) 4 ta;
- c) 3 ta;
- d) 5 ta.

7. *Surunkali trixomoniaz deb...*

- a) *2 oydan ko'p;
- b) 1 oydan kam;
- c) kasallik davomiyligi 1 oydan ortiq;
- d) 3 oydan ortiq.

8. *Vulvit nima?*

- a) *qin devorlari yallig'lanishi;
- b) bachadon bo'yni yallig'lanishi;
- c) tashqi jinsiy organlar yallig'lanishi;
- d) bachadon naylari yallig'lanishi.

9. *Zamburug'li kolpit qo'zg'atuvchisini ko'rsating.*

- a) *kandida;
- b) streptokokk;

c) Trixomoniaz; d) stafilakokk.

10. *Kandidozni davolashda maxsus preparat...*

a) *tinidazol, flukanozol; c) penitsillin;
b) streptotsid; d) metranidazol.

11. *Kandidozga xarakterli emas...*

a) *qon ketishi; c) qinning qichishi;
b) achishish; d) ajrilmalarning bo'lishi.

12. *Trixomoniazning necha turini bilasiz?*

a) *2; c) 5;
b) 4; d) 6.

13. *Trixomoniazda inkubatsion davr qancha?*

a) *10 kun; c) 40 kun;
b) 1-3 kun; d) 20 kun.

14. *O'tkir endometritda kuzatilmaydi...*

a) *qon bosimining ko'tarilishi; c) metroraggiya;
b) qorin pastida og'riq; d) taxikardiya.

15. *Abortdan keyingi metroendometrit qachon rivojlanadi?*

a) *2-3 kun; c) 11-12 kun;
b) 2-3 soat; d) 1 oydan keyin.

16. *Salpingoofaritning chanoq qorin pardasining yallig'lanishi bilan keladigan formasi o'tkir salpingoofaritning qaysi stadiyasiga kiradi?*

a) *3 stadiya; c) 4 stadiya;
b) 1 stadiya; d) 2 stadiya.

V. TUXUMDON O'SMA KASALLIKLARI

❖ Tuxumdon kistalari

Xavfsiz o'sma hisoblangan kista (pufak) organizmda gormonal o'zgarishlar ro'y bersa yoki jinsiy a'zolarida surunkali yallig'lanish (shamollash) kasalliklari to'liq davolanmasa yuzaga keladi. Ba'zan turli infeksiyalar sabab bachadon shilliq qavati, tuxumdon va bachadon naylarining atrofi yallig'lanadi. Oqibatda esa shilliq qavat zararlanib, buning hisobiga o'sha yerda suyuqlik yig'iladi. Bu esa kista pufagini hosil qilishi mumkin. Ba'zi taxminlarga ko'ra, hayz siklining tartibsizligi, qattiq asabiylashish, ayolning zararli odatlari ham kista kelib chiqish xavfini yuzaga keltiradi.

Tuxumdon kistalariga follikular, lyuteinli, shokolad, paraovarial kistalar kiradi.

Follikular kista — persistirlovchi yoki atreziyalanuvchi follikuladan rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni natijasida tuxumdonda oqsil qavatining qalinlashishi kuzatiladi, natijada persistirlovchi follikula qobig'i qalinligi yoki gipofizning gonadotrop faoliyati buzilishi natijasida yorila olmasdan atreziyalanuvchi follikulaga aylanadi. Qon tomirlardan suyuqlik transsudatsiyasi natijasida follikulada suyuqlik yig'iladi.

Odatda, u 10 sm o'lchamli yupqa devorli silliq yuzali hosila bo'ladi yoki undan katta bo'lsa, malignizatsiya ehtimoli ham bo'lishi mumkin. Konsistentsiyasi qattiq-elastik. Follikular kistalar o'zida estrogen tutadi, ular gormonal faol o'sma hisoblanadi. Shu sababli klinikada amenoreya, giperpolimenoreya va boshqalar kuzatilishi mumkin. Ko'p hollarda follikular kista simptomsiz kechib, profilaktik ko'rik vaqtida aniqlanadi.

Davolash. O'sma o'lchami 8 sm dan ortiq bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan olib tashlashga ko'rsatma bo'ladi. Agar 8 sm dan kichik bo'lsa, birinchi marta aniqlangan va yosh ayollarda bo'lsa, 1 hayz

sikli davomida soʻriluvchi davo oʻtkazish mumkin (akusher-ginekolog koʻrsatmasi bilan). Agar bu davodan samara boʻlmasa, keyingi oyda jarrohlik davosi qilinadi, chunki malignizatsiya ehtimoli boʻladi.

Sariq tana kistasi — Turlari: 1. Homiladorlik boʻlmagandagi sariq tana kistasi — atreziyalanuvchi follikuladan rivojlanadi. 2. Homiladorlik davridagi, yelboʻgʻoz va xorionepiteliomadagi sariq tana kistasi.

Homiladorlik boʻlmagandagi sariq tana kistasi — odatda, bir tomonlama va 8 sm gacha boʻladi, yuzasi silliq, suyuqligi qizigʻish-sariq rangda, kapsulaning ichki qavati burmali boʻladi. Follikular kistadek simptomsiz kechadi. Baʼzi hollarda hayz siklining II fazasida kattalashib, I fazasida kichrayadi.

Tashxislash: 1. Bimanual rekto-abdominal koʻrik.

2. Kichik chanoq aʼzolarini dinamikada UTT tekshirish.

3. Umumiy qon tahlili.

4. Qin tarkibining flora va atibiotiklarga taʼsirchanligini mikrobiologik aniqlash.

Davolash: homiladorlik davridagi sariq tana kistasi, odatda, homiladorlikning II yarmida mustaqil soʻrilib ketadi. Funktsional va sariq tana kistalarini davolash endokrinolog-ginekolog tomonidan olib boriladi.

Paraovarial kista — tuxumdondan ortiqlari kanalchalaridan rivojlanadi — paraovariya. Keng bogʻlamlar orasida intraligamentar joylashadi va oyoqchalari boʻlmaydi. Bir tomonlama, silliq devorli, kichik oʻlchamli boʻlib, baʼzan katta oʻlchamda ham uchrashi mumkin. Suyuqligi seroz, transsudatga oʻxshash boʻladi. Sekin oʻsadi, klinik belgilari kuzatilmaydi, shu sababli profilaktik koʻrik vaqtida aniqlanadi.

Davolash: jarrohlik yoʻli bilan.

Endometrioid (shokolad) kistalar — bachadon naylari orqali tuxumdonga tushgan endometriy yoki endometriyning embrional kurtaklaridan rivojlanadi. Shokolad kista tuxumdondan endometriozi deb taʼriflanadi.

Klinik jihatdan bu kista hayz oldidan mikroperforatsiya tufayli qorin boʻshligʻiga qon tushishi sababli qorinda ogʻriqlar bilan

kuzatiladi. Og'riq hayz tsikli bilan bog'liq bo'lib, hayz oldida kuchayadi. Shuningdek, algodismenoreya ham xos. Mikro-perforatsiyada atrofdagi qorinparda, bachadon, naylar ichaklar bilan yallig'li bitishmalar hosil bo'ladi.

Davolash: jarrohlik va gormonal.

TUXUMDON O'SMALARI

Tuxumdoan o'smalari klassifikatsiyasi (JSST davlatlararo gistologik klassifikatsiyasi 1977):

1. Eitelial o'smalar:

- seroz (sistadenoma va papillar sistadenoma, yuzaki papilloma, adenofibroma va sistadenofibroma);
- mutsinoz (sistadenoma, adenofibroma va sistadenofibroma);
- Brenner o'smalari (yaxshi sifatli o'smalar);
- mezonefroid (adenofibroma);
- aralash eitelial o'smalar (yaxshi sifatli o'smalar).

2. Jinsiy tizim stromasi o'smalari: tekoma, fibroma.

3. Germinogen o'smalar: dermoid kistalar, tuxumdon stromasi.

Tuxumdon o'smalarida tekshirishni olib borish:

1. Ginekologik anamnez.

2. Bimanual ko'rik. Bachadon ortiqlari sohasida hosilani aniqlash, uning haraktchanligi, qattiqligi, konsistensiyasi, og'riq va o'lchamlari, bachadon, parametral kletchatka va qin gumbazlari holati aniqlanadi.

3. Ko'zgularida ko'rish.

4. UTT: abdominal yoki vaginal datchik.

5. Kompyuter tomografiya, YAMRT — o'ta aniq, qavatmaqavat tekshiruv. Limfa tugunlardagi metastazlarni aniqlaydi.

6. Ichaklarni o'smalarga tekshirish (rektoromanoskopiya, irrigoskopiya), ko'krak bezlarini tekshirish (mammografiya, UTT), endometriy holatini tekshirish. Chunki tuxumdon o'smalarining metastazi bo'lishi mumkin (oshqozondan — Krukenberg metastazi).

Seroz sistadenoma — bir tomonlama, bir kamerali va silliq devorli. O'sma kattaligi diametri 0,4 sm dan 32 sm gacha, o'rtacha

5–16 sm. O'sma ko'rinishi dumaloq, bachadonning orqasida yoki yonida joylashadi. Uning xarakterli joyi perkussiya vaqtida hosilaning qimirlashi.

Davolash: jarrohlik yo'li bilan.

Papillar sistadenoma — ko'pincha, dumaloq, gohida oval tuzilishga ega. Uning kattaligi diametrda 1,8–12 sm. Seroz papilar sistadenomani eng xarakterli joyi uning ichki yuzasida qattiq o'smalar borligi.

Davolash: jarrohlik yo'li bilan.

Mutsinoz tsistadenoma — katta, bir tomonlama, ko'p kamerali, ichki yuzasi silliq hosila. Katta bo'lmagan mutsinoz sistadenoma (diametri 6 sm gacha) bachadonning yonida joylashadi, katta hajmdagisi esa (7 sm dan katta) — bachadon tubidan yuqorida. Xarakterliligi uning ichida o'rta yoki yuqori exogenli aralashmaydigan mayda dispers modda borligidir.

Davolash: jarrohlik yo'li bilan.

Brenner o'smalari — volfov protoklar yuzaki epiteliysining metaplaziyasi natijasida kelib chiqadi. Asosan, yaxshi sifatli o'samalar hisoblanadi, ba'zida esa yomon sifatli ham uchraydi. Brenner o'smalarining esterogen ishlab chiqaradigani ham uchrab turadi, shuning uchun bachadondan anomal qon ketishlar kuzatiladi.

Davolash: jarrohlik yo'li bilan.

Tuxumdon fibromasi — biriktiruvchi to'qimadan rivojlanadigan xavfsiz o'sma. Bir tomonlama, yuzasi silliq, qattiq konsistentsiyali bo'ladi. Hosila kattaligi mikroskopikdan katta odamning boshigacha bo'lishi mumkin. O'sma oyoqchali, bu esa uning buralib qolishiga olib keladi, sekin o'sadi. Hayz sikli boshqa o'smalardagi kabi buzilmagan bo'ladi. Ko'pincha, katta yoshli ayollarda va hatto menopauzada ham kuzatiladi. Ba'zi holatlarda tuxumdon fibromasi (bir tomonlama) Meygs triadasi (astsit — poliserozit, anemiya, kaxeziya) bilan kuzatiladi, bu o'smaning xavfliga aylanganligini bildiradi.

Davolash: jarrohlik yo'li bilan.

Jinsiy tizim stromasi o'smalari — bu guruhga jinsiy tizim stromasida yoki embrional gonadlar mezenxemasidan hosil bo'lgan o'smalar kiradi. Ular granuloz hujayralar, tekahujayralar, Sertoli

va Leydig hujayralardan iborat. Jinsiy tizim stromasi o'smalarining klinikasi boshqa o'smalar bilan bir xil.

Granulez hujayrali (follikuloma) – follikulaning donador qavati granuloz hujayralaridan rivojlanadi. O'sma kattaligi mikroskopikdan diametri 40 sm gacha bo'ladi. Deyarli hamma vaqt bir tomonlama, notekis yoki silliq yuzali, notekis konsistentsiyali bo'ladi. O'smaning estrogeni ko'p ajratishi sababli klinikasida feminizirlovchi sindrom kuzatiladi. Ko'pincha, qorin pastida og'riq va o'smaning kattalashishi kuzatiladi. Agar qiz bolalarda o'sma kuzatilsa, ularning muddatidan oldin balog'atga yetishi, qon ketishlar kuzatilishi, vaqtli ikkilamchi jinsiy belgilari yuzaga keladi: qov va qo'ltiq sohasi yung bilan erta qoplanishi, ko'krak bezlari kattalashishi mumkin, menopauzada esa organizmning yosharishi va qon ketishlar bo'lishi mumkin. Reproktiv yoshda o'smaning rivojlanishi amenoreya bilan kuzatiladi. Bu esa, o'z navbatida, atsiklik qon ketishlar bilan kuzatiladi. Ginekologik tekshiruvda tashqi jinsiy a'zolarining atrofik o'zgarishlarining bo'lmashligi, bachadonning kattalashishi va ortiqlar sohasida bir tomonlama, qattiq elastik, harakatchan hosilani aniqlash mumkin.

Diagnostikasi. Anamnezga, kasallikning klinik ko'rinishiga va tuxumdon o'smasining aniqlanishiga asoslanadi.

Tekoma (teka hujayrali o'sma) – follikulaning ichki teka hujayra qavatidan rivojlanadi va estrogen ishlab chiqaradi, lyuteinizatsiyasida esa progesteron ishlab chiqaradi. Ko'proq 60 yoshdan keyin uchraydi. O'sma bir tomonlama, qattiqroq bo'ladi. O'lchamlari kichik chaqaloqning boshigacha bo'lishi mumkin. O'smaning xarakteriligi unda assit paydo bo'lishidir. Klinikasi menopauzada qon ketishi, ayollarning yosharishi, qinning shilliq qavati estrogenizatsiya hisobiga suvli bo'ladi. Tekomaning xavfli kechishi, asosan, yoshlarda kuzatiladi.

Diagnostikasi: Bachadon bo'yni va tanasi bachadon bo'shlig'i va servikal kanaldan qirma olib tekshiriladi.

Androblastoma (adenoblastoma) – testosteron ishlab chiqaruvchi sertoli va leydig hujayralardan rivojlanadi va maskulinizatsiyalash xususiyatiga ega. Maskulinizatsiyalanadigan o'smalar hamma yoshda uchraydi, ko'pincha esa 20–30 va 50–70 yoshda.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda kasallik boshlanganda hayz kamayib borib, so'ng amenoreya yuzaga keladi. Bir vaqtning o'zida ko'krak bezlarining, bachadonning atrofiyasi, bepushtlik, girsutizm, ovozning dag'allashishi, klitorning gipertrofiyasi va boshqalar yuzaga keladi. Bular bir necha yil davomida yuzaga keladi, gohida esa bir necha oy davomida. Ginekologik ko'rikda bir tomonlama, yumaloq, oyoqchali, harakatchan, o'lchami 30 sm gacha bo'lgan hosilani aniqlash mumkin. UASH taktikasi — jarrohlik yo'li bilan davolanishga statsionarga yo'llanma.

Dermoid kista — teratoid to'qimadan rivojlanadigan o'smalar guruhiga kiradi va 8% ni tashkil etadi. Asosan, 20–40 yoshlarda uchraydi. Katta o'lchamda bo'lmaydi, bir tomonlama, sharsimon shaklda bo'ladi. Uzun oyoqli bo'lib, bachadondan old tomonda joylashadi va buralish ehtimoli katta bo'ladi. Kapsulasi qattiq, silliq, yaltiroq bo'ladi. Juda sekin o'sadi, shu sababli klinika bermaydi. Palpatsiyada elastik konsistentsiyali sohalar kattik sohalar bilan aralash bo'ladi. Ko'pincha, o'sma oldingi qin gumbazida joylashadi. Kam holatlarda xavfliga aylanadi, profilaktik ko'rikda aniqlash mumkin.

Tuxumdon teratoblastomasi bolalik va o'smirlik davrida yuzaga keladi, tuxumdon xavfli o'smalarining 2–2,5% ini tashkil etadi. Teratoblastomalar qon tomirga boy bo'lib, o'smaning kapsula ostiga va ichiga qon quyilishlari kuzatiladi. Teratoblastomalar, ko'pincha, astenik tuzilishdagi qizlarda uchraydi. Kasallikning asosiy ko'rsatkichi kichik chanoqda harakatchan hosilani aniqlash. Ko'pincha, o'sma oyoqchasining buralishi va kapsulasining yorilishi kuzatiladi. Teratoblastoma qattiq, notekis konsistentsiyali, tugunsimon yuzali bo'ladi. Assit kasallikni o'tkazilib yuborilganda kuzatiladi. Teratoblastomaning metastazi gematogen yo'l orqali juda tez tarqaladi.

Disgerminoma — embrional rivojlanish davridan saqlangan diffirensirlanmagan gonodalar elementidan hosil bo'lgan xavfli o'sma. Tuxumdon disgerminomasi yetilmagan teratomaning bir qismi hisoblanadi. Gormonal faol emas. Disgerminomalar tuxumdon o'smalarining 1% ini tashkil etadi. O'sma 30 yoshgacha bo'lgan infantil ayollarda uchraydi. Ko'pchilik bemorlarda oz miq-

dorda, doimiy bo'lgan hayz sikli kuzatiladi. Ginekologik ko'rikda bir tomonlama, harakatchan, qattiq konsistentsiyali, tugunsimon yuzali hosila aniqlanadi. Disgerminoma tez o'sib, limfatik yo'llar orqali ko'krak qafasidagi organlarga metastaz beradi.

Tashxislash. Disgerminomani aniqlash qiyin. Kasallikning klinik ko'rsatkichlari bilan birga (infantlizm), og'iz bo'shlig'i shillig'idagi jinsiy xromatinning bo'lishi tashxislashda yordam beradi. Agarda bu hujayralar 20% kam bo'lsa, disgerminomaga shubha qilinadi. UASH taktikasi – jarrohlik yo'li bilan davolanishga statsionarga yo'llanma.

Tuxumdon o'smalarining asoratlari.

- Malignizatsiya.
- O'sma oyoqchasining buralib qolishi.
- O'smaning infeksiyalanishi va yiringlashi.
- O'sma kapsulasining yorilishi.

Differensial diagnostika

Simptomlar	Kasalliklar
Og'riq	Bachadondan tashqari homiladorlik. Homila tushishi. JAYAK. Appenditsit. Mekkel divertikuli. Devertikulit.
Qorinning kattalashishi	Homilador bachadon. Bachadon miomasi. To'la siydik qopi. Tuxumdonlarning xavfli o'smalari. Kollorektal kartsinoma.
Qo'shni a'zolarining ezilish simptomi	Siydik yo'llar infeksiyasi. Qabziyat.
Ishlab chiqariladigan ta'siri	Bachadondan disfunktsional qon ketishi. Erta jinsiy yetilish. Postmenopauzada qon ketish.

JARROHLIKDAN KEYINGI REABILITATSIYA

Tuxumdonning xavfsiz o'smalarida o'smani olib tashlanadi, reproduktiv yoshdagi ayollarda, imkoni boricha, tuxumdon to'qimasi saqlab qolinadi. Bunday jarrohliklardan keyingi endokrin-immun buzilishlar reproduktiv tizimdagi boshqa a'zolarining kasalliklari kelib chiqishiga sabab bo'ladi, bu esa, o'z navbatida, o'smalarning o'sib ketishiga olib keladi, shuning uchun bunday ayollar doimo shifokor nazoratida bo'lishlari lozim.

I bosqich. Reproaktiv yoshdagi ayollarni jarrohlikdan so'nggi birinchi 6 oy davomida kuzatish. Funktsional tashxislash usullari tuxumdon faoliyati 4–5 hayz siklidan so'ng stabilashuvini va adaptatsiya davri 3 oy bo'lib, bu davrda tuxumdon kompensatsiyalanib, kattalashishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda tuxumdon kattalashib, sariq tana kistalari paydo bo'ladi va 1–2 hayz sikli davomida so'rilib ketadi, agar 3 hayz siklida ham saqlanib tursa, jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi. Jarrohlikdan keyingi davr yaxshi kechganda 4–5 hayz siklidan so'ng tekshirish o'tkazish mumkin.

Tekshirish testlariga, albatta, bazal temperaturani o'lchash, kolpotsitologiya, servikal shilliqning cho'zilishi, progesteron va prolaktinni aniqlash kabilar kiradi. Hayzning II fazasida va (28 kunlik siklning 21–23-kunlarida) va 12–13-kunlar (bazal bo'yicha ovulatsiya kunlari) follikula yetilishini aniqlash.

Agar hayz sikli normal bo'lib, galaktoreya kuzatilmasa, bemor kuzatiladi. Hayz sikli buzilishi (anovulatsiya, NLF) yoki galaktoreya bo'lsa, zudlik bilan davolashni boshlash lozim. Korreksiya uchun norkolut 5 yilda 1 marta hayzning 16 dan 25-kunigacha 3–6 oy davomida. Pankreatin bilan 0,5–1,0 2 x3 marta kuniga hayzning 5-dan 16-kunigacha yoki estrogen-gestagenlar — monofazali preparatlar (non-ovlon, regulon, novinet, ovulen va b.). Kontratseptiv tartibda 1 tab.dan kuniga hayzning 5-dan 25-kunigacha pankreatin bilan 0,5–1,0 x 3 marta kuniga hayzning 5-dan 16-kunigacha.

II bosqich. Turg'un anovulatsiyada ovulatsiya induktorlari bilan, galaktoreyada — parodel jarrohlikdan so'ng 2 yilgacha

tayinlanadi. Shuningdek, har 6 oyda funksional tashxislash testlari, zardob elastazasini aniqlash, sut bezlarini tekshirish lozim.

III bosqich. Jarrohlikdan so'ng 2 yildan keyin 2 yil davomida o'smalar retsidivi va boshqa a'zolar, reproduktiv tizim kasalliklari ko'p uchrashi aniqlangan.

IV bosqich. Jarrohlikdan 4 yildan so'ng har 6 oyda ko'rik va 1 yilda 1 marta testlarni tekshirish lozim.

Tuxumdon total yoki subtotal rezeksiya qilingan ayollarda postkastratsion sindrom rivojlansa, korreksiya qilish lozim, vitaminlar, sedativ vositalar, neyroleptiklar va sistematik gormonal terapiya (O'BGT-ZGT) o'tkaziladi.

Hozirgi paytda ko'pgina ayollarda ikki tomonlama ovariektomiya operatsiyasi (ikkala tuxumdonlar olib tashlanishi) bajariladi. Tuxumdonlar funksiyasining xirurgik to'xtatilishi endokrin sistemada murakkab reaksiyalar yuz berishiga olib keladi. Ayol organizmi tuxumdonlar funksiyasi yo'qolishiga moslashuvining yetarli bo'lmasligi postovariektomik sindrom rivojlanishiga olib keladi. Bu sindrom operatsiyani boshidan kechirgan ayollarning 50–80% ida kuzatiladi. Tuxumdonlar funksiyasining bir lahzada yo'q qilinishi menopauza simptomlarining tez rivojlanishi va og'irroq kechishiga sabab bo'ladi. Postovariektomik sindromning og'irlik darajasi ayolda mavjud bo'lgan ekstragenital patologiyalarga bevosita bog'liqligi qayd etilgan. Shunisi ham muhimki, olib tashlangan tuxumdonlarda patologik o'zgarishlar bo'lmagan hollarda mazkur sindrom og'irroq kechadi. Sindromning eng ko'zga tashlanadigan belgilari somatovegetativ buzilishlar (teriga qon tepishi, xavotirlanish hislari, ichki iztiroblanish hissiyotlari), serzardalik, qo'zg'aluvchanlik, emotsional notinchlik, ipoxondrik kechinmalar va h.k. Morfologik tadqiqotlar bachadon bo'yni va qin epiteliysida atrofik o'zgarishlar aniqlaydi. Suyak to'qimasi metabolizmida ham o'zgarishlar aniqlanadi, bunda rezorbsiya prosessining resintezdan ustun bo'lishi suyak to'qimasi zichligining pasayishiga sabab bo'ladi.

Hozirgi kunda postovariektomiya sindromini davolash va profilaktikasining asosiy usuli ayollar jinsiy gormonlari bilan davolashdir. O'rinbosar gormonal terapiya (O'GT) reproduktiv

yoshda ovariektomiya operatsiyasini boshidan kechirgan ayollarni davolashda patogenetik asoslangan davolash usuli hisoblanadi. Bevosita operatsiyadan keyin O'GT qo'llanishi o'tkir yuzaga kelgan jinsiy gormonlar defitsitiga ayollarning adaptatsiyasini va postovariiektomiya sindromi rivojlanishining profilaktikasini ta'minlaydi.

Butun dunyo amaliyotida bu maqsadda tabiiy gormonlar va ularning analoglarini qo'llash eng ko'p tarqalgan, gormon bilan davolash usullari ularga nisbatan qarshi ko'rsatma bo'lmagan taqdirda qo'llanishi mumkin. Bularga quyidagi patologiyalar kiradi: buyrak, jigarning og'ir kasalliklari, porfiriya, tromboembolik asoratlari, sut bezi, bachadon va buyrakning estrogenlar bilan bog'liq o'smalari, melanoma, yaqin qarindoshlari (onasi, opa-singillari)da sut bezi raki kuzatilgani, genezi aniq bo'lmagan qon ketishi, jinsiy a'zolarning davolanmagan o'smalari, meningioma.

Depressiv buzilishlar kuchli ifodalangan hollarda ba'zi olimlar antidepressantlar (zoloft, koaksil) qo'llashni tavsiya qiladilar.

Profilaktikasi: yaxshi sifatli o'smalarning profilaktikasini qiz bolalarda yoshligidan, hamma a'zolarning faoliyatini korreksiya qilish yo'li orqali bajarish zarur. Reproduktiv sistema va jinsiy balog'atga yetish davrida menstrual funktsiyaning buzilishini vaqtda tashxislash va davolash zarur.

Birlamchi profilaktika anovulatsiya va ovulatsiyaning giperstimulatsiyasi korreksiyasi orqali amalga oshiriladi (masalan, 40 yoshdan oshgan ayollarda gormonal kontrasepsiya orqali).

Ikkilamchi profilaktika yaxshi sifatli o'smalarni vaqtda aniqlash va davolashdan iborat. Hayz siklining gormonal holati buzilishiga asoslanib davolash: lyutein fazaning yetishmovchiligida Dyufaston (1 tabletkadan 2 marta) siklining 14–16-kunlari, 10–12 kun, kamida 6 oy davomida. Giperestrogeneemiyada mikrodozali AOK (Novinet, Lindinet-20, Logest) kamida 6 oy davomida.

❖ Testlar

1. Tuxumdondan kistomalari:

- a) barchasi*;
- b) hujayralar proliferatsiyasi hisobiga kattalashadi;
- c) kapsulasi bor;
- d) malignizatsiyalashi mumkin;

- e) xavfsiz o'sma.
- 2. *Tuxumdon o'smalarining qaysi biri ko'proq malignizatsiyaga uchraydi?*
 - a) seroz sistadenoma;
 - b) mutsinoz sistadenoma;
 - c) fibroma;
 - d) tekoma*;
 - e) teratoma.
- 3. *Bachadon naylari orqali tuxumdonga endometriyning implantatsiyasi hisobiga rivojlanadigan kista:*
 - a) sariq tana kistasi;
 - b) follikular;
 - c) shokoladli*;
 - d) paraovarial.
- 4. *Tuxumdon raki tashxisini qo'yish uchun kerak:*
 - a) Duglas bo'shlig'idan sitologiyaga punktuat olish*;
 - b) limfografiya;
 - c) pnevmopelviografiya;
 - d) UTT;
 - e) gisterosalpinografiya.
- 5. *Tuxumdon o'smalariga kirmaydi:*
 - a) dermoid kista;
 - b) sariq tana kistasi;
 - c) tuxumdon sklerokistozi*;
 - d) follikulyar kista;
 - e) piovar*.
- 6. *Seroz sistadenomani xarakterli xususiyati:*
 - a) perkussiya vaqtida hosilaning qimirlashi*;
 - b) assit hosil bo'lishi;
 - c) yuqori exogenli aralashmaydigan mayda dispers modda borligi;
 - d) devorining ichki yuzasida o'simtalar borligi;
 - e) naylar o'tkazmasligi.
- 7. *Epitelial o'smalarga kirmaydi:*
 - a) seroz;
 - b) Brenner o'smalari;
 - c) fibroma*;
 - d) mutsinoz;
 - e) och hujayrali.
- 8. *Kistomalarni davolash usullari:*
 - a) jinsiy gormonlar yordamida;
 - b) fizioterapiya yo'li bilan;

- c) yallig'lanishga qarshi davo usullari bilan;
- d) operatsiya yo'li bilan*.

9. *Yetuk teratomalarga qaysi o'smalar kiradi?*

- a) tekoma;
- b) androblastoma;
- c) dermoid kista*;
- d) disgerminoma;
- e) fibroma.

10. *Ikkala tuxumdon olib tashlangandan so'ng qo'llaniladigan eng muhim davo chorasi?*

- a) vitamin va mikroelementlar;
- b) sanatoriyada davolash;
- c) kortikosteroidlar bilan davolash;
- d) trankvilizatorlar bilan davolash.

11. *Tuxumdon o'smasining tashxislashiga kirmaydi:*

- a) ginekologik anamnez;
- b) bimanual tekshiruv;
- c) KTG;
- d) UTT;
- e) EKG.

12. *Og'riq sindromidagi differensial tashxislashga kiradi:*

- a) bachadondan tashqari homiladorlik*;
- b) bachadon miomasi;
- c) JAYAK*;
- d) appenditsit*;
- e) homilador bachadon.

13. *Tuxumdon o'smalari asoratlarga kiradi:*

- a) malignizatsiya*;
- b) tuxumdon o'smasining oyoqchasini buralib qolishi*;
- c) algodismenoreya;
- d) o'smaning infeksiyalanishi va yiringlashi*;
- e) metrorragiyalar.

14. *Epitelial o'smalarga kiradi:*

- a) seroz*;
- b) mutsinoz*;
- c) tekoma;
- d) och hujayrali*;
- e) fibroma.

15. *Gormonal-faol tuxumdon o'smalarini ko'rsating:*

- a) granuloz hujayrali o'sma*;

- b) tuxumdon fibromasi;
- c) papillar sistadenoma;
- d) tekoma*;
- e) Brenner o'smasi*.

16. Tuxumdon asoratlariga kirmaydi:

- a) malignizatsiya;
- c) tuxumdon oyoqchasining buralishi;
- b) tuxumdon o'smalarining infitsirlashi va yiringlashi;
- d) naylar o'tkazuvchanligini buzilishi*;
- e) orqaga qaytish*.

17. Meygs sindromi — bu:

- a) kamqonlik*;
- b) Shetkin — Blumberg simptomi;
- c) gidrotoraks*;
- d) assit*;
- e) girsutizm.

18. Maskulinizatsiyalanmaydigan o'sma hosilalariga kirmaydi:

- a) ovulator hayz sikli*;
- b) girsutizm;
- c) bepushtlik;
- d) amenoreya;
- e) erta jinsiy rivojlanish*.

19. Feminizirlangan tuxumdon o'smalariga kiradi:

- a) ovulat hayz sikli*;
- b) organizm yosharishi*;
- c) ovozining o'zgarishi;
- d) girsutizm;
- e) erta jinsiy rivojlanish*.

20. Follikular kista — bu:

- a) retentsion hosila*;
- b) yaxshi sifatli o'sma*;
- c) bachadon naylari orqali tuxumdonga endometriyning implantatsiyasi hisobiga rivojlanadi;
- d) yomon sifatli o'sma;
- e) follikulaning persistensiyasi*.

VI. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING KLINIK ANATOMIYASI. TUG'RUQ YO'LLARI. HOMILANI TUG'RUQ OBYEKTI SIFATIDA O'RGANISH. ANTENATAL PARVARISH

❖ Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi

Tashqi

- Qov
- Katta jinsiy lablar
- Kichik jinsiy lablar
- Klitor
- Qin dahlizi
- Bartolin bezlari
- Qizlik pardasi
- Sut bezlari

Ichki

- Qin
- Bachadon
- Bachadon naylari
- Tuxumdon

TASHQI JINSIY ORGANLAR

(*genitalia externa*)

Qov (*mons veneris*) simfizning oldingi va yuqori tomonida yotgan, teri ostidagi yog' qatlami qalin bo'ladigan uchburchak tepacha (qov do'mbog'i)dan iborat. Qovning yuqori chegarasi terining ko'ndalang egatchasidan iborat bo'lib, qov usti burmasi deb ataladi; qovdan o'ng va chap tomonida qov burmalari bor; qov orqa tomonida katta jinsiy lablarga qo'shilib ketib, jun bilan qoplangan. Qovda jun o'sishi tuxumdonlarning va qisman buyrak usti bezlari po'stlog'ining faoliyatiga bog'liq. Ba'zi ayollarda jun erkaklardagiga o'xshash joylashadi yoki siyrak rivojlanadi, bu esa jinsiy organlarining gormonal faoliyatining buzilishidan dalolat beradi.

Katta jinsiy lablar (*labia pudendae majora*) — uzunasiga ketgan, jinsiy yoriqni ikkala tomondan chegaralab turadigan ikkita teri burmasidir. Teri ostida qalin yog' qatlami bor, undan tomirlar, nervlar va fibroz tolalari o'tadi. Katta jinsiy lablar oldingi tomonida

qov terisiga oʻtadi, orqa tomonda esa sekin-asta torayib, pastga tushadi va oʻrta chiziqda bir-biriga qoʻshilib, orqadagi bitishma (commissura labii posterioris)ni hosil qiladi.

Bartolin bezlari (*glandulae Bartholini*). Ular yumaloq, loviyadek keladigan alveolar — naysimon bezlardir. Bezlarning alveolalari — epiteliy bilan qoplangan, bu epiteliy sekret ishlab chiqaradi. Sekret bez yoʻli orqali tashqariga chiqadi, bu yoʻlning uzunligi 1,5–2 sm ni tashkil etadi. Bezlar katta jinsiy lablarning orqa boʻlimlari bagʻrida yotadi. Ularning chiqarish yoʻllari kichik jinsiy lablar bilan qizlik pardasi (yoki uning qoldiqlari)dan hosil boʻlgan egatga ochiladi.

Orqadagi bitishma bilan orqa chiqaruv teshigi (anus) oʻrtasidagi soha oraliq (perineum), deb ataladi.

Kichik jinsiy lablar (*labia pudendae minora*) — uzunasiga ketgan teri burmalarining ikkinchi jufti boʻlib, katta jinsiy lablardan ichkarida, ularning asosi boʻylab yotadi.

Klitor (*clitoris*) — kichkina konussimon tuzilma (erkaklar penisiga analog organ) boʻlib qoʻshilib ketgan ikkita (gʻorsimon) tanadan iborat. Gʻorsimon tanalarda tutash boʻshliqlar bor, tomirlardan keladigan qon shu boʻshliqlarda aylanib yuradi. Klitor qon tomirlari va nervlarga boy; terisida nerv oxirlari juda koʻp. Klitor funksiyasi jihatdan jinsiy his organidir. Jinsiy qoʻzgʻalish paytida arterial qonning tez kelishi va venoz qonning sekinroq oqib kelishi natijasida klitor kattalashadi va zichlashadi (ereksiya).

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

Qizlik pardasi (*hymen*) — qoʻshuvchi toʻqimadan tuzilgan boʻlib, iffat qizlarda qin ogʻzini toʻsib turadi. Qizlik pardasi tashqaridan va qin tomondan koʻp qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, qoʻshuvchi toʻqimadan tuzilgan negizida muskul elementlari, elastik tolalar, qon tomirlari, nervlar bor. Shunga yarasha qizlik pardasi halqasimon, yarim oy, qoʻngʻirador va naysimon shaklda boʻladi.

ICHKI JINSIY ORGANLAR (GENITALIA INTERNA)

Qin (*vaginas. colpos*) — kichik chanoqning o'rtasida yotgan naysimon, muskulli elastik organdır.

Qinning bo'yi va eni ancha o'zgaradi. Qinning oldingi devori o'rta hisobda 7–8 sm, orqa devori esa 1,5–2 sm uzunroq. Qin cho'ziluvchanligiga yarasha eni o'zgaradi, u o'rta hisobda 2–3 sm bo'ladi, shu bilan birga, qinninig pastki bo'limi torroq, yuqori bo'limi kengroq. Qin bo'shlig'iga yuqoridan bachadon bo'ynining qindagi qismi (*portio vaginalis*) turtib chiqib turadi. Qin devorlari bachadon bo'ynining qindagi qismi atrofida gumbazsimon chuqurchalar hosil qiladi, ular **qin gumbazlari**, deb ataladi. Qin gumbazlari to'rtta: oldingi (bachadon bo'ynidan oldingi tomonda), orqadagi (bachadon bo'ynidan orqa tomonda), o'ng va chap gumbazlar.

Orqadagi gumbaz oldingi gumbazdan chuqurroq, jinsiy aloqada shahvat (sperma) orqadagi gumbazda to'planadi, urug'li suyuqlik (sperma) shu gumbazdan bachadon bo'ynining tashqi teshigiga, so'ngra bachadon bo'shlig'iga kiradi.

Mikroflora xarakteriga qarab qin tozaligi 4 darajaga bo'linadi.

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

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

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

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

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

Bachadon (*uterus*) — silliq muskulli kavak organ bo'lib, shaklan oldindan orqaga qarab yassilangan nokka o'xshaydi.

Bachadonning quyidagi bo'limlari bor: 1) tanasi (*corpus*), 2) bo'g'zi (*isthmus*) va 3) bo'yni (*cervix sollum*).

Bachadonning zalvarliroq yuqori qismini **tanasi** deb atashadi.

Bachadon bo'g'zi tanasi bilan bo'ynining orasidagi qariyb 1 sm uzunlikdagi qism. Bo'g'iz ichi kanal bo'lib, yuqorida bachadon bo'shlig'iga, pastda bachadon bo'ynining kanaliga o'tadi.

Bachadon **bo'yni** bachadonning qinga suqilgan kambar pastki uchidir. Bachadon bo'ynining quyidagi qismlari bor: a) qindagi qismi (*portio vaginalis*) qin bo'shlig'iga turtib chiqib turadi, b) qin ustidagi qismi (*portiosupravaginalis*), qin devorlarining bachadon bo'yniga yopishadigan joyidan yuqoriroqda bo'ladi, c) bachadon bo'yni silindrik shaklda yoki tashqi teshikka tomon sal-pal torayib boradi (silindrik-konussimon forma).

Butun bachadonning bo'yi 8 sm, uzunligining bir qismi tanasiga va bir 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 devorlari uch qavat: a) shilliq parda, b) muskul qavati, c) seroz qavati (qorin pardasi).

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

Muskul qavati (*myometrim*) — bachadonning eng qalin qavatidir. U silliq muskul tolalarining qalin tutamlar chigalidan iborat bo'lib, tolalar orasida qo'shuvchi to'qima qatlamlari bor.

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

Bachadon naylari (*tubae uterinaes*)ni tuxum yo'llari deb ham atashadi.

Bachadon naylari bachadonning yuqoridagi burchaklari (tubi)dan boshlanib, serbar boylamaning yuqori chekkasi bo'ylab chanoqning yon devorlariga boradi-da (*ampullatubae*), voronka bilan tugaydi.

Bachadon naylarining bo'yi 10–12 sm, eni har xil bachadon burchagi yaqinida torroq, yorqin uchiga tomon kengroq.

Bachadon nayi quyidagi bo'linmalariga ajratiladi:

1) interstitial qismi (*parsintersitialis*) – bachadon devorining bachadon o'tadigan qismi;

2) bo'g'iz yoki istmus qismi (*parsisthmica*) bachadon nayining o'rtadagi bo'limi;

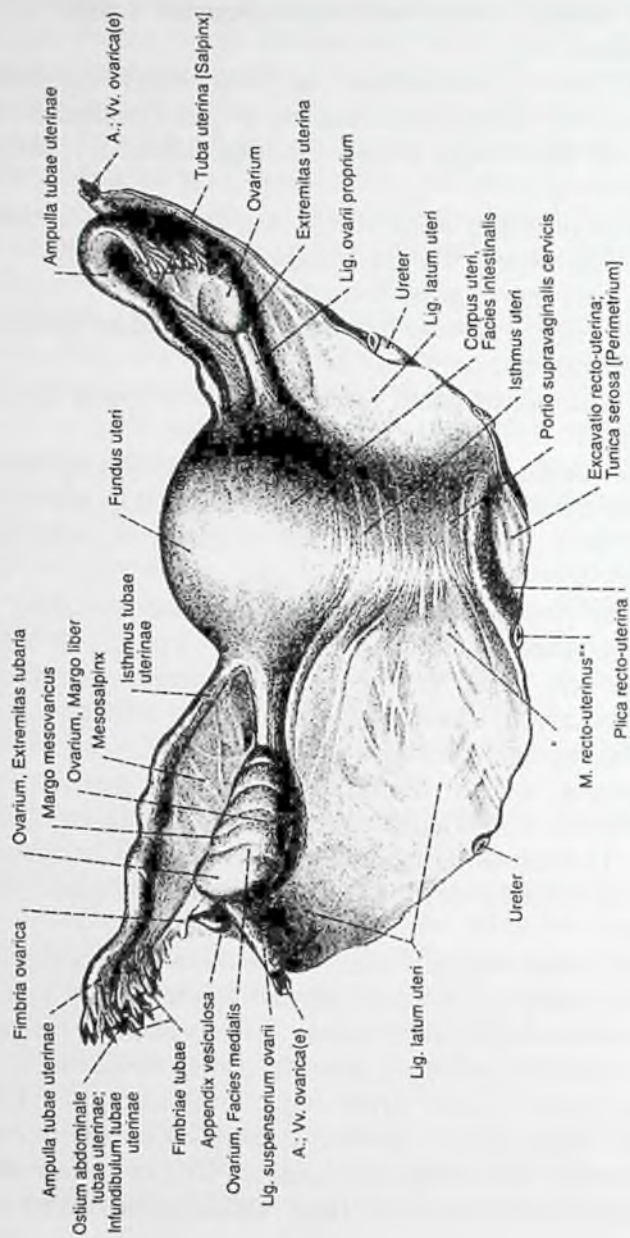
3) ampular qismi (*parsampullaris*) bachadon nayining kengaygan va voronka shaklida tugaydigan qismi. Bachadon naylarining devorlari uch qavat: shilliq parda, muskul qavati va seroz qavat (qorin pardasi).

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

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

Tuxumdonlar eng muhim funksiyalarni o'taydi. Yetuklik davrining boshidan oxirigacha tuxumdonlarda tuxum hujayra yetiladi, bu ritm bilan takrorlanadigan prosessdir. Tuxumdonlardan estrogen, progesteron va qisman androgen garmoni ishlab chiqariladi.

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



JINSIY ORGANLARINING BOYLAMLAR APPARATI

Ichki jinsiy organlarning o'sib turuvchi apparatiga quyidagi boylamlar kiradi.

1) **Yumaloq boylamlar** (*ligoturdum*) silliq muskullardan va qo'shuvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, 10–12 sm uzunlikdagi kanopga o'xshaydi.

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

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

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

JINSIY ORGANLARNING QON TOMIRLAR SISTEMASI

Tashqi jinsiy organlar uyatlik arteriyasidan qon oladi.

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

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

Tuxumdon arteriyasi (*a.ovarica*) bir juft tomir bo'lib, qorin aortasidan (buyrak arteriyasi chiqqan joyning birmuncha pastrog'idan) boshlanadi, siydik yo'li (*ureter*) bilan, birgalikda pastga tushadi, voronka chanoq boylami orqali serbar boylamning yuqori bo'limiga o'tadi-da, tuxumdonga va bachadon nayiga tarmoqlar

beradi; tuxumdon arteriyasining oxirgi tarmog'i bachadon arteriyasining oxirgi bo'limi bilan anastomozlanadi.

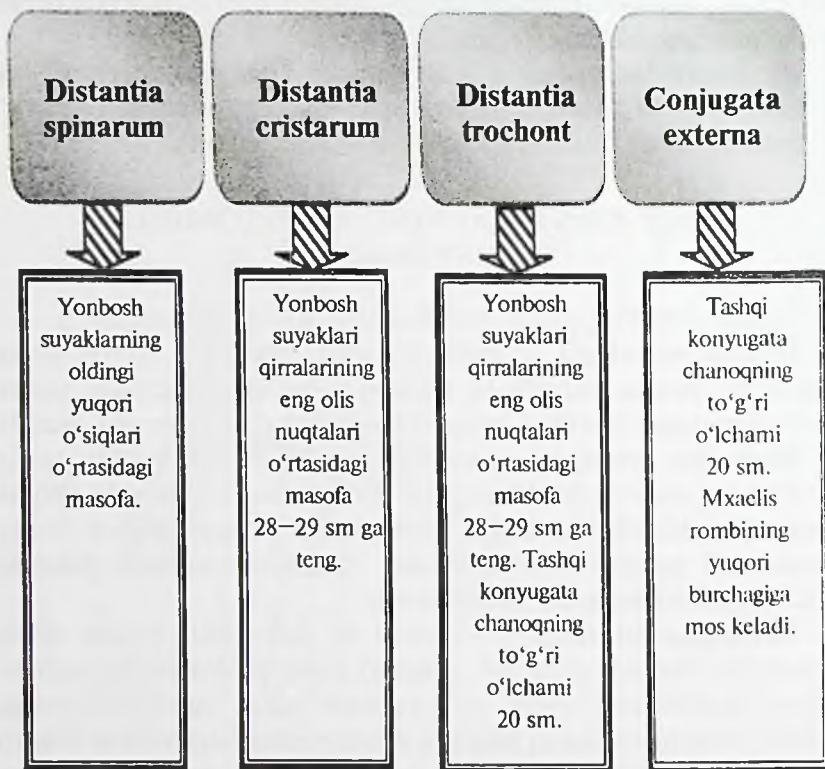
Jinsiy organlarining arteriyalariga bir nomli venalar yo'ldosh bo'ladi, shu bilan birga, har bir arteriya yonida ikki vena yotadi. Ichki jinsiy organlarining venalari chigallar hosil qiladi.

CHANOQ O'LCHAMLARI

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

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

3-KO'NDALANG O'LCHAMGA KIRADI



Chanoq tekisliklarining o'Ichamlari

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

❖ Homila tug'ruq obykti sifatida

Urug'lanish

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

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

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

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

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

- tuxum hujayra ostidagi qismi;
- bachadon tomonidan o'rab turgan qismi;
- bachadonning qolgan devorlaridagi qismi;
- qalinlashib boradi va undan tomirlar paydo bo'ladi hamda yo'ldoshning onalik tomonini hosil qiladi.

Suvli qavat — amnion — tuxum hujayrasining har tomonlama o‘rab turadigan yopiq xaltaga o‘xshaydi. Amnion yupqa parda bo‘lib, epiteliy va qo‘shuvchi to‘qimadan tuzilgan. Amnion xorionga qaragan bo‘lib, hamrohning ichki yuzasini yopib turadi, kindikni futlar kabi o‘rab, kindikning teri halqasi bilan qo‘shilib ketadi. Amnion bo‘shlig‘ida suyuqlik bo‘lib, qog‘onoq suvi deb ataladi. Amnion epiteliysining sekreitsiyasi natijasida suyuqlik hosil bo‘ladi, uning tarkibida oqsil, tuzlar, moxivina, yog‘, qand, sut kislotasi, gormonlar bo‘ladi, normada 0,5–1,5 l bo‘ladi. Uning vazifalari:

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

Yo‘ldosh — asosiy organ bo‘lib, u homila uchun oziqlanish, nafas olish, chiqarish va moddalar almashinuvini bajaradi. Yo‘ldosh gonadotrop gormonlarini, progesteron va estrogeni ishlab chiqaradi, xorionli gonadotropin, laktogen, bu bilan homiladorlik va tug‘ruqning normal kechishiga katta rol o‘ynaydi. Detsidual qavatning bazal qatlamda o‘sgan vorsindan yo‘ldosh hosil bo‘ladi. Homiladorlikning oxirgi yo‘ldosh bo‘lakchalarga bo‘linadi, muloyim go‘shsimon to‘qimadan tuzilgan bo‘lib, uning diametri 15–20 sm, qalinligi 2–3 sm, og‘irligi 500–800 gr gacha bo‘ladi.

❖ **Homilaning rivojlanish davrlari**

1. Antinatal davr — urug‘lanishdan boshlab to tug‘ruq jarayonigacha bo‘lgan davrni o‘z ichiga oladi.
2. Intranatal davr — tug‘ruq jarayonidan boshlab to tug‘ruq bo‘lgunchadagi davr.
3. Postnatal davr — tug‘ilishdan to 6 kungacha bo‘lgan vaqt.
4. Kechki neonatal davr — 6 kundan to 28 kungacha bo‘lgan vaqt.

❖ **Homilaning aniqlash belgilari**

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

- taxminiy;
- ehtimol;
- ishonchli yoki shak-shubhasiz.

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

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

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

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

Ishonchli belgilar – homilaning ko'rinishi, pozitsiyasi, yurak urishi, qimirlashini aniqlash, oldinda keluvchi qismlarni paypaslash. UZI tekshirish rentgenologik, skanerlash, EKG, FKG va boshqalar.

❖ **Homilaning rivojlanish davrlari**

Antenatal davr – urug'lanishdan boshlab to tug'ruq jarayonigacha bo'lgan davr.

Intranatal davr – tug'ruq jarayonidan boshlab to tug'ruq tugagungacha bo'lgan davr.

Postnatal davr – tug'ilishdan to 6 kungacha bo'lgan davr.

Kechki neonatal davr – 6 kundan to 28 kungacha bo'lgan davr.

HOMILADORLIK MUDDATI VA TUG'RUQ VAQTINI ANIQLASH

Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlashning katta ahamiyati bor.

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

Tugʻruq vaqtini hisoblab chiqmoq uchun soʻnggi hayz koʻrishining birinchi kuniga 280 kun, yaʼni akusherlar hisobida 10 oy yoki kalendar hisobida 9 oy-u 7 kun qoʻshiladi. Odatda, tugʻruq vaqti osonroq hisob qilinadi; soʻnggi hayz koʻrishining birinchi kunidan kalendar hisobida 3 oy orqaga chegirib tashlanadi va 7 kun qoʻshiladi.

Masalan, soʻnggi hayz koʻrish 2-oktabrda boshlagan boʻlsa, 3 oyni (2/IX, 2/VIII, 2/VII) chegirib va 7 kun qoʻshib, ayolning 9/VII da tugʻishi aniqlanadi. Soʻnggi hayz koʻrish 20/V da boshlangan boʻlsa, 27/II da tugʻadi deb taxmin qilinadi va hokazo.

Homiladorlik muddati va tugʻruq vaqtini aniqlashda homilaning birinchi marta qimirlagan vaqti hisobga olinadi. Birinchi marta homilador boʻlgan ayollar qornidagi bolaning qimirlashi 20 haftadan, yaʼni homiladorlikning oʻrtalaridan boshlab, takror homilador boʻlgan ayollar esa ikki haftagacha ilgariroq seza boshlaydi.

Homiladorlikning turli muddatlarida bachadonning kattaligi va bachadon tubining qay balandlikda turish hisobidagi 1 oy (4-hafta) oxirida bachadon kattalashib, taxminan tovuq tuxumiday boʻlib qoladi.

Akusherlar hisobidagi II oy (8-hafta) oxirida bachadon kattaligi taxminan gʻoz tuxumiga baravar keladi.

Akusherlar hisobidagi III oy oxirida bachadonning kattaligi deyarli yangi tugʻilgan bolaning boshiday boʻlib qoladi.

IV oydan boshlab bachadon tubi devorlari orqali paypaslab topiladi va bachadon tubining qay balandlikda turganiga qarab, homiladorlik muddati haqida fikr yuritiladi.

Akusherlar hisobidagi VI oy (16-hafta) oxirida bachadon tubi qov bilan kindik oʻrtasida (simfizdan 4 barmoq enicha yuqorida) yotadi.

Akusherlar hisobidagi V oy (20-hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan ikki barmoq enicha pastda turadi; qorin devorining doʻppayganligi sezilib turadi.

Akusherlar hisobidagi VI oy (24-hafta) oxirida bachadon tubi kindik roʻparasida turadi.

Akusherlar hisobidagi VII oy (28-hafta) oxirida bachadon tubi kindikdan 2–3 barmoq enicha yuqorida bo'ladi.

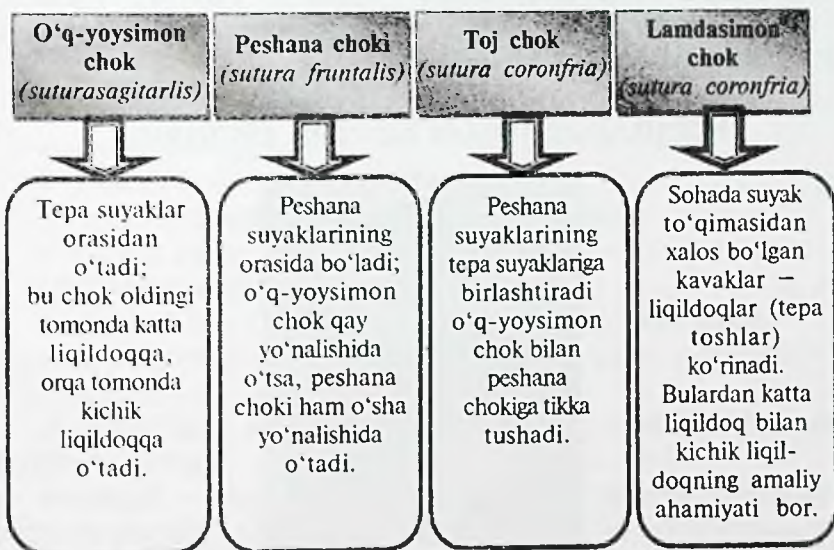
Akusherlar hisobidagi VIII oy (32-hafta) oxirida bachadon tubi to'sh suyagining xanjarsimon o'sig'i bilan kindik o'rtasida turadi. Kindik tekislana boshlaydi. Kindik ro'parasida qorin aylanasi 80–85 sm bo'ladi.

Akusherlar hisobidagi IX oy (36-hafta) oxirida bachadon tubi xanjarsimon o'sik 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'sigi bilan kindikning qoq o'rtasida turadi, ya'ni VIII oy oxirida qay balandlikda turgan bo'lsa, o'sha balandlikka tushadi. Kindik do'ppayib turadi. Qorin aylanasi 95–98 sm, homila boshi pastga tushib, birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda chanoq og'ziga taqaladi yoki chanoq og'zida kichik segmenti bilan turadi.

❖ Homilani tug'ruq obykti sifatida o'rganish

YETILGAN HOMILA BOSHI O'LCHAMLARI



YETILGAN HOMILA BOSHI VA TANASINING O'LCAMLARI

Yetilgan homila boshining quyidagi o'rtacha o'lchamlari bor.

1. **To'g'ri o'lcham** burun qansharidan ensa do'mbog'igacha — 12 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi — 34 sm.

2. **Katta qiyshiq o'lcham** ensa do'mbog'idan ensagacha — 13 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi — 35–36 sm.

3. **Kichik qiyshiq o'lcham** 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** ensa chuqurchadan peshananing sochli qismi chegarasigacha — 10 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi — 33 sm.

5. **Tik yoki vertikal qiyshiq o'lcham** — tepa suyak uchidan til osti sohasigacha — 9,5–10 sm ga teng. Boshning shu o'lchamga mos keluvchi aylanasi — 33 sm.

6. **Katta ko'ndalang o'lcham** tepa do'mboqlar o'rtasidagi eng katta masofa — 9,5 sm ga teng.

7. **Kichik ko'ndalang o'lcham** toj chokining eng olis nuqtalari o'rtasidagi masofa — 8 sm ga teng.

HOMILADOR AYOLNI KO'ZDAN KECHIRISH



Homilador ayolni ko'zdan kechirishi, ko'pincha, diagnoz uchun juda qimmatli ma'lumotlar olishga imkon beradi. Masalan, homilador ayol past bo'yli bo'lsa, chanog'ini tor deb o'ylash mumkin. Umurtqa pog'onasi va oyog'ining deformatsiyasi bo'g'imlar ankilozi va suyak sistemasidagi boshqa o'zgarishlar chanoq shaklning o'zgarganligidan darak beradi. Sut bezlari yetilmagan va jinsiy organlar infantilizmi (to'la yetilmasligi)ni gumon qilish mumkin. Oyoqqa va badanning boshqa joylari shishganligi homiladorlikning og'irlashuvidan (toksikoz, yurak kasalligi va shu kabilardan) guvohlik beradi.

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

Homiladorlikning ikkinchi yarmida qorinni ko'zdan kechirish ba'zan homiladorlikning normal o'tmayotganligini bilishga imkon beradi.

Homiladorlik normal o'tayotgan va homila ko'ndalang (noto'g'ri) yotgan bo'lsa, qorin yoniga kengayadi, qog'onoq suvi ko'p bo'lsa, qorin shar shakliga kirib, homiladorlik muddatiga mos kelmaydigan darajada juda ham kattalashadi. Chanoq tor bo'lganda ayolning qorin shakli o'zgarishi mumkin.

Oliy hamshiralik ishi mutaxassisi quyidagilarni bilishi shart:

- kasalliklar bo'yicha xavfli guruhlar;
- kasallikning klinik ko'rinishi;
- asoratlari;
- profilaktikasi;
- bemorni diagnostik muolajalarga tayyorlash;
- infeksiyaning oldini olish.

Oliy hamshiralik ishi mutaxassisi:

- akusherlikda birlamchi yordamni ko'rsata olish kerak;
- shoshilinch holatlarda mustaqil tug'ruq qabul qila olishi kerak.

Akusherlikda oliy hamshiralik ishini tashkillashtirish (OTHning o'rni)

1-bosqich — *bemor ayollarning tekshiruvi* — shikoyatlarini qayd qilish va kasallik anamnezini aniqlash, to'laqonli tekshiruv.

Homiladorlik davrida tekshiruv uslublari

- so'rov tizimi;
- anamnez;
- ko'rik.

Akusherlikda bemorlarni tekshirish

Homilador ayoldan so'rab bilishda muayyan planga amal qilinadi. So'rab bilingan ma'lumotlarining hammasi homilador ayol kartasiga yoki tug'ruq tarixiga yozib qo'yiladi.

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

Yosh to'g'risidagi savolning katta ahamiyati bor, chunki katta yoshli ayol bo'la turib, birinchi marta bo'yida bo'lgan ayollarda homiladorlik va tug'ruq, ko'pincha, og'irlashadi.

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

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

3. Irsiyat va boshdan kechirilgan kasalliklar.

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

4. Hayz ko'rish funksiyasi.

Ayoldan so'rab bilganda: a) qaysi yoshida birinchi marta hayz ko'rganligi va qancha vaqtdan keyin normal sikl qaror topganligi, b) hayz ko'rish tipi (3 yoki 4 haftalik sikl, qancha davom etishi, qancha qon yo'qotishi, oqchil kelishi va hokazo), c) jinsiy hayot boshlanish davri, avvalgi tug'ruq yoki abortdan keyin hayz ko'rish funksiyasi, o'zgargan-o'zgarmaganligi haqida, d) so'nggi marta

qachon hayz ko'rganligi aniqlanadi. Hayz ko'rish funksiyasi ayol jinsiy apparatning va butun organizmning qanday ahvolda ekanini ko'rsatib boradi. Ayolning birinchi marta 16–17 yoshda va bundan ko'ra kechroq hayz ko'rganligi, birinchi hayz ko'rishdan to normal sikl qaror topguncha uzoq (5 oydan ko'proq).

5. Sekretor va jinsiy funksiya.

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

6. Bola tug'ish funksiyasi yoki akusherlik anamnezi.

Anamnezning bu muhim qismida quyidagi ma'lumotlar aniqlanadi:

a) ushbu homiladorlik nechanchi ekanligi;

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

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

d) ilgari tug'ruqdan keyin (chillada) kasalliklar ro'y bergan-bermaganligi aniqlanadi.

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

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

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

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

- homilaning ahvoli;
- holati;
- joylashuv ko'rinishi.

3-bosqich — hamshiralik jarayon rejasininh tuzilishi.

4-bosqich — hamshiralik jarayonining tashkil qilinishi va amalga oshirilishi.

5-bosqich — o'tkazilayotgan davolanish va hamshiralik aralashuvining samaradorligi tahlili.

❖ **Birlamchi tibbiy-sanitar yordam muassasalarida homilador ayollarni antenatal parvarish qilish va uni tashkillashtirish**

Antenatal parvarish (ANP) birlamchi tibbiy-sanitar yordam muassasalari (BTSYO) — QVP oilaviy poliklinika markaziy tuman ko'p tarmoqli poliklinikalarida o'tkaziladi.

BTSYO muassasalari faoliyati bo'ysinuvchi sog'likni saqlash tashkilotlari tomonidan belgilangan hududlarga muvofiq amalga oshiriladi.

Homilador ayol haqiqiy yashash joyi yoki ro'yxatga olingan joyi bo'yicha pasport yoki mahalla qo'mitasi ma'lumotnomasi asosida dispanser kuzatuviga olinadi.

BTSYO muassasalari jihozlanishi va tibbiy xodimlar shtatlari O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2009-yil 27-martdagi «Qishloq vrachlik punktlari faoliyatini tashkillashtirishni mukammallashtirish to'g'risida»gi 80-sonli buyrug'iga asosan belgilanadi.

Homilador ayol haqiqiy yashash manzili yoki pasportida ro'yxatga olingan manzili va shuningdek, mahalla qo'mitasi ma'lumotnomasi bo'yicha dispanser kuzatuviga olinadi.

BTSYO muassasalarida ANPni UASH, doya, tibbiy patronaj hamshirasi amalga oshiradi.

ANP bo'yicha umumiy amaliyot vrachi oilaviy vrach asosiy mas'ul mutaxassis hisoblanadi.

ANP bo'yicha umumiy amaliyot shifokorining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

– homilador ayolni dalillarga asoslangan ma'lumot va zamonaviy texnologiyalarga asoslanib homiladorlik davrida (7 martadan kam bo'lmasligi lozim) malakali antenatal parvarish qilish;

– homiladorlikni erta muddatlarida aniqlash;

– homilador ayollarni lozim bo'lganda tor mutaxassislar (akusher-ginekolog, endokrinolog, kardiolog va b.)ni jalb etib, to'liq birlamchi tekshiruvdan o'tkazish;

– ayol sog'ligini hisobga olgan holda homiladorlikni davom ettirish masalasini hal qilish;

– xavf guruhidagi homiladorlarni 16–20 haftalik muddatda homilada rivojlanish nuqsonlarini aniqlash maqsadida skrining markazlariga tekshiruvga yuborish;

– homilada rivojlanish nuqsonlari aniqlanganda homilador ayol va oila a'zolaridan yozma rozilik olgan holda homiladorlikni to'xtatishga yo'llash;

– homiladorlik asoratlarning oldini olish bo'yicha profilaktik tadbirlar o'tkazish – homiladorlik yoki va somatik kasalliklar asoratlarni erta aniqlash, lozim bo'lganda shoshilinch yordam ko'rsatish va homiladorlarga tibbiy yordam ko'rsatish bosqichlarini hisobga olgan holda o'z vaqtida shifoxonaga yotqizishni tashkil-lashtirish;

– 100% homiladorlarni OIV-infeksiyasi bo'yicha maslahat va testdan o'tkazilishini ta'minlash;

– homiladorlar va tug'uvchi ayollarga tibbiy yordam ko'rsatish bosqichlarini hisobga olgan holda homiladorlikni olib borish, tug'ruqqa tayyorlash, akusher-ginekolog bilan birgalikda tug'ruqqa yo'llash manzilini tanlash;

– qo'shimcha somatik patologiyasi yoki akusherlik asoratlari bo'lgan homiladorlarni TTB/SHTBga yo'llash;

– homiladorlarga maslahat berish ishlarini o'tkazish, homilador ayol va uning oila a'zolariga «Homiladorlik va tug'ruq davridagi xavfli belgilar» haqida ma'lumotlarni berish;

– tug'ruqdan keyingi to'liq parvarishni ta'minlash, tug'ruqdan keyingi 40–45-kunlarda kontrasepsiya bilan ta'minlash uchun maslahat olib borish;

– sogʻlom turmush tarzini targʻib qilish, toʻgʻri ovqatlanish, mikronutrientlarni qabul qilish, chekish va alkogol isteʼmol qilishning zarari haqida tushuntirish-targʻibot ishlarini oʻtkazish.

ANP boʻyicha doya va patronaj tibbiy hamshirasining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

– homilador ayollarni erta muddatda aniqlab, hisobga olish uchun BTSYO muassasasiga tashrifini taʼminlash;

– UASH oilaviy vrach bilan birgalikda homiladorlarni olib borish;

– Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligi buyruqlari va oʻrnatilgan normativ-huquqiy hujjatlar asosida tibbiy hujjatlarni yuritish;

– homiladorlar va tugʻruqdan keyingi davrdagi ayollarga tashrif jadvali boʻyicha rejali ravishda yoki chaqiriq asosida uyda patronaj yordamini koʻrsatish;

– homilador ayolni davolanish yoki tugʻish uchun shifoxonaga yotqizish haqida maʼlumotlarni UASH oilaviy vrach uchun olishni taʼminlash;

– kontrasepsiya masalasini hal qilish uchun ayolning tugʻruqdan keyingi (40-kundan soʻng) davrda BTSYO muassasasiga tashrifini taʼminlash.

– oʻz hududi aholisi oʻrtasida sogʻlom turmush tarzini targʻib qilish, toʻgʻri ovqatlanish, mikronutrientlarni qabul qilish, chekish va alkogol isteʼmol qilishning zarari haqida tushuntirish-targʻibot ishlarini oʻtkazish.

❖ Fiziologik homiladorlik bilan ayollarni olib borish va tekshirish standarti

Har qanday tavsiya yoki tadbirlar, muolajalar, ayniqsa, invaziv tekshirishlar faqat ayoldan yozma rozilik olingandan soʻnggina bajariladi.

Homiladorlik simptomlari/belgilari: hayz tutilishi.

Homiladorlikning shubhali belgilari – koʻngil aynishi, bosh aylanishi, ishtaha kamayishi yoki ortishi, uyquchanlik, holsizlik, tez-tez ogʻriqli siyish; **homiladorlikning ehtimolli belgilari** – sut

bezlarining dag'allashuvi, striyalar, yuzda, qorin oq chizig'ida, sut bezi oreolalarida pigmentatsiya kuchayishi kuzatilishi mumkin;

Homiladorlikning ikkinchi yarmida — zarda bo'lish, diaframaning yuqori turishi sababli hansirash va refluks-ezofagit, tug'ruqdan oldin — homilaning oldinda keluvchi qismi kichik chanoqqa tushishi sababli tez-tez siyish kuzatilishi mumkin.

Kuzatuvlar soni: homilador ayolda fiziologik kechayotgan homiladorlikda maslahat olib borish va tekshirish uchun tug'ruqqacha kamida 7 marta rejali (12-haftagacha, 16, 24, 30, 34, 36, 38–40-haftalarda) va tug'ruqdan so'ng 1 marta tashrif bo'ladi.

Boshqa mutaxassislar ko'rigi: akusher-ginekolog 12-haftagacha, 24 va 38–40-haftalarda; stomatolog, okulist, otolaringolog — birlamchi tashrifda 12-haftagacha ko'rikdan o'tkazadi; ekstrak genital kasalliklari bo'lganda — boshqa tor mutaxassislar maslahati o'tkaziladi.

Diagnostic tekshirishlar nomi va soni:

- Qayd qilish, anamnezni yig'ish — birinchi tashrifda, shikoyatlarini aniqlash — har bir tashrifda.

- Ayolning holatini baholash va 24-haftadan boshlab homila holatini baholash — har bir tashrifda.

- Har oyda homilador ayol patronaji o'tkazilib, tibbiy varaqasiga va onaning tibbiy pasportiga yozib boriladi hamda homilador ayolga rejali tashrif muddatlari haqida ma'lumot beradi.

- Har bir homilador ayolga homiladorlik va tug'ruqni olib borishning individual rejasi tuziladi.

- Har bir tashrif oxirida shifokor lozim bo'lgan hujjatlarni to'ldiradi va ayolning homiladorlar uy varaqasini onalar tibbiy pasporti to'ldirish va uning muhimligi, shuningdek, keyingi tashrif muddatini tushuntiradi.

- Har bir tashrifda homilador ayol va uning oila a'zolariga «homiladorlik va tug'ruqning xavfli belgilari» haqida ma'lumot berilishi muhim. Bu belgilar kuzatilganda zudlik bilan shifokorga murojaat qilishi lozim, chunki ular ona va bola sog'ligiga xavf tug'diradi.

❖ **Shifokorga zudlik bilan yordam uchun murojaat qilishni talab etadigan asosiy simptomlar quyidagilar:**

- qo‘l, yuz, tanada to‘satdan paydo bo‘lgan va tez tarqalgan shishlar;

- bosh og‘rig‘i, ko‘rish buzilishi, ko‘z oldida qora narsalar uchishi;

- tirishish;

- ko‘z shilliq qavati va terining birdan oqarishi;

- qayt qilish;

- homiladorlikning har qanday muddatida qindan qon ketishi;

- qorinda og‘riq, doimiy bachadon qisqarishi;

- qog‘anoq suvlari ketishi;

- homila qimirlashi kamayishi yoki to‘xtashi;

- tana harorati ortishi, et uvishishi.

Birinchi tashrifda homiladorni tekshirish va kuzatish dasturi (12-haftagacha):

- ayol bilan tanishib, uning ismini, tug‘ilgan yili, yoshi, uy manzili va telefon raqamini so‘rash;

- ayoldan uning **shikoyatlari** haqida so‘rash (asosiy, ikkinchi darajali);

- homiladorlikning fiziologik kechishi haqida tushuntirib, ayolga homiladorlar uy varaqasini onalar tibbiy pasporti (HUV/OTP) berish va uni to‘ldirishni tushuntirib berish;

- agar ayol homiladorlikni to‘xtatish niyati bo‘lsa, erta muddatda (12-haftagacha) homiladorlikni to‘xtatish uchun yo‘llash;

- **hayotiy anamnezi (ma‘lumotlar)ni yig‘ish:**

ish joyidagi sharoit – og‘ir jismoniy ishlar, uzoq tik turishni talab qiladigan ishlar, teratogen faktorlar (og‘ir metallar, ximikatlar, ionlovchi radiatsiya va b.) bilan muloqotda bo‘lish, nikohdan o‘tganmi (yosh va yolg‘iz ayollar homiladorlik davrida alohida ruhiy ko‘mak talab qilinadigan ayollar guruhiga kiradi), ma‘lumoti, turmush o‘rtog‘ining kasbi va mansabi, boshidan kechirgan kasalliklar, shuningdek, maxsus jarayonlar – sil, virusli gepatit, venerik kasalliklar, OIV/OITS. Surunkali kasalliklari, m-n, qandli diabet.

Allergik anamnezi, nasliy kasalliklari, qon quyishlar, o'tkazilgan operatsiyalar, zararli odatlari — chekish, alkogol, narkotik vositalar iste'mol qilish (soni va miqdori).

Alkogol va narkotik vositalar iste'mol qilinishi aniqlansa, homilador ayolni o'zining va bo'lajak bolasining sog'lig'ini saqlash maqsadida yashash joyidagi narkolog shifokorga murojaat qilishiga ko'ndirish lozim. Homiladorlikning kechishi va tug'ruqdan keyingi davrda akusher-ginekolog narkolog tavsiyalari bilan ayolni kuzatib boradi.

❖ Akusherlik va ginekologik anamnez:

Homiladorlik va taxminiy tug'ruq muddatini aniqlash: oxirgi hayzi bo'yicha (Negel formulasi — oxirgi hayzining birinchi kuniga bir yil va yetti kunni qo'shib, uch oyni ayirish), ovulatsiya bo'yicha.

Biror tekshirish o'tkazilganmi (agar o'tkazilgan bo'lsa, natijalari).

Birinchi va keyingi homiladorliklar qachon bo'lgan, ular soni, oqibati (tirik bolalar soni, o'lik tug'ilganlar, abortlar, bachadondan tashqari homiladorlik, yelbo'g'oz). Imkoni boricha, muddatidan oldingi tug'ruqlar va abortlar muddati, sababi va turi aniqlanadi.

Bolalarining tug'ilgandagi vazni va jinsi.

Faqat ko'krak bilan emizish muddati. Qachon? Qancha vaqt davomida?

Quyidagi asoratlar aniqlansa, qaysi homiladorlikda va qaysi muddatda kuzatilganligini aniqlash kerak:

— homiladorlikning erta muddatlarida takrorlanuvchi o'z-o'zidan homila tushishlari;

— sun'iy abort va uning asoratlari;

— tromboz yoki emboliya;

— gipertenziya, preeklampsiya yoki eklampsiya;

— NJYMK, yo'ldoshning oldinda joylashishi;

— homilaning ko'ndalang joylashishi yoki dumbasi bilan oldinda kelishi;

— klinik tor chanoq, bachadon bo'yni distotsiyasi;

— qinning uchinchi darajali yirtilishi;

— tug'ruqdan keyingi sepsis;

- gestatsion diabet;
- qo'llagan kontratsepsiya usullari;
- ushbu homiladorlikning kechishi;
- homiladorlik davridagi kasalliklari;
- qabul qilingan dori vositalari;
- o'tkazilgan davolanishlar (ambulator statsionar) va uning natijalari.

❖ Homiladorning birinchi ko'rigida quyidagilar bajarilishi shart:

– to'liq klinik ko'rik o'tkazish – kamqonlikning klinik belgilarini aniqlash: teri qoplamlari, tirnoq falangalari, ko'z shilliq qavati, og'iz bo'shlig'i va til uchi oqimtirligi, nafas olish o'zgarishi, qalqonsimon bez va tishlar ko'rigi, yurak auskultatsiyasi – yurak cho'qqisida funksional sistolik shovqin eshitilishi mumkin. Qorinni ko'rikdan o'tkazishda teri chandiqlariga e'tiborni qaratish lozim. Tizza va axillov reflekslarini tekshirish lozim;

– AQBni, pulsni, nafas sonini, tana haroratini o'lchash;

– tana/vazn indeksini aniqlash (TVI) = $\text{tana vazni (kg)} / (\text{bo'yi m}^2)$; semizlik yoki ortiqcha tana vaznini, tana vazni yetishmovchiligini aniqlash uchun o'tkaziladi. Muvofiq chegarasi 18 dan 35 gacha. Agar $\text{TVI} \geq 35$ yoki ≤ 18 bo'lsa, parhez bo'yicha maxsus tavsiyalar beriladi yoki keyingi tekshirishlarga yo'llanma beriladi;

– homiladorlik va taxminiy tug'ruq muddati – oxirgi hayz bo'yicha, ginekologik tekshirishlar asosida aniqlanadi;

– 23 haftadan katta muddatda murojaat qilganda – homilaning yurak urishi, qimirlashi harakatlanishi aniqlanib, tashqi akusherlik ko'rigi o'tkaziladi;

– tashqi jinsiy a'zolar ko'rigi o'tkaziladi, bimanual ko'rik, ko'zgular yordamida ko'rik (ayol yoki uning hamrohi ko'rikdan qat'iy bosh tortganda tekshirishlar ikkinchi ko'rikda o'tkazilishi mumkin). Bachadon bo'ynini ko'rikdan o'tkazganda uning rangi, tashqi bo'g'zining holati, ajralmalar miqdori va tarkibiga e'tibor qaratiladi. Qin orqali ko'rikda qin devorlari, bachadon bo'yni uzunligi va konsistensiyasi, servikal kanalning ochilish darajasi, bachadonning o'lchami va konsistensiyasi aniqlanadi;

– ko‘krak bezlarini tekshirish lozim – ko‘rik, palpatsiya.

• **Quyidagi tahlillar tayinlanadi:** zaxmga – RW, gepatit B va C, OIV/OITSga qonni tekshirish, umumiy qon tahlili, qon guruhi va rezus-omil, qonda qand miqdorini aniqlash, umumiy siydik tahlili, uch nuqtadan surtma olish, axlatda gijjalarni tekshirish.

• TTB yoki SHTBda homiladorlik mavjudligi va muddatini aniqlash uchun UTT tayinlash.

Taxminiy tashxis:

Homiladorlik (nechanchi), homiladorlik muddati (haftalarda).

Yo‘ldosh patologiyasi (QVP\OPda kuzatuv va davolashni talab qiladigan genital, ekstragenital patologiyalar).

Mushkullashgan akusherlik, ginekologik, perinatal anamnez.

Asosiy davolash tadbirlari:

Homiladorlik davomida tarkibida yod bo‘lgan dori vositalarini 200 mg/sut tayinlash, homiladorlikning 12 haftasigacha foliy kislotasini 1 mg/sutka tayinlash.

Quyidagi guruh ayollari qo‘shimcha parvarishga muhtoj*:

– yurak, buyrak kasalliklari, gipertenziya, ruhiy, gematologik muammolari bor, epilepsiya, diabet, xavfli o‘smalari, autoimmun kasalliklari, OIV infeksiyasi va boshqa ekstragenital kasalliklari bo‘lgan ayollar;

– homiladorlik davrida ruhiy ko‘mak yetarli bo‘lmagan ayollar;

– 20 yoshdan kichik va 35 yoshdan katta ayollar;

– TVI $<18,5$ yoki $>32,3$ kg/m² bo‘lgan ayollar ;

– kesar kesish amaliyoti o‘tkazilgan ayollar;

– anamnezida preeklampsiya, HELLP – sindrom yoki eklampsiya o‘tkazgan ayollar;

– anamnezida bir yoki bir nachta o‘z-o‘zidan homila tushishi kuzatilgan ayollar;

– anamnezida homiladorlikning ikkinchi trimestrida o‘z-o‘zidan homiladorlik to‘xtashi yoki muddatidan oldingi tug‘ruq kuzatilgan ayollar;

– anamnezida ruhiy kasalliklari yoki tug‘ruqdan keyingi psixozlar kuzatilgan ayollar;

- oldingi homiladorlikdan bittasi o‘lik tug‘ilish yoki chaqaloqning neonatal davrda o‘limi kuzatilgan ayollar;
 - genetik yoki tug‘ma nuqsonlar bilan bola tuqqan ayollar;
 - yetilish darajasi gestatsiya muddatiga mos kelmaydigan bola tuqqan ayollar;
 - anamnezida bepushtlik bo‘lgan yoki EKU (EKO) o‘tkazilgan ayollar;
 - ushbu homiladorligi ko‘p homilalik bo‘lgan ayollar.
- Anamnezida o‘lik homila tuqqan ayollarni sitomegalovirus (SMV) tashuvchanlikka tekshirish lozim.

❖ Shifoxonaga yotqizishga ko‘rsatma

Homilador ayolda kuzatuv va davolash talab qilinadigan ekstragenital kasalliklarni (EGK) birinchi marta aniqlanganda hamda EGKning sub- va dekompensatsiya bosqichlarida – homiladorlikni davom ettirish yoki to‘xtatish masalasini hal qilish uchun shifoxonaga yotqizish lozim.

Keyingi tashriflarda –16 hafta, 24 hafta, 30 hafta, 34 hafta, 36 hafta, 38–40 haftalarda va bir marta tug‘ruqdan keyingi tashrifda kuzatuv va tekshirish dasturi:

- homiladorning tashqi ko‘rinishi va holatini baholash;
- teri qoplami va shilliq qavatlar rangini baholash;
- shishlar mavjudligini aniqlash;
- ikkala qo‘lda AQBni o‘lchash;
- bo‘yi, vaznini o‘lchash va TVIni aniqlash;
- 30 haftada gemoglobin va qonda qand miqdorini aniqlash, kamqonlikning klinik belgilari kuzatilganda esa har bir tashrifda qondagi gemoglobin miqdori tekshiriladi;
- umumiy siydik tahlilini tayinlash;
- ikkinchi tashrifda – homila rivojlanish nuqsonlarini (ya‘ni xavfini) aniqlash maqsadida 16-20 haftada UTT hamda qonda alfa-fetoprotein miqdorini aniqlash lozim (**Skrining tekshirish**);
- tashqi akusherlik tekshiruvini o‘tkazish – 24 haftadan;
- sut bezlarini tekshirish;
- bachadon tubi balandligini aniqlash, bachadon tonusi, tashqi

akusherlik tekshiruvi (Leopold Levitskiy usuli). Tekshirishdan oldin siydik qoplari bo'shligiga ishonch hosil qiling. Santimetr tasmaining bir uchini qovning o'rta qismiga ikkinchi tomonini bachadon tubiga qo'yib o'lchanadi. Agar bachadon tubi balandligi homiladorlik muddatiga mos kelmasa (gravidogramma bo'yicha chegaralangan ko'rsatkichdan tashqari bo'lsa), bachadon tubi balandligi qayta o'lchanadi (2 haftadan so'ng).

Agar dinamikada bachadon o'sishi yetarli bo'lmasa, keyingi tekshirishlarga (UTT, homilaning biofizik profilini aniqlash) yo'llanma beriladi;

- qorin palpatsiyasini o'tkazish;

- homila yurak urishini eshitib ko'rish va ayoldan homila harakatida o'zgarishlar haqida so'raladi. Agar homila yurak urishi eshitilmasa yoki so'nggi kunlarda ayol homila qimirlashida o'zgarish sezgan bo'lsa, keyingi tekshirishlar uchun shifoxonaga yuboriladi;

- homila qimirlashi va harakatini aniqlash;

- agar birinchi tashrifda qin ajrallari tekshirilmagan bo'lsa, qin ajrallari tahlili o'tkaziladi.

Akusherlik anamnezida o'z-o'zidan homila tushishi, muddatidan oldingi tug'ruq, qindan qon ketishi yoki qonli ajrallari kelishi, qorinda og'riq kuzatilgan ayollarda ambulator sharoitida qin orqali tekshirishlar o'tkazilmaydi;

- homiladorlikning 2-yarmidan — homilador ayolga homila qimirlashini kuzatishni o'rgatish lozim;

- homilador ayolga to'g'ri ovqatlanish va sog'lom turmush tarzi ko'nikmalari haqida, homiladorlik davridagi fiziologik o'zgarishlar va QVP/OPga murojaat talab qiladigan belgilar haqida ma'lumot berish kerak.

Tug'ruqdan keyingi tashrif ayol tug'ruqxonadan chiqarilgandan so'ng 3 kun ichida UASH tomonidan amalga oshiriladi.

Simptom/belgilar: laktatsiya, qin ajrallari.

Diagnostic tekshirishlar nomi va soni:

- shikoyatlarni so'rab-surishtirish;

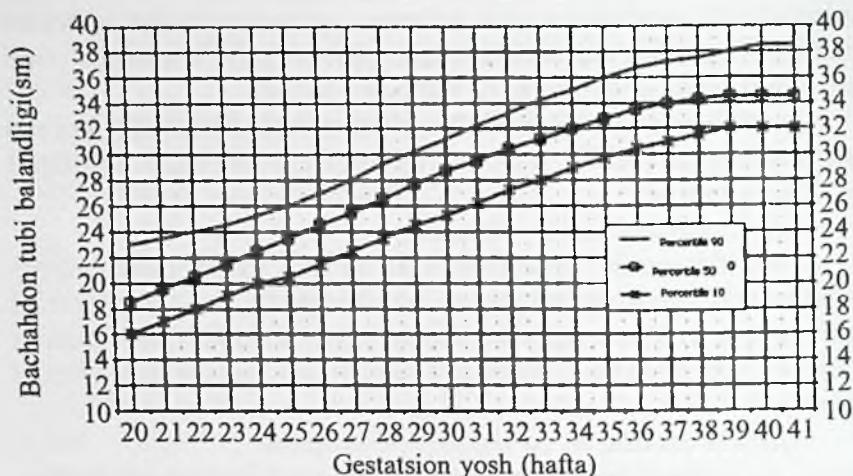
- klinik ko'rik;

- AQB, puls, tana haroratini o'lchash;



Gravidogramma

Homilaning o'sish grafigi



- sut bezlarini tekshirish;
- bachadon tubi balandligini aniqlash;
- qin ajrilmalari holatini baholash;

Siydik yo'llari infeksiyasi belgilarida — proteinuriya va bakteriyuriyaga siydik tahlili o'tkazish;

Kamqonlikning klinik belgilari aniqlanganda — umumiy qon tahlili.

Asosiy davolash tadbirlari

Tarkibida yod bo'lgan dori vositalarini 200 mg/sutka tayinlash.

Kamqonlik aniqlanganda va kamqonlikka moyil hududlarda butun laktatsiya davrida 60 mg temir/sutka tayinlash.

Reabilitatsiya

Uyda patronaj o'tkazish.

Ko'krak bilan oziqlantirish bo'yicha maslahat olib borish.

Kontrasepsiya masalasini hal qilish.

EGK bo'yicha reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish.

❖ Tugʻruq va onalikka tayyorlash

Tugʻruq va onalikka tayyorlash individual va guruhlarda oʻtkaziladi.

Mashgʻulotning eng istiqbolli va samarali yoʻli bola tugʻilishiga oilaviy tayyorgarlik oʻtkazish boʻlib, bu oila aʼzolarinnig tugʻruqqa tayyorlashda faol ishtirok etishiga qaratilgan.

Tugʻruq va tugʻruqdan keyingi davrdagi hamrohlik (partnyorstvo) homilador ayol va uning oilasi hayot tarzining oʻzgarishiga, kutilgan bola tugʻilishiga eʼtibor qaratilishiga imkon beradi.

Homilador ayol va oilasining bola tugʻilishiga tayyorlanishi zamonaviy talablardan kelib chiqib amalga oshiriladi.

Homilador ayol va oilasining bola tugʻilishiga jismoniy va ruhiy tayyorlanishi barcha homiladorlar uchun qoʻllanilishi mumkin. Ushbu usulni qoʻllashga moneliklar yoʻq.

Bola tugʻilishiga oilaviy shaklda tayyorlash bilan bir qatorda, homiladorlarni tugʻruqqa jismoniy va ruhiy tayyorlashning anʼanaviy usullarini qoʻllash hamda ularni QVP va oilaviy poliklinikalarda tashkil etilgan «Onalar maktabi»da shaxsiy gigiyena qoidalariga oʻrgatish, boʻlajak tugʻruqqa va bolani parvarishlashga tayyorlash tavsiya etiladi. Bunda namoyish vositalari, koʻrgazmali qurollar, texnik vositalar va bolani parvarish qilish vositalari qoʻllaniladi.

«Onalar maktabi»ga ayollarni homiladorlikning I trimestridan boshlab, imkoni boʻlsa, boʻlajak otalar yoki yaqin qarindoshlari bilan birga jalb etish kerak.

Mashgʻulotlarni oʻtkazishda haftaning maʼlum kunlarida hamrohlari bilan (eri yoki boshqa oila aʼzolari) 10–15 kishidan tashkil topgan va imkoni boricha, bir xil muddatdagi homiladorlarni birlashtirgan guruhlar tuzish maqsadga muvofiq.

Boʻlajak otalar va yaqin qarindoshlarni bola tugʻilishiga tayyorlash mashgʻulotlariga faol jalb qilish uchun ularni dastur va mashgʻulot oʻtkazilish haqidagi kerakli maʼlumotlar bilan taʼminlash birlamchi boʻgʻin muassasalari xodimlarining vazifasiga kiradi.

❖ «Onalar maktabi»da homiladorlar bilan shugʻullanish dasturi

1-mashgʻulot

1. Homiladorlik davrida ona organizmidagi anatomo-fiziologik oʻzgarishlar:

1. Jinsiy tizim tuzilishi va faoliyati haqida qisqacha maʼlumot.
2. Ayollar va erkaklar jinsiy hujayralari.
3. Homilaning ona qornida rivojlanishi.

3.1. Urugʻlanish.

3.2. Homiladorlikning ilk belgilari.

3.3. Homilaning homiladorlik oylari boʻyicha rivojlanishi, uning tashqi taʼsirlarga reaksiyasi.

3.4. Yoʻldosh va amniotik suyuqlikning homila hayotidagi roli.

3.5. Ayol organizmidagi fiziologik oʻzgarishlar homiladorlik davrlari.

4. Homiladorlik xavf omillari.

4.1. Xavf omillari nima?

4.2. Ota va ona sogʻligining boʻlajak farzand sogʻligiga taʼsiri.

4.3. Naslning roli.

4.4. Ota va onalarning alkogol, chekish, narkotik va toksik vositalarni isteʼmol qilishi — homila patologiyasi xavf omili sifatida.

4.5. Boshqa noxush omillarning homilaga taʼsiri (ishlab chiqarish, infeksiya, dori vositalari, radiatsion omillar va b.).

4.6. Homiladorlik asoratlari.

5. Tibbiy kuzatuv.

5.1. Homiladorlarning ayollar maslahatxonasiga erta murojaat etishning muhimligi.

5.2. Akusher-ginekolog vrachi, doyaga tashriflar soni.

5.3. Homiladorlik davrdagi tibbiy tekshirishlarning majburiy hajmini bajarish lozimligi.

5.4. Ona va bola sogʻligini kuzatishning zamonaviy instrumental usullari bilan tanishtirish.

5.5. Homiladorlarga homila rivojlanishi va holatini baholashning baʼzi bir testlarini oʻrgatish.

5.6. HUVning ahamiyati, homiladorlarga homiladorlar uy varaqa-sini toʻldirishni oʻrgatish.

2-mashg'ulot

II. Homiladorlik davridagi gigiyenik qoidalar:

1. Hayot tarzini o'zgartirish.

1.1. Mehnat tartibi, shu jumladan, uy ishlari bo'yicha tavsiyalar. Homiladorlarning qonuniy huquqlari.

1.2. Kun tartibi.

1.3. Jinsiy hayot.

2. To'g'ri ovqatlanish.

2.1. Ovqatlar kaloriyasi va ovqat mahsulotlarining balansirlangan tartibi haqida.

2.2. Suyuqliklar iste'mol qilish.

2.3. Vitaminlar va mikroelementlarning ona va bola sog'ligidagi roli.

2.4. Patologik holatlarda (erta toksikoz (ko'ngil aynish va qusish sindromi) ovqatlanish xususiyatlari, qabziyatlar, gipertenziya, buyrak kasalliklari va b.).

3. Shaxsiy gigiena.

3.1. Tana tozaligini saqlashning ahamiyati (teri, tishlar, sut bezlari, jinsiy a'zolar va b.).

3.2. Kiyim, poyabzal, ichki kiyimlar.

3.3. Bolani 6 oyligigacha ko'krak bilan emizishning roli.

3.4. Ayol organizmini chiniqtirish va sog'lomlashtirishda tabiiy omillardan foydalanish.

4. Homiladorlik davrida gigiyenik gimnastikaning ahamiyati.

4.1. Homiladorlik muddatiga mos jismoniy mashqlar majmuasini o'rgatish.

4.2. Bo'shashish mahoratini o'rgatish («tez dam»).

5. Homiladorlar ruhiy-hissiyotlari holatining xususiyatlari.

5.1. Ayolning homiladorlikka ruhiy moslashishi.

5.2. Homiladorlik, tug'ruq davrida va bola tug'ilgandan so'ng ayolga ruhiy va jismoniy ko'maklashishda oilaning roli.

3-mashg'ulot

III. «Qo'rquvsiz tug'ruqqa» tayyorlash:

1. Tug'ruq boshlanishining kalendar muddatlari.

2. Tug'ruq xabarchilari.

3. Tug'ruqxonaga borishga tayyorlanish.

4. Tugʻruq davrlari va davomiyligi.
5. Tugʻruq davrida oʻzini tutish.
- 5.1. Tugʻruq davrida ayolning toʻgʻri va tinch holatining ahamiyati.
- 5.2. Tugʻruqdagi hamrohlikning roli.
- 5.3. Tibbiy xodimga ishonch va uning barcha tavsiyalarini bajarish shartligi.
- 5.4. Tugʻruqning yaxshi kechishi uchun turlicha nafas olishga oʻrgatish.
- 5.5. Tugʻruqni ogʻriqsizlantirish usullarini oʻrgatish.
- 5.6. Tugʻruqda ruhiy hissiyotlarni mustahkamlash uchun autotrening va nuqtali oʻz-oʻzini massaj qilishga oʻrgatish.
6. Tugʻruqdan keyingi birinchi soatlar. Tugʻruq zalida bolani erta koʻkrakka berishning ahamiyati.
7. Tugʻruqdan keyingi davrdagi davolash gimnastikasi.
8. Tugʻruqdan keyingi kontrasepsiya.
9. Onaning qonuniy huquqlari.

❖ Bolani parvarishlash boʻyicha «Onalar maktabi»da homiladorlar bilan shugʻullanish dasturi:

1-mashgʻulot

- I. Bola tugʻildi.
1. Bolaning yetilganlik belgilari.
2. Chaqaloqning anatomo-fiziologik xususiyatlari.
3. Chaqaloqdagi gormonal kriz.
4. Tugʻruqxonada ona va bolaning birga boʻlishining ahamiyati.
5. Chaqaloq bilan muloqotda shaxsiy gigiyena qoidalari.
6. Bolani koʻkrakka tutish texnikasi.
7. Tugʻruqxonadan chiqish uchun bolaga kerakli kiyimlar majmuasini tayyorlash boʻyicha maslahatlar.

2-mashgʻulot

II. Oilada chaqaloqni parvarish qilish:

1. Oilada «bola burchagi»ni tayyorlash va gigiyenasi.
2. Bolani parvarish qilish vositalari.
3. Bolani parvarish qilish qoidalari.
- 3.1. Bolani tozalash va choʻmltirish.

3.2. Terisi va kindik yarasini parvarish qilish.

3.3. Erkin yo'rgaklash.

3.4. Kun tartibi.

4. Chaqaloqni ovqatlantirish.

4.1. Sog'lom bola shakllanishida ko'krak bilan emizishning roli.

4.2. Ko'krak bilan emizishda bolaning tana vaznini nazorat qilishning ahamiyati.

4.3. Chaqaloqqa suv berish.

4.4. Sun'iy oziqlantirish.

5. Zararli omillarning bola sog'ligiga ta'siri.

5.1. Oilada zararli odatlarga yo'l qo'ymaslik (chekish, alkogol, narkotik va toksik vositalar iste'mol qilish).

6. Tibbiy tavsiyalarni bajarishni o'rgatish va maslahatlar.

6.1. Chaqaloq gimnastikasi elementlari va uni massaj qilish usullari.

6.2. Tana haroratini o'lchash texnikasi.

6.3. Shifokor tayinlagan dori vositalarini berishga tayyorlash va berish texnikasi, o'zboshimcha davolash xavfi.

Guruhli mashg'ulotlar o'tkaziladigan xona jihozlari tinglovchilarga ruhiy qulaylik yaratishi lozim. Kushetkalar, qulay kreslolar, rasmlar va jadvallar majmuyi, videoproektor, LSD-jihoz, videofilmlar bo'lishi lozim.

Homiladorlar gigiyenasi, tug'ruqqa oilaviy tayyorlash, ko'krak bilan emizish, chaqaloqlarni parvarish qilish, tug'ruqdan keyingi kontrasepsiya kabi muammolarga bag'ishlangan videokassetalarni mustaqil ko'rish imkoniyatini yaratish maqsadga muvofiqdir.

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



Maqsad: Homilaning joylashishini va pozitsiyasini aniqlash.

Jihozlar: kushetka.

1. Ayolga qanday muolaja bajarilishini tushuntirish, uni qiziqti-rayotgan savollarga javob berish.

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

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

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

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

6. 4-usul tekshiruvchi ayolning oyoq tomonida turgan holda ikkala qo'li kaftini bachadon pastki qismining o'ng va chap

tomoniga qo'yadi va pastga tomon asta bosiladi, bunda tekshiruvchi o'z qo'lini homilaning oldinda keluvchi qismi bilan chanoq kirish qismiga yuboradi.

Bu usul yordamida homila oldinda yotgan qismining chanoq suyagiga nisbatan turishi aniqlanadi.

Izoh: bu usul bilan homilaning joylashishi, pozitsiyasi va oldinda kelgan qismining chanoqqa bo'lgan munosabati aniqlanadi. Shu bilan birga, tug'ruq rejasi ham tuziladi.

❖ 2. Homilaning taxminiy vaznini aniqlash

Maqsad: homilaning taxminiy vazniga qarab, tug'ruq rejasini tuzish.

Jihozlar: kushetka, santimetrli lenta.

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

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

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

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

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

6. Odatda, bachadon tubi balandligiga qarab, homiladorlik muddatini ham aniqlash mumkin. Qorin aylanasi o'lchamini bachadon tubi balandligiga ko'paytirib, homilaning taxminiy vaznini aniqlaymiz. Masalan, KA – 100 sm, BTB – 32 sm. $XTV=3200$. $100 \times 32 = 3200$ gr.

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

❖ 3. Homila auskultatsiyasi

Maksad: homila auskultatsiyasi ayol qorniga stetoskop qo'yib eshitish orqali o'tkaziladi, bunda homilaning ona ichidagi holati aniqlanadi.

Jihozlar: kushetka, stetoskop, sekundomerli soat.

1. Ayolga qanday muolaja bajarilishini tushuntirish, uni qiziq-tirayotgan savollarga javob berish.

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

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

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

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

Izoh: homila yurak urushining 1 minutda 120 tadan kam yoki 160 tadan yuqori bo'lishi homila ona ichi gipoksiyasi — disstres sindromi yuzaga kelayotganligidan dalolat beradi va shoshilinch akusherlik taktikasini jarrohlik usuliga o'zgartirishga olib keladi.

VAZIYATLI MASALA

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

Homila bo'ylanma vaziyatda, boshi chanoq og'ziga kichik segmenti bilan suqilib kirgan.

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

❖ TEST

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

- a) *tug'ruq boshlanishi bilan;
- b) homiladorlikning 2-davrida;
- c) homilaning 12 haftataligidan boshlab;
- d) homila paydo bo'lgandan so'ng.

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

- a) *regular dardlarning paydo bo'lishi;
- b) qog'onoq suvning ketishi;
- c) bachadon og'zi to'liq ochilishi;
- d) tez-tez siyish.

3. *Tug'ruqda spazmolitiklar qachon ishlatiladi?*

- a) *ishlatilmaydi;
- b) tug'ruqning 2-davrida;
- c) bachadon bo'yni 4 sm ochilganda va muntazam tug'ruq faoliyati davrida;
- d) tug'ruqning 1-davri latent fazada.

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

- a) *dardlar va to'lg'oqlar;
- b) bachadon bo'yni;
- c) homila boshi;
- d) dardlar.

5. *Tug'ruq davrlari birin-ketin kelishi (posledovatel'nost')ni ko'rsating.*

- a) *bachadon bo'yni ochilish, haydalish va yo'ldosh davri;
- b) yo'ldosh, bachadon bo'yni ochilish va haydalish davri;
- c) haydalish, bachadon bo'yni ochilish va yo'ldosh davri;
- d) chilla davri, ochilish, haydalish va yo'ldosh davri.

6. *Organizmining tug'ruqqa tayyorligini qaysi test belgilaydi?*

- a) *oksitasin testi;
- b) sitoximik test;
- c) progesteron testi;
- d) sovuqlik bilan o'tkaziladigan test.

7. *Endogen prostaglandinlar sintezini nima stimullaydi?*

- a) *kalsiy xlor; c) geparin;
- b) vit B12; d) linetol.

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

- a) *hech narsa qo'llanilmaydi;
- b) bel sohasini UFO qilish;
- c) qorin pastiga ultratovush qilish;
- d) rux bilan qorin pastiga ionoforez qilish.

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

- a) *bachadon tubining balandligiga qarab;
- b) homila yurak urishiga qarab;
- c) homila joylashishiga qarab;
- d) oxirgi hayznning 1-kuni bilan.

10. Kichik chanoqning tor tekisligi o'Ichamini ko'rsating.

- a) *9,5–10 sm;
- c) 10,5–11 sm;
- b) 12,5–13 sm;
- d) 15–13 sm.

11. Tug'ruqxona qaysi buyruq asosida ishlaydi?

- a) *N600;
- c) N54;
- b) N123;
- d) N34.

12. Qaysi homiladorlik patologiyasini ayollar maslahatgohida davolash mumkin?

- a) *anemiya yengil darajasi;
- b) boshlangan homila tashlash;
- c) o'tkir pielonefrit;
- d) normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi yengil darajasi.

13. Qanday belgiga qarab tug'ruq vaqtini akusherlik hisobiga ko'ra aniqlash mumkin?

- a) *oxirgi hayznning 1-kuniga qarab;
- b) homila yurak urishiga qarab;
- c) homila joylashishiga qarab;
- d) bachadon tubining balandligiga qarab.

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

- a) *muntazam dardlarning bo'lishi;
- b) qog'onoq suvlarning ketishi;
- c) to'lg'oqlar;
- d) bachadon bo'ynining to'liq ochilishi.

15. Kontraksion halqa qachon hosil bo'ladi?

- a) *tug'ruqning 1-davrida;
- b) homiladorlik paytida;
- c) homiladorlikdan oldin;
- d) tug'ruqning 3-davrida.

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

- a) *qog'onoq suvi ketganda, dardlar bo'lganda;
- b) ko'p qon kelganda qabulxonada ko'rish;
- c) 3-davrning oxirida;
- d) chilla davrining boshlanishida.

VII. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI

HOMILADORLIKNING BOSHLANISHI VA EMBRIONNING TARAQQIYOTI

Erkaklar jinsiy hujayrasi: jinsiy hujayralar har bir naslda embrional hujayradan yangidan shakllanadi. Erkaklar bilan ayollar jinsiy hujayralarining rivojlanish jarayoni bir-biriga o'xshash bo'ladi.

Erkaklarning jinsiy bezi (testis) jinsiy hujayra spermatozoidlarni ajratadi, ular spermatogenlardan tashkil topadi. Spermatogenlar jinsiy bezlarning egri-bugri kanallari ichki yuzasida joylashgan bo'ladi.

Yetuk (tuxum hujayra bilan qo'shilish qobiliyatiga ega) spermatozoidlar yetilishi uchun spermatogenning rivojlanish jarayoni spermatogenez sodir bo'lishi lozimdir. Bu jarayon o'g'il bola balog'atga yetishi bilan boshlanadi. Spermatogenlar tez ko'payib spermatotsitlar birinchi qatoriga aylanadi, qisqa o'sish davridan keyin yetilish fazasi vujudga keladi. Yetilish jarayonida birin-ketin ikkiga bo'linadi, bu odatdagi mitozdan farq qiladi va meozis nomi bilan yuritiladi. Bu xildagi reduksion bo'linishdan keyin takomillashgan erkak jinsiy hujayralari endi spermatida nomini oladi. Bu esa murakkab differensiatsiya jarayoni natijasida butunlay boshqa ko'rinishga — spermatozoidlarga aylanadi.

Spermatozoidlar ip shaklida bo'ladi (boshcha, bo'yincha va dumchadan iborat). Uzunligi 50–65 mk, boshchasi 4,5 mk bo'ladi.

Spermatozoidlar urug' yo'liga tushgandan keyin harakat qila boshlaydi va urug' pufakchalari va prostata bezi ajratgan suyuqlikka aralashib, shahvat (sperma)ni hosil qiladi. Jinsiy aloqa paytida 5–8 ml gacha shahvat ajralib chiqadi. Bunda ayrim hollarda shahvat suyuqligida 200 dan 500 milliongacha spermatozoid bo'ladi.

Spermatozoid, asosan, dumchasi yordamida harakatlanadi. Spermatozoid bir minutiga 2–3 mm yo'l bosadi. Shuvarskiyning aytishicha, ular jinsiy aloqadan keyin 1–2 soat ichida bachadonga o'tadi. Spermatozoidlar jinsiy aloqa paytida qinning orqa gumbazidagi chuqurcha (reseptaculum semeni)ga quyiladi. Orgazm

natijasida bachadon bo'yni kengayib, undagi shilliqli tiqin shu sohaga cho'zilib tushadi va spermatozoidlarni shimib oladi. Orgazm tugagach, bachadon bo'yni qisqaradi va shilliqli tiqin spermatozoidlar bilan birgalikda yana bachadon bo'yni kanaliga qaytadi va o'zidagi spermatozoidlarning bachadonga o'tishiga imkoniyat tug'diradi. Spermatozoidlar uchun ishqoriy sharoit bo'lishi kerak. Shunga ko'ra, qindagi nordon muhit yomon ta'sir etganidan ular bu joyda tez orada halok bo'ladi. Bachadon bo'yni kanalidagi ishqoriy muhitda esa spermatozoidlar soatlab, hatto bir necha kun yashashi mumkin. Spermatozoid bachadon va uning naychalardagi kiprikchalar (shilliq qavat epiteliylari) yordamida oson harakat qilib, bachadon bo'ynidan uning bo'shlig'iga, undan naychalarga o'tadi va nihoyat, naychalarning ampular qismida yoki qorin bo'shlig'ida tuxum hujayralar bilan qo'shiladi. Naychalarning ampular qismida, hatto bir necha kun, qorin bo'shlig'ida 20 soatgacha yashashi va hayot qobiliyatini saqlashi mumkin.

Ayollar tuxum hujayrasi: ayol tuxum hujayrasi to'la yetilmaguniga qadar erkak urug'i bilan qo'shila olmaydi. Ovulatsiya (follikulaning yetilib, yorilishi)dan ancha oldin tuxum hujayrasi asta-sekin takomillashadi, bu jarayonda u ikkiga bo'linadi. Natijada, 2 ta yo'naluvchi tanachalar (birinchi va ikkinchi qatordagi tanachalar) vujudga keladi.

Tuxum hujayraning taraqqiy qilishi (ovogenez) quyidagicha kechadi. Ovogeniya ortiq ko'paymay, 1 qatordagi ovotsitga aylanadi, bu biroz kattalashadi, shu jarayon oxirida ovotsit birinchi marta bo'linadi. Natijada, 2 ta hujayra shakllanib, kattasi ikkinchi qatordagi ovotsit, kichkinasi esa mayda yo'naluvchi yoki reduksion tanacha deb ataladi. Shundan keyin ikkinchi qatordagi ovotsit yana bo'linib, bunda yetilgan tuxum va ikkinchi yo'naltirish tanachasi (reduksion tanacha)ni hosil qiladi. Bulardan birinchisi yana ikkiga bo'linishi mumkin. Natijada, ikkinchi qator ovotsit yadrolaridagi reduksion bo'linish natijasida xromosomalarning faqat yarmi 46 ta o'rniga 23 ta qoladi. Bu barcha jarayon erkak urug'i bilan qo'shilishga qobiliyatli tuxum hujayraning shakllanishiga olib keladi. Ovogenez jarayonida bitta 1-qatordagi, ovotsitdan faqat bitta yetilgan tuxum hujayra va 3 ta shimilib

ketadigan yo'nalish tanachalari paydo bo'ladi. Agar tuxum hujayra yuqorida qayd qilingan jarayonga uchramasa, u yetilmaydi va shunga ko'ra spermatozoid bilan qo'shila olmaydi.

Balog'atga yetish davrida tuxumdondagi boshlang'ich follikulalardan bittasi yoki ikkitasi rivojlana boshlaydi. Yapaloq holatdagi donador hujayralar shisha boshlaydi va ular kattalashib silindr, uchburchak holatini oladi. Ayni paytda ular energetik ravishda mitotik bo'linish bilan ko'payadi. Bu davrda follikulaning o'zi to'xtovsiz kattalasha boradi. So'ngra tuxumni o'rab olgan bir necha qator hujayralar orasida bo'shliq hosil bo'ladi, bu bo'shliqdagi follikullarda suyuqlik bo'ladi. Bu suyuqlik ko'paya borgan sayin tuxumni va granuloz (donador) hujayralarni chetga suradi va follikula yana kattalashib, avval no'xatdek, keyin esa loviyadek bo'lib qoladi. Yetilgan follikula Graaf pufakchasini o'ragan ustki pardasi (theca folliculi) hosil bo'ladi. Bu parda ikki qavatdan iborat bo'lib, ichkisi (tunica (theca) interna) qon tomirlarga boydir, ikkinchisi tashqi qattik fibroz qavat (theca externa) deb ataladi va uning qon tomirlari kam bo'ladi. Follikula yetilishi jarayonida asta-sekin tuxumdonning tashqi pardasidan membrana (albuginea) bo'rta boshlaydi va yirtilishga tayyor bo'lib qoladi. Organizmdagi gormonal jarayon ta'siri va follikula ichidagi bosimning oshishi natijasida u yoriladi. Follikula suyuqligi tuxum hujayra va qisman donador hujayra (granulosa)lar bilan birga tuxumdonning yorilgan joyidan qorin bo'shlig'iga tushadi. Follikula yorilib, tuxum hujayraning chiqishi ovulatsiya deyiladi. Ovulyatsiyaning taxminiy muddati hayz siklining 13–14-kunlariga to'g'ri keladi, u oxirgi hayzning birinchi kundan hisoblanadi.

URUG'LANISH, URUG'LANGAN TUXUMNING BO'LINISHI VA UNING BACHADONGA PAYVANDLANISHI

Urug'lanish deb, erkak urug'i yadrosi bilan ayol urug'i yadrosining qo'shilishiga aytiladi.

Jinsiy aloqada erkak spermasi qinning orqa gumbaziga tushadi (receptaculum seminis).

Bachadon jinsiy qo'zg'alish paytida ancha kuchli qisqaradi (urug'lanish jinsiy qo'zg'alishsiz ham bo'lishi mumkin). Bunda qin dahlizini o'ragan muskul (Constrictor cunni)dan tortib, bachadon naychalarigacha jinsiy qo'zg'alishda ishtirok etadi.

Shu qisqarish natijasida qin dahlizi bezlarida ishlab chiqarilgan, xususan, Bartolin bezlarining moyli sekreti qinga tushadi. Bachadon bo'ynidagi shilliq tiqin (probka) esa bo'yin kanalidan tilga o'xshab orqa gumbaz chuqurchasi tomon osilib tushadi, ammo butunlay tushib ketmaydi. Jinsiy aloqada qinning orqasidagi chuqurchasiga spermatozoidlar quyiladi. Jinsiy qo'zg'alish tugagach, bachadon tanasi va bo'yin ancha bo'shashadi. Natijada osilib turgan shilliq yana bachadon bo'yin kanaliga qaytariladi. Shu jarayonda ular shilliq tiqin (probka)ga shimilib olingan bo'ladi, shilliq bo'yin kanaliga spermatozoidlar bilan qaytgach (bir necha million), spermatozoidlar aktiv harakatlanish xususiyatiga ega bo'lganiga ko'ra, biroz qisqarishi natijasida bo'yin kanalidan bachadon bo'shlig'iga va undan bachadon naychalariga o'tadi. Qolgan spermatozoidlar qindagi nordon sharoitda halok bo'ladilar.

Ko'p tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, spermatozoidlarning ayol tuxumi bilan qo'shilishi bachadon naychalarining ampular qismida bo'ladi.

Ayolning tuxum hujayralari spermatozoidlar kabi harakatlanish xususiyatiga ega emas.

Ovulatsiya natijasida tuxum hujayrasi qorin bo'shlig'iga tushadi. Ko'pchilik olimlarning fikricha, bachadon naychalarining kengaygan qismidagi ampula shokilalari (fimbria ovaris)dan biri uzunroq bo'lganiga ko'ra, u ovulatsiya natijasida ajralib chiqqan tuxum hujayrasini bachadon nayining ampular qismiga uzatadi.

Bu jarayonda, albatta, ayolning ruhiy holati ham muhim o'rin tutadi. Agar asab tizimining faoliyati ma'lum darajada buzilgan bo'lsa, qo'shilgan tuxum hujayrasi bachadon naychalarida tutilib qolib, bachadondan tashqaridagi homiladorlik vujudga kelishiga olib kelishi mumkin.

Urug'lanish: naycha ichiga yaqinlashgan tuxum hujayrasiga juda ko'p spermatozoidlar intiladi. Lekin spermatozoidlarga tuxum hujayrasini o'ragan, shu'lasimon toj va yaltiroq parda to'sqinlik

qiladi. Bunda naychalardagi mazkur uzun shokila tuxumdon, qorin bo'shlig'i orasidagi ko'prikcha vazifasini bajaradi. Aytib o'tganimizdek, ovulatsiyada tuxumdondan ajralib chiqqan tuxum hujayra shu ko'prikcha orqali naychaga o'tadi. Naycha ichidagi spermatozoidlar tuxum hujayrasiga peshvoz chiqib, shu yerda ular qo'shiladi, ya'ni otalanish yuz beradi. Urug'langan tuxum hujayra — zigota naychaning peristaltika harakati tufayli bachadonga qarab bo'linish jarayonida yo'naladi. Bu jarayonda ayollar gormonlarining o'rni benihoya katta.

Xususan, estrogen gormonlar bachadon naychalari, mushaklarining qisqarish aktivligini ta'minlaydi, jumladan, naychalarning peristaltikasini amalga oshiradi.

Spermatozoidlar gyaluronidaza deb ataladigan erituvchi moddani ishlab chiqaradi. Gyaluronidaza shu'lasimon toj va yaltiroq pardani eritish xususiyatiga ega.

Eritish uchun kerak bo'lgan sekretni yaratishda ko'p spermatozoidlar ishtirok etadilar va nihoyat qarshiliklarni yengib, ulardan bir nechtasining boshchalari tuxum hujayrasining protoplazmasiga kirishga erishadi, qolganlari esa halok bo'ladi hamda bachadon va bachadon naychalarining shilliq pardasiga singib yo'q bo'lib ketadilar.

Tuxum hujayrasiga kirgan faqat bittasi yoki ikkitasigina urug'lanishda ishtirok etadi. Spermatozoid boshchasi tuxum ichiga suqulib kirgach, uning boshi dumidan ajraladi (endi boshchasi urug' yoki erkak yadro deb ataladi). O'zi tomon siljiyotgan tuxum hujayrasining yadrosi tomon yo'naladi va u bilan qo'shib, bitta yadroga aylanadi. Shundan keyin urug'lanish davri tugab, homiladorlik boshlanadi.

Urug'langan tuxumning bo'linishi va uning bachadonga payvandlanishi. Urug'langan tuxum maydalanish davriga o'tadi, natijada u blastomer yoki maydalanish shari deb ataluvchi qiz hujayralariga bo'linadi. Bunda har bir shar o'z navbatida so'nggi maydalanishga uchraydi va tut donasini eslatadigan blastomerlar majmuasini — morulani hosil qiladi.

Blastomerlar qiz hujayralariga bo'linganida bu bo'lingan hujayralarining har biri oldingi hujayralardan ikki marta kichik

bo'ladi. Morulaning hajmi yetilgan tuxum hujayrasidan unchalik katta bo'lmaydi. Morula naycha ichida bachadon tomonga yo'lini davom ettiradi. Urug'langan vaqtdan boshlab oradan 6—7 kun o'tgach, otalangan tuxum bachadon ichiga kelib tushadi.

Bu kunlar implantatsiya oldi yoki «homiladorlikning 1-qaltis davri» hisoblanadi.

Homila tuxumi (pusht) bachadon bo'shlig'iga tushgandan keyingina ona organizmiga payvandlanadi. Ya'ni urug'langan tuxum bachadon shilliq pardasiga tutashadi (implantatsiya bo'ladi) va pushtning bachadonga payvandlanishini ta'minlaydi.

Homila tuxumi bo'linishi natijasida hosil bo'lgan yangi hujayralar (blastomerlar) ketma-ket kariokinez usulida bo'linib, yangi blastomerlar hosil qiladi. Bu bo'linish somatik hujayralarning rostmana bo'linishidan farq qiladi. Har bir bo'linishdan so'ng yangi hujayralar yana maydaroq, ular bir-biriga zich joylashib, tut donasiga o'xshab morulani tashkil qiladi deb aytib o'tgan edik. Bu davrga kelib, morula blastotsitga aylangan bo'ladi. Pushtning blastotsit bosqichida uning hujayralarining bir qismi (yirikroqlari) embrioblastni tashkil etib, undan kelgusida embrion rivojlanadi. Qolgan kichik hujayralar pusht chekkarog'ida joylashib, oziqlantiruvchi pardani trofoblastni tashkil etadi. Trofoblast, shuningdek, pushtning bachadon devoriga payvandlanishini ta'minlaydi. Bu jarayonda trofoblast ishlab chiqaradigan fermentlar bachadon shilliq pardasini eritadi va bu yerda blastotsitning botib kirishiga imkon yaratadi.

Blastotsist bachadon shilliq pardasining funksional qavati ichiga kirib olishi jarayoni anchagina tez yuz beradi, ya'ni 40 soatda butunlay botib kirib, uning shilliq pardasidagi teshik ham bitib ketadi va pusht shilliq qavat ichiga payvandlanib, joylashib qoladi. Blastotsitning bachadon shilliq qavatiga botib kirish jarayonida atrofidagi to'qimalarda qon tomirlar jadal rivojlanib ko'payadi, biriktiruvchi hujayralar soni ortadi, ularda glikogen to'planadi. Bachadon shilliq pardasi payvandlanish (implantatsiya) paytida o'zining sekretiya davrini o'tayotgan bo'ladi. Bu davrda unda pusht oziqlanishi uchun zarur moddalar to'plangan. Buning ustiga trofoblast tufayli pusht atrofida to'qimalar yemirilish mahsulotlari

to'planadi va bu moddalar pusht oziqlanishi uchun muhit (embriotrof) hisoblanadi.

8 kundan to 84 kun (12 hafta)gacha implantatsiya, gisto va organogenez payti «homiladorlikning 2-qaltis davri» hisoblanadi.

Pusht pardalari rivojlanishi. Pusht tuxum bachadonga payvandlangandan keyin bachadon devorida keskin o'zgarishlar ro'y beradi. Shilliq parda funksional qavatining zich va g'ovak qatlamlari yanada yaqqol bilinadi. Zich qavat (stratum compactum) salqigan stromadan tuzilgan bo'lib, undan bezlarning chiqaruv naychalari o'tadi. Stroma tolalari to'rida yirik, ko'p qirrali pufaksimon yadroli detsidual hujayralar joylashadi. Ular glikogenga boy, fagotsitoz xususiyatiga hamda gormon ishlab chiqarish qobiliyatiga ega hujayralardir.

G'ovak qatlam (stratum Spongiosum), chuqurroq qavat, unda juda ko'p gipertrofiyalangan bezlar bo'lib, stromasida detsidual hujayralar bo'lmaydi.

Pushtning o'sishi jarayonida detsidual pardaning turli qismlari alohida nom oladi. Tuxum tagida joylashgan qismi **decidua basalis** deb ataladi. Bachadon bo'shlig'iga bo'rtib chiqqan yuzasini qoplagan qismi esa **decidua capsularis**, butun bachadon bo'shlig'ini qoplagan barcha qolgan qismi esa **decidua parietalis** deyiladi.

Homiladorlikning to'rtinchi oyiga kelib, detsidual pardaning ikkala qatlami (zich va g'ovak qatlam ningeng ko'p qalinlashgan davri bo'ladi. Oddiy ko'z bilan qaralganda qalin, burmali shilliq parda ko'rinishiga ega. Homila 4—5 sm bo'lganda endi bachadon bo'shlig'ini to'liq egallaydi, detsidual pardalar decidua basalis va decidua capsularis — yaqinlashib birlashib ketadi. Bu har ikkala qavat qo'shilishiga qadar yupqalashadi, ulardagi tomirlar, detsidual hujayralar keskin kamayadi, epiteliy qavati yo'qolib ketadi, decidua basalisda esa, aksincha, zich va g'ovak qavatlar qabarib rivojlanadi. Unda, aksincha, qon tomirlar juda rivojlanib kapillarlar zich tomirlar to'rini hosil qiladi. Ushbu gipertrofiyalangan va tomirlarga boy pardaga ko'plab xorion so'rg'ichlari o'sib keladi. Bular atrofida bo'shliq yuzaga kelib, unga bachadon arteriyalari qoni quyiladi.

Shunday qilib, detsidual parda ona organizmi, ya'ni bachadon endometriysining o'ziga xos o'zgarishi hisobiga vujudga keladi.

Qolgan ikki palla xorion va amnion parda homila to'qimalari hisobiga hosil bo'ladi.

Xorion so'rg'ichlari bilan bachadon shilliq pardasi orasida yuqorida qayd etilganidek, to'qimalarning yemirilish mahsulotlari va ona qon tomirlaridan chiqqan qon joylashadi. Bundan homilaga kislorod yetib boradi. So'rg'ichlar bilan bachadon shilliq pardasi orasidagi bo'shliq birlamchi so'rg'ichlararo bo'shliq deb ataladi. Dastlab tuxum butunicha bo'shliq bilan o'ralgan bo'ladi. Homila taraqqiyotining keyingi bosqichlarida so'rg'ichlararo bo'shliq faqatgina platsenta sohasida bo'lib, ikkilamchi so'rg'ichlararo bo'shliq deyiladi. Trofoblast bilan bir vaqtda embrioblast rivojlanadi. Embrioblast bachadon nayidayoq rivojlana boshlasa-da, bachadonga payvandlangandan so'ng, ayniqsa, tez rivojlanadi. Blastotsistaning segmentlaridan birida hujayralar to'plamidan iborat ikkita tuguncha ektoblast va entoblast yuzaga keladi. Ular markazida bo'shliq hosil bo'lib, tugunchalar pufakchalarga aylanadi. Ektoblast pufakcha oyoqchasi yordamida trofoblastga tushadi. Undan amnion bo'shlig'i hosil bo'ladi.

Bu bo'shliq devori suv pardasi amnionga aylanadi. Endoblast pufakcha markaziga yaqinroq joylashib, sariqlik bo'shlig'iga aylanadi, ektoblast va entoblastning amnion va sariq pufakcha orasidagi hujayralari pusht kurtagini tashkil etadi. Pusht kurtagi uchta varaqdan ektoderma, mezoderma va endodermadan tuziladi, ana shu varaqlardan to'qima va a'zolar rivojlanadi.

Amnion pufakchasi unda to'planayotgan suyuqlik hisobiga tezda kattalashadi. Blastotsista bo'shlig'i yo'qoladi. Amnion va sariq pufakcha orasidagi pusht amnion bo'shlig'iga botib kira boshlaydi va asta-sekin unga butunlay botadi. Amnion bo'shlig'i kattalashuvi bilan sariq pufakcha bo'shlig'i kichrayadi, sariqlik tomirlari artrofiyaga uchraydi, pardalar rivojlanishi bilan bir paytda pushtning birlamchi ichagining orqa uchidan o'simta — **allantois** hosil bo'ladi. U amnion pufakchani trofoblast bilan tutashtiruvchi oyoqcha bo'ylab so'rg'ichli pardaga yo'naladi. Allantois bo'ylab pusht tanasida so'rg'ichli pardaga tomon tomirlar o'tadi. Bu tomirlar xorionning har bir so'rg'ichiga o'sib kiradi. Shu damdan boshlab pushtning allontois qon aylanishi rivojlanib pusht bilan

ona organizmi o'rtasidagi jadallashib borayotgan almashinuv jarayonini ta'minlaydi.

Homila taraqqiyotining ilk bosqichlari tugallanishi davriga kelib, u uchta parda — detsidual, so'rg'ichli va suv parda va shu parda ichidagi amnion suyuqligi bilan o'raladi.

Detsidual parda bachadon shilliq pardasidan rivojlanadi, so'rg'ichli va suv parda homilaga oiddir. Shunday qilib, detsidual parda homiladorlik tufayli o'zgarishga uchragan bachadon shilliq pardasining funksional qavatidir. Detsidual parda bola tug'ilgandan keyin bachadon devoridan ko'chib yo'ldosh bilan birga ajralib chiqadi, shuning uchun u ko'chib tushuvchi parda deb ham yuritiladi.

Implantatsiya (payvandlanish) paytida bachadon shilliq pardasi sekreti fazasida bo'ladi. Bachadon bezlari sekret bilan to'lgan stroma hujayralari yumaloqlashgan, ichida pusht oziqlanishi uchun zarur bo'lgan glikogen, lipid, glikoproteid, fosfor, kalsiy va boshqa moddalar to'planadi. Detsidual pardada biologik aktiv modda prostaglandinlar aniqlangan. Funksional qavat g'ovak va zich qatlamlarga bo'linadi. G'ovak qatlam (*Stratum spongiosum*), asosan, bezlardan iborat. Kompakt qatlam (*Stratum compactum*) yumaloqlashgan stroma hujayralari detsidual hujayralardan tuzilib, orasidan bezlarning chiqaruv yo'llari joylashadi.

Implantatsiyadan keyin bachadon shilliq pardasi ancha qalinlashadi, bezlari esa sekret bilan to'lishadi. Zich va g'ovak qatlami yanada farq qila boradi. Zich qatlami glikogenga, oqsilga, mukopolisaxaridlarga boy bo'lib, fagotsitoz xususiyatiga ega. Zich qatlamga botib kirgan pusht tuxum detsidual parda elementlari bilan o'raladi.

Suv parda (amnion) yopiq qopchadan iborat bo'lib, unda homila suvga botgan holda joylashadi. Homiladorlikning rivojlanishi jarayonida amnion bo'shlig'i tezda kattalashadi. Amnion xorionga yopishadi va platsentaning ichki yuzasini qoplaydi, kindik o'qiga ham o'tib uni g'ilof singari o'raydi va kindik sohasida homila terisiga ulanadi. Amnion mezenhimadan rivojlangan bir necha qavat biriktiruvchi to'qimadan va epiteliydan tuzilgan. Bu epiteliy homila suvi hosil bo'lishi va almashuvda ishtirok etadi. Amnion va silliq xorion qog'onoq suvi tarkibining mutanosibligini ta'min-

lashda qatnashadi. Xullas, amnion eng ichki parda bo'lib, undan tashqari tomonda so'rg'ichli parda (xorion) va eng sirtki detsidual ko'chib tushuvchi parda joylashadi.

Homila (qog'onoq) suvi (liquor amni) homiladorlik oxiriga kelib 0,5–1,5 litrga yetadi va amnion bo'shlig'ini to'ldirib turadi. Homila suvini amnion epiteliysi ishlab chiqaradi. Suvning ortiqchasi esa amnion va silliq xoriondagi hujayralararo kanal va teshiklar orqali so'rilib turadi.

Homila suvining almashuvi jadal yuz beradi, shu bilan birga, suv tarkibining turg'unligi ta'minlanadi. Suvga homila siydigi ham ajraladi, shuningdek, teri epidermis hujayralari, moy bezlari sekreti, homilaning tuklari qo'shiladi.

Homila suvi tarkibiga oqsillar, yog'lar, lipidlar, karbon suvlar, tuzlar, mikroelementlar, gormonlar, fermentlar, aminokislotalar, sut kislotasi va boshqalar kiradi. Homila suvining ahamiyati juda kattadir. Homilaning erkin harakati va rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi, tashqi ta'sirlardan asraydi, kindik o'qini ezilib qolishdan saqlaydi, homila modda almashinuvi jarayonida qatnashadi, tug'ruq davrida homila suvi bilan to'lgan qog'anoq pardasi homila pufagini tashkil etib, bachadon bo'yni ochilishida ishtirok etadi.

PLATSENTA

Platsenta (*placenta*) ko'rinishidan kulchasimon dumaloq, qalin va yumshoq bo'lib, diametri 18 sm, qalinligi 2–3 sm va og'irligi 500–600 g bo'ladi. Uning ikkita yuzasi bo'lib, homila qopi bo'shlig'iga qaragan homila yuzasi va bachadonga tegib turadigan ona yuzasi bor. Platsentaning ustki qismi amnion bilan qoplangan bo'lib, uning tagida kindik yopishgan joydan yo'ldosh chetlarida shu'la singari tarqaluvchi arteriya va vena qon tomirlari yotadi. Platsentaning ona yuzasi yoriqlar bilan bir necha (15–20) bo'lakka bo'lingan g'adir-budur, ba'zan bo'linmagan tekis, yupqa nursiz va ko'chib tushadigan nozik parda qoldig'i bilan qoplangan.

Ona qoni bilan homila qoni o'rtasidagi moddalar almashinuvi quyidagicha bo'ladi. Ona qoni bachadon shilliq qavatidagi vorsinkalararo bo'shliqqa tushadi. Platsentada qon tomirlar tarmoqlanib,

uning vorsinkalari oralig'iga joylashadi, natijada homila uchun kerakli moddalar almashinuvi sodir bo'ladi. Homilaning qon tomirlar sistemasi har bir platsenta bo'laklari va ulardan har bir xorion vorsinkalariga tarmoqlanuvchi ikkita kindik arteriyasidan iborat. Eng oxirgi shoxchalar juda ham mayda shoxobchalarga (kapillarlariga) bo'linadi va vena kapillarlari bilan tutashadi. Vena kapillarlari esa bir-biri bilan qo'shilib, nihoyat kindik venasini tashkil qiladi. Shunday qilib, xorion tuklarini o'rab olgan ona qoni va xorion tuklar tomiridagi homila qoni ikkita alohida qon aylanish sistemasini tashkil qiladi. Binobarin, ona va bola qon aylanish sistemalari alohida-alohida bo'lgani uchun qon hech qayerda bir-biri bilan aralashmaydi. Lekin vorsinka kapillyarlari va ularni qoplab turgan epiteliylar orasidagi pardalar juda yupqa bo'lganligi tufayli har ikkala qon tomir sistemasi orasida aloqa bog'lanadi.

Bunday aloqa ona bilan bola o'rtasida moddalar va havo almashinuvini ta'minlaydi. Shu jihatdan platsenta homilaning oziqlanishini, nafas olishini va almashinuvchi moddalarning ajralishini ta'minlaydigan a'zo hisoblanadi. Bundan tashqari, platsenta gonadotrop gormonlar, estrogenlar va progesteron ishlab chiqarib, homiladorlik hamda tug'ruqning normal o'tishini ta'minlaydi.

Agar platsentaning biror qismi (yarmisi) ishdan chiqsa (o'midan ko'chsa yoki turli patologik o'zgarishlar yuz bersa), homilada kislorod tanqisligi vujudga keladi va halok bo'ladi. Shuningdek, platsentaning ko'proq qismida qon aylanishi buzilsa, ya'ni katta infarkt hosil bo'lsa, platsentaning nafas yuzasi kamayadi va natijada homila nobud bo'lishi mumkin. Fiziologik holatda platsenta bachadon devorining orqa va old yuzasiga yoki bachadon tubining biror yoniga tutashadi. Agar yo'ldosh bachadonning pastki qismiga tutashgan bo'lsa, buni patologik (noto'g'ri) joylashish (yo'ldoshning oldin kelishi) deb ataladi. Platsenta orqali homilaga onadan kislorod, uglevod, gormonlar, vitaminlar va oqsil moddalar va boshqalar o'tadi. Oqsil moddalar platsentadan o'tayotganda parchalanadi va homilaga aminokislota sifatida yetib boradi. Homiladan onaga esa karbonat kislota va homilaning almashinuv mahsulotlari o'tadi.

Kindik (*funiculus umbilicalis*) yoki kindik tizimchasi pishiq to'qimadan iborat bo'lib, u bir uchi bilan homilaning qorin devoriga, ikkinchi uchi bilan yo'ldoshga birikadi.

Homiladorlik oxirida kindik tizimchasining uzunligi 50–60 sm, diametri 1,5 sm ga yetadi. Lekin u juda uzun yoki normadan kalta bo'lishi ham mumkin. Kindik, ko'pincha, platsentaning o'rta qismiga (markaziy birikish) yoki yoniga (yonga birikish) yoxud chetiga yaqin yeriga (chetga birikish) birikkan bo'lishi mumkin.

Ba'zan kindik yo'ldosh to'qimasiga birikmay, uning chetidan birmuncha naridagi xorion pardasiga birikishi ham mumkin. Kindik tizimchasi burilgan, hamma yuzasi egilgan, do'mboq (do'ng)lar bilan qoplangan bo'ladi.

Kindik tizimchasi ichidan ikkita arteriya va bitta vena tomiri o'tadi. Arteriya tomirlari orqali vena qoni homiladan platsentaga oqadi, vena tomirlari orqali esa kislorodga boy bo'lgan arterial qon platsentaga va undan homilaga oqadi. Kindik tizimchasining qon tomirlari shilliqli embrional biriktiruvchi to'qima, yulduzsimon va boshqa turdagi hujayralari bo'lgan varton dirildog'i deb ataluvchi dirildoq bilan o'ralgan bo'ladi. Kindik tashqaridan amnion bilan qoplangan bo'lib, uning ichida varton dirildog'i joylashgan.

Shunlay qilib, kindik — platsenta — homila pardalari birgalikda yo'ldosh deb ataladi. Yo'ldosh homila tug'ilgandan keyin tug'iladi.

Yo'ldosh homiladorlikda yangi endokrin a'zo hisoblanadi. Bunda gormonlardan tashqari oksitotsik moddalar yig'iladi.

Ba'zan tuxumdon kistalari homiladorlikning ikkinchi yarmida operatsiya qilib olib tashlanganda platsentadagi xorion gonadotropin bachadonning vaqtidan oldin qisqarishining oldini olib, homiladorlikni saqlaydi.

Xorion gonadotropinni xorion kiprikchalar epiteliylari ishlab chiqaradi. Buning isboti shuki, homiladorlikning muddati oshgan sari epiteliylar kamaya boradi, shunga ko'ra, xorion gonadotropin ham kamayib, homiladorlik estrogen gormonlarning biologik faol fraksiyasi ortadi deb hisoblaydilar.

HOMILANING RIVOJLANISHI

Odatda, homiladorlik davri 280 kun, kalendar oyi bilan hisoblanganda 9 oy, akusherlik oyi bilan 10 oy, ya'ni 40 hafta davom etadi. Shu muddat davomida urug'langan tuxum hujayradan dastlabki oy ichida odam embrioni, so'nggi oylarda esa homila taraqqiy etadi. Amalda homiladorlik muddati oxirgi hayzning birinchi kunidan boshlab belgilanadi. Ammo bu muddat taxminiyl bo'lib, ba'zan ikki haftagacha xatoga yo'l qo'yish mumkin bo'ladi. Homilaning asosiy yoshi yuqorida qayd qilganimizdek, hayz sikli bilan belgilanadi (ovulatsiya muddatini aniq bilish ba'zan qiyin bo'ladi). Homiladorlikning birinchi oyida tuxum hujayra bo'linadi, embrion va uning pardalari vujudga keladi. Embrionning birinchi ikki oyidagi hayotida inson embrioni deb hisoblash mumkin bo'lmaydi, ya'ni uni hayvonlar embrionidan ajratish qiyin bo'ladi. Uchinchi oyining oxirida embrion asta-sekin odam ko'rinishiga kirib, homila nomini ola boshlaydi, dum qismi kaltalashadi. Tanasiga nisbatan katta boshida ko'z, burun va og'izning boshlang'ich qismi va tashqi jinsiy a'zolar bilina boshlaydi. Qorin bo'shlig'i bekilgan bo'ladi.

Rentgenda 7–8 haftalik embrion o'mrov suyagida suyaklanish nuqtalari ko'rinadi, homiladorlikning uchinchi oyida homilaning uzunligi 8–9 sm va og'irligi 20–25 g bo'ladi. Oyoq-qo'llari shakllanadi. Boshi bilan tanasining uzunlik nisbati normallashtir boradi. Oyoq-qo'l barmoqlari va tirnoqlarining boshlang'ich alomatlar ko'rinish boshlaydi. Tashqi jinsiy a'zolar shakllanadi. Shu muddatdan boshlab platsentara davr yoki homiladorlikning 3-qaltis davri boshlanadi. To'rtinchi oyning oxirida uning og'irligi 120 gramm bo'lib, jinsi aniq bilinadi. Homilaning qo'l va oyoqlari faolroq qimirlaydigan bo'ladi, lekin ona buni sezmasligi mumkin. Homilaning terisi juda yupqa qizg'ish rangda bo'lib, teri osti yog' qavatini umuman bo'lmaydi.

Homiladorlikning beshinchi oyi oxirida homilaning uzunligi 25 sm (oy-kuni yetgan homila uzunligining yarmi), og'irligi taxminan 300 gramm bo'ladi, boshining uzunligi homila umumiy uzunligining uchdan bir qismini tashkil qiladi. Paydo bo'lgan yog'

bezlaridan yog' moddasi ajrala boshlaydi. Ajralgan yog' bilan ko'chgan teri epidermisi, qazg'oq aralashib, kulrang yog'ni (*vernix caseosa*) hosil qiladi. Bu yog' homilaning tanasi, peshanasi, orqasi va oyoq-qo'llarini qoplaydi. Bu davrda homilaning terisi to'q qizil rangga kirib, mayin tuklar bilan qoplangan bo'ladi.

Homilador ayolning qorin devori orqali stetoskop yordamida homilaning yurak urishi eshitiladi. Homilaning oyoq-qo'llari endi onasiga sezilarli darajada ancha kuchli qimirlaydi. Homila ichaklarida o't bilan bo'yalgan axlat (mekoniy) bo'ladi.

Homiladorlikning oltinchi oyi oxirida homilaning terisi qarilarnikiga o'xshab burushgan, boshi va tanasining hamma yuzasi tuk bilan qoplangan, quloq va burun tog'aylari, yumshoq tirnoqlar barmoq uchlariga yetmagan bo'ladi. O'g'il bolalarda moyak hali moyak xaltasiga tushmagan, qizlarda esa kichik jinsiy lab va klitor, katta jinsiy lablar yetarlicha rivojlanmaganligi sababli tashqi jinsiy yoriq hali yopilmagan bo'ladi.

Yetti oylik homilaning uzunligi 35 sm, og'irligi 1000–1200 g bo'ladi. Agar bola 7 oylik (28 haftalk) tug'ilsa, yaxshi parvarish qilinganda yashab ketishi mumkin.

Sakkizinchi oy oxirida homila terisi ancha tekis va mayin tuklar bilan qoplangan bo'ladi. Homila uzunligi 40 sm, og'irligi 1500–1600 g. Bu muddatda tug'ilgan bolalar ham xuddi yettinchi oy oxirida tug'ilgan chaqaloq kabi yaxshi sharoitda parvarish qilinsa, yashab ketishi mumkin.

To'qqizinchi oy oxirida homilaning teri ostidagi yog' qatlami ancha ko'payishi natijasida terisidagi burushgan joylar tekislanib, rangi och pushti bo'lib qoladi. Tuklar kamayadi, boshdagi sochlar uzunlashadi, tirnoqlar o'sib, barmoqlar uchlariga yetadi. Quloq, burun tog'aylari ancha qattiqlashadi. Homila yetila boshlaydi. Tug'ilgan homila qattiq qichqiradi, ko'zini bemalol ochadi va odatda, ko'krakni ema oladi. Bunday homila deyarli yashashga qobiliyatli bo'ladi. Bu vaqtda homilaning uzunligi 45 sm, og'irligi 2400–2500 g keladi.

O'n oy davomida homila yetarli darajada rivojlanib, oy oxirida to'la yetiladi. Terisi och pushti rangda, tekis, tirnoqlari o'sib, barmoqlari uchiga yetgan bo'ladi, agar beshinchi oyda homilaning

boshi uning gavda uzunligining uchdan bir qismini tashkil etgan bo'lsa, o'ninchi oy oxirida to'rtidan birini tashkil qilib, homila boshi bilan gavidasining nisbati normal holga keladi. Bu mud-datda homilaning bo'yi 50 sm ga, og'irligi 3200—3500 grammga yetadi.

HOMILANING YETILGANLIGINI KO'RSATADIGAN BELGILAR

Homiladorlik muddatining oxirida yetilgan homila belgilari quyidagicha bo'ladi:

1. O'rtacha og'irligi 3000—3500 gramm (2500 g dan 4000 g gacha), uzunligi (bo'yi) 50—52 sm (45 sm dan ko'p), boshining aylanasi 32—34 sm, chanoq aylanasi 35 sm, chanog'i 28 sm.

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

3. Platsentaning ona (bachadon)ga yopishgan sathi qizil, kul-rang, birmuncha yaltiroq (bu holat ko'chib tushadigan parda hiso-biga) bo'ladi, 15—20 bo'lakka bo'lingan bo'laklar oralig'ida to'la bo'lmagan to'siq bo'lib, bu to'siq detsidual pardadan tashkil topgan.

4. Homilani o'ragan parda 3 qavatdan iborat, amnion homila pardasining ichki qavati bo'lib, xorionga tegib turadi, bir qavatli silindrik epiteliy bilan qoplangan bo'ladi, qon tomirlari bo'lmaydi, detsidual yoki ko'chib tushadigan parda bachadonning o'zgargan funksional qavatidir. Detsidual parda xorionga ancha mustahkam birikkan. Suv pardasi homila tuxumining ichki pardasi hisoblanadi. Homiladorlikning oxirida yupqalashib, qon tomirlarsiz, silindrsi-mon epiteliy bilan qoplanib qoladi. Uning 2 qavati bo'ladi: ichki homilaga qaragan qavati, tashqi xorionga zich yopishgan to'qima qavati.

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

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

6. Homiladorlikning oxirgi muddatida qog'anoq suvi 50 dan 1000 ml gacha bo'ladi, ba'zan bundan ko'p bo'lishi mumkin. Bu patologik holat bo'lib, ko'psuvlik deb ataladi. Qog'anoq suvining tarkibi juda murakkab, unda homila tanasining sochlari, qisman yog' bezlaridan ajralgan homila tanasini qoplagan moy va boshqa elektrolitlar, mikroelementlar va oqsil mavjuddir.

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

YETILGAN HOMILA BOSHINING O'LCHAMLARI

Yetilgan homilaning boshi uning eng katta qismi hisoblanadi. Odatda, ona qornidaligida homilaning boshi va jigari toza qon bilan ta'minlanadi, shunga ko'ra, boshining hajmi birmuncha katta, shuning uchun tug'ish yo'llarida qarshiliklarga ko'proq uchraydi.

Demak, yetilgan homila boshi, o'lchovi hamda uning chanoqqa kirish qismida turishi va tuzilishini bilish muhim.

Chaqaloq bosh suyaklarining qirg'oqlari (chetlari) bir-biriga tegib tursa ham, ular chetida choklari yaxshi taraqqiy etmagan va bir-birining orasiga mahkam kirmagan bo'ladi. Choklarning bunday mustahkam emasligi tug'ish vaqtida suyaklarning bir-biri ustiga mingashib, boshning birmuncha kichrayib, chanoq o'lchoviga moslashishiga imkon beradi. Miya qismi suyaklari chaqaloq tug'ilishiga qadar to'la suyaklanib bo'lmaydi, bir-biri

bilan qo'shiluvchi suyaklar burchagida ikkita oraliq qoladi. Bu liqildoq *Fonticulus* deb ataladi. Kichik va katta liqildoq bo'ladi.

Akusherlik tajribasida quyidagi choklar amaliy ahamiyatga egadir:

1. Ikkita peshana suyagini biriktiruvchi peshana choki (*sutura frontalis*).

2. Ikkita bosh tepa suyagini qo'shib, oldindan katta liqildoq-qacha, orqadan kichkina liqildoqqacha yetadigan o'qsimon chok (*sutura sagittalis*).

3. Boshning har ikki tomonida peshana va tepa suyaklarni biriktiruvchi chok (*sutura coronalis*).

4. Ensa va tepa suyaklarni biriktiruvchi ensa choki (*sutura lamboidea*).

5. Boshning har ikki tomonida chakka va tepa suyaklarni birlashtiruvchi chok, chakka choki (*sutura temporalis*).

Katta liqildoq peshana choki bilan o'qsimon chokning birlashgan joyida hosil bo'ladi. Bu liqildoqlar faqat fibroz pardadan iborat. Katta liqildoq (*fonticulus magnus*) o'tkir burchagi bilan peshanaga, to'mtoq burchagi ensaga qaragan romb shaklida bo'ladi. Katta liqildoq tomon keladigan 4 ta chokning har biri liqildoqning shu chok tomonidagi burchagining davomi bo'ladi.

Yetilgan homila boshi quyidagi to'g'ri, ko'ndalang va aylanma o'lchovlar bilan o'lchanadi.

1. Peshana suyagidagi ikki qosh oralig'idan ensa do'mbog'igacha bo'lgan oraliq to'g'ri masofa (*diametr fronto occipitalis*) deyiladi. Bu 12 sm ga teng. Shu ikki o'lchov nuqtalari bo'yicha bosh aylanasi 34 sm keladi.

2. Engakdan ensa suyagining eng uzoq nuqtasigacha bo'lgan oraliqni katta qiyshiq masofa (*diametr mento occipitalis*) deyiladi. 13–13,5 sm ga teng. Shu nuqtalar bo'yicha o'lchangan bosh aylanasi 39–42 sm keladi.

3. Ensa chuqurchasidan (ensa do'mbog'idan pastda) katta liqildoq o'rtasigacha bo'lgan oraliq kichik qiyshiq masofa (*diametr subocsirpita bragmaticus*) deyiladi. Buning uzunligi 9,5 sm bo'lib, shu o'lchov nuqtalari bo'yicha bosh aylanasi 32 sm keladi.

4. Tapa suyaklar do'mbog'ining eng uzoq oralg'i katta ko'ndalang masofa (*diametr bipatiotalis*) deyilib, bu 9,5 sm ga teng keladi.

5. Chakka suyaklari eng uzoq nuqtalarining orasi kichik ko'ndalang masofa (*diametr bitemporalis*) bo'lib, 8 sm ga teng bo'ladi.

6. Til osti suyagi sohasidan katta liqiddoqqacha bo'lgan tik oraliq (*sublingva bragmaticus*) 9,5 sm ga teng bo'lib, shu o'lchov nuqtalari bo'yicha bosh aylanasi 32 sm keladi.

Homila boshining o'lchovlaridan tashqari, tug'ish jarayonida tana o'lchovlari ham ahamiyatga ega. Ikki yelkaning ko'ndalang oralg'i (*diametr biacromialis*) 12 sm ga teng bo'lib, yelkaning shu o'lchov bo'yicha aylanasi 35 sm keladi. Dumbalarning ko'ndalang oralg'i (*diameter biliacus*) 9—9,5 sm ga teng bo'lib, shu o'lchov bo'yicha dumbalarning aylanasi 27—28 sm.

HOMILADORLIKDA AYOLLAR ORGANIZMIDA RO'Y BERADIGAN O'ZGARISHLAR

Urug'langan tuxum bachadonning ko'chib tushuvchi pardasiga joylashgan paytdan boshlab va ayniqsa, *allantois* orqali oziqlanish davrida (embrion hayotining ikkinchi haftasidan) embrion o'zining rivojlanishi uchun zarur bo'lgan hamma moddalarni ona qonidan oladi. So'ngra (homila tug'ilgunga qadar) ona bilan homila o'rtasida moddalar almashinuvi qon orqali davom etadi.

Homila to'g'ri rivojlanishi uchun zarur bo'lgan vitaminlar homilaga ona organizmidan o'tadi, homila kislorodni ona qonidan oladi. Homilaga kislorod yetarlicha o'tmasa, unda kislorod tanqisligi ro'y beradi va homila nobud bo'lishi mumkin.

Homiladorlikning ikkinchi yarmidan boshlab, ona organizmiga tushgan oqsil, asosan, homila to'qimalarining tashkil topishiga sarflanadi, ona to'qimalarida va platsentada yig'ilgan kalsiy tuzlari esa homila skeletining tashkil topishi uchun sarflanadi. Agar bu tuzlar yetishmasa, homiladorlik vaqtdan ilgari to'xtashi va homila nobud bo'lishi mumkin.

Ona organizmida homilaning noto'g'ri o'sishi, sog'lom bo'lmagan (yallig'langan) tug'ish yo'lidan o'tishi, avvalgi tug'ruqlarda

bo'lgan operatsiyalar va boshqalar homila uchun og'ir hollarning ro'y berishiga sabab bo'lishi mumkin. Ona sog'lom bo'lsa, tug'ish yo'llarida nuqson bo'lmasa, homila normal rivojlanadi va normal yetilib, o'z vaqtida tug'iladi.

Homilador ayol oilasida ba'zi irsiy kasalliklar, homiladorning o'zi boshidan kechirgan xastaliklar (raxit, tepki, qizilcha va boshqa yuqumli kasalliklar) homiladorlik va tug'ish jarayonini murakkablashtirishi mumkin. Bu kasalliklar ta'sirida homilaning ayrim a'zolari o'smay qolishi va ba'zan u o'sishdan to'xtab qolishi yoki chala tug'ilishi mumkin.

Shunday qilib, ona organizmi homila uchun oziqlanish manbaidir, u homilaning o'sishi, rivojlanishi uchun barcha zarur moddalar bilan ta'minlaydi.

Homiladorlikda ko'krak qafasi (uning pastki qismi) kengayadi, qovurg'a aylanasi ko'tariladi. Bu xildagi o'zgarish homiladorlikning erta muddatlaridayoq kuzatilishi mumkin.

Homiladorlikda simfizda va qov suyagida, dumg'aza yonbosh bo'g'imida yangi tog'ay to'qimasi vujudga keladi va homiladorlikdagi osteofitlar deb atalgan holat, peshana va chakka suyagi ichki yuzasida sarg'imtir-qizil qatlam kuzatiladi.

Chanoqdagi bo'g'imlar sohasida seroz suyuqligi ko'payishi natijasida yumshaydi. Chanoq bo'g'imlarining yumshashi ularning harakatlanish xususiyatini oshiradi. Bu hol tug'ruq jarayonida simfiz bo'g'imining biroz ochilishiga, chanoq kirish qismi o'lchovining kengayishiga imkon beradi. Natijada, homila boshining oson tug'ilishini ta'minlaydi.

Ba'zi hollarda homiladorlikda akromegaliya belgilari kuzataladi: oyoq, qo'l va pastki jag' suyaklari kattalashadi. Homila o'sgan sari ayol qorin devorining terisi cho'ziladi. Bu holat, ayniqsa, qog'onoq suvi ko'p, homila katta yoki egizak bo'lganda kuzatiladi.

Homilador qorin devorining terisi ko'p cho'zilishi natijasida unda homiladorlik chiziqlari (*striae gravidarum*) hosil bo'ladi (ba'zan olimlar bu fikrni rad qiladilar). Chiziqlar paydo bo'lishiga terining elastikligi va biriktiruvchi to'qimalarning bir-biridan ajralishi sabab bo'ladi deb taxmin qilinadi.

Agar chiziqlar ushbu homiladorlikda vujudga kelgan bo'lsa, yupqalashgan teri ostidan uning biriktiruvchi to'qimasidagi to'mirlar pushti rangda ko'rinadi. Agar chiziqlar oldingi homiladorlikda paydo bo'lgan bo'lsa, ular oqish yo'l-yo'l bo'lib qoladi, chunki uning yuzasi biriktiruvchi to'qima bilan qoplanadi.

Shuningdek, chiziqlar son va sut bezlari terisi yuzasida ham yuzaga kelishi mumkin. Ba'zan homilador bo'lmagan ayollarda ham homiladorlik davridagiga o'xshash chiziqlarni ko'rish mumkin. Shunga ko'ra, bu holatni ba'zi olimlar endokrin bezlar faoliyatiga bog'liq deyilar. Ba'zi ayollarda homiladorlikning oxirgi muddatlarida yuzda, qorin devorining oq chizig'ida jun o'sadi, chilla davrining 2–3-haftasida esa bu junlar yo'qoladi. Bu holat endokrin bezlar va takomillashayotgan platsenta faoliyatiga bog'liqdir.

Homiladorlikda qorin devori o'rtasidagi oq chiziqda, sut bezlari so'rg'ichi atrofidagi halqada, tashqi jinsiy a'zolarida, kindik atrofida, ba'zan yuzda (peshana, yuz, yuqori lab ustida) qoramtir dog'lar ko'payadi, bu ham terida ro'y beradigan o'ziga xos o'zgarishlardandir (*choalasma gravidarum*). Bu holat buyrak usti bezlari faoliyatiga bog'liq bo'ladi.

Ma'lumki, homila o'sishi tufayli ayol og'irligi ortadi, chunki homila o'sgan sari qog'anoq suvi ko'payadi, bachadon muskullari gipertrofiyasi ro'y beradi va qo'shimcha qon aylanish tizimi takomillashadi. Natijada, homilador ayolning og'irligi har haftada 400–450 grammga oshadi. Bundan tashqari, ba'zi ayollar homiladorlikda semirib ketadilar.

Homiladorning kindigida ham o'zgarish ro'y beradi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida kindik tekislashadi, oxirgi oyida esa bo'rtib chiqadi. Bu belgi homiladorlik muddatining (10-oyi) boshlanganini bildiradi.

❖ Homiladorlik davrida moddalar almashinuvi

Bu davrda ayollar organizmida a'zo va tizimlar funksiyasi o'zgarishi bilan birga, moddalar almashinuvi ham o'zgaradi.

Havo almashinuvi. Xorion kipriklari oralig'ida, kiprik kapillarlari devorining juda yupqa pardasi va ularni qoplab turgan epiteliylar

yordamida (Homila taraqqiyoti bobiga qarang) ona bilan homila qoni o'rtasida yaqin aloqa bog'lanadi. Ammo ona qoni bilan homila qoni aralashmaydi, chunki har birining o'ziga xos qon aylanish tizimi mavjud. Havo almashinuvi, asosan, kislorod almashuvidan iborat. Ona organizmidagi kislorodning bir qismini homila o'zlashtiradi, shu tufayli homilador ayol organizmining kislorodga bo'lgan ehtiyoji juda ortadi.

Oqsil almashinuvi. Homilador ayol organizmidagi oqsil moddalar homiladorlik davri (ayniqsa birinchi yarmi)da bachadonning o'sishi va sut bezlarining rivojlanishi uchun zarur bo'lgan maxsus oqsil moddalarni ishlab chiqarishga, keyinchalik esa homilador organizmida homila to'qimasi va a'zolarining shakllanishiga sarflanadi.

Bundan tashqari, tug'ish va chaqaloqni emizish vaqtida (tuqqandan keyingi 1–1,5 yil davomida) ona organizmidan sarf bo'ladigan oqsilni tiklash uchun oqsil moddalarning bir qismi sarflanadi. Odatda, homiladorlik davrida oqsil almashinuvi susayadi, shunga ko'ra, u oqsilga boy hayvonot mahsulotlarini ko'p tanovvul qilishi yaramaydi, chunki homilador organizmida oqsil ko'paysa zararli ta'sir ko'rsatadigan oraliq mahsulotlar (to'la parchalanmagan oqsillar) to'planishi mumkin. Shunga ko'ra, boshqa turdagi oqsillardan foydalanish kerak.

Mineral tuzlar almashinuvi. Homilador ayol organizmidagi to'qimalarda, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida suv va xloridlar ko'payadi. Bu ikkala omil to'qimalarning qayishqoqlik xususiyatini oshiradi va tug'ruq vaqtida homilaning tug'ish yo'llaridan o'tishi osonlashadi.

Homilador va homila uchun kalsiy, natriy, kaliy, fosfor, magniy va temir tuzlari kerak bo'ladi. Kalsiy tuzlari homila skeletining suyaklanishiga sarflanadi. Agar ona organizmiga kalsiy tuzi yetarli miqdorda tushmasa, homila skeleti turli o'zgarishlarga uchraydi. Organizmda kalsiy tuzining yetishmasligi homilador tishlarining yemirilishiga, chirib buzilishiga, timoqlarining mo'rt bo'lib qolishiga olib keladi. Og'ir holatlarda suyaklar yumshab mo'rt bo'lib qoladi. Homilador organizmidagi fosfor, asosan, kalsiy tuzi bilan birga homila suyak tizimining rivojlanishida ishtirok etadi. Bundan

tashqari, fosfor nerv tizimining tuzilishi uchun ham sarflanadi. Agar shu har xil tuzlar organizmda yetarli bo'lmasa, tetaniya, osteomalatsiya vujudga kelishi mumkin. Fosfor va kalsiy tuzlari yetishmasa, chanoq suyagi yumshab, shakli o'zgarishi mumkin. Ammo bu patologik holat hozirgi vaqtda deyarli uchramaydi, chunki hamma ayollar oilaviy poliklinikada ayollar shifokor tekshiruvidan o'tadilar va ularga vaqtda kerakli maslahatlar beriladi.

Temir tuzlari homila organizmida qon elementlari tashkil topishi uchun zarurdir. Bu tuzlar, asosan, homilaning jigari va talog'iga yig'iladi. Ona sutida temir tuzlari kam bo'lganligi sababli chaqaloq tug'ilgandan so'ng dastlabki birinchi oy mobaynida o'z organizmida yig'ilgan shu tuzlarni sarflaydi. Ko'p mualliflarning fikricha, homilaning taraqqiyoti uchun o'rta hisobda 450 mg temir tuzlari sarflanadi. Homilador ayol tarkibida temir tuzlari bo'ladigan ovqatlardan yeb turmasa, organizmida temir moddasi kamayib ketadi. Bu holat, ko'pincha, homiladorlikning 20–28-haftalarida namoyon bo'la boshlaydi. Agar ayol organizmida temir moddasi juda ham kamayib ketsa, homila chala tug'ilib, nobud bo'lishi mumkin.

Temir moddasining yetishmasligi, ko'pincha, kamqonlik kasalligiga (gipoxrom anemiya) olib keladi. Bunday anemiya O'zbekistonda 60–80% hollarda uchraydi. Shunga ko'ra, bu borada ayollar o'rtasida sanitariya-profilaktika ishlarini olib borish zarur.

Karbonsuv (uglevod) almashinuvi. Homiladorlik davrida ayol organizmida karbonsuv almashinuvi birmuncha ko'payadi. Bunda organizm karbonsuvni glikogen sifatida o'zlashtiradi va u jigarda to'planadi. Vaqti-vaqti bilan ayolda fiziologik glukozuriya (siydikda karbonsuv) kuzatiladi, bu holatga buyrak epiteliylarining qand o'tkazish xususiyati oshishi sabab bo'ladi, deb hisoblanadi. Qonda esa qand miqdori oshmaydi, homiladorlik davrining oxirrog'ida biroz oshishi mumkin. Ammo normal chegaradan chiqmaydi. Bu holat vegetativ nerv sistemasi faoliyatiga bog'liqdir.

Karbonsuv organizmga quvvat beruvchi modda hisoblanadi.

Suv almashinuvi. Homiladorlik davomida ayol organizmida, ayniqsa, to'qimalar ichida suv yig'iladi, bu ba'zan homilador tanasi shishib ketishiga sabab bo'ladi.

Homiladorlik davrida ona organizmi va o'sayotgan homilaning suvga bo'lgan talabi ortadi, shunga ko'ra, ayol ilgari ko'ra ko'proq suv ichishga majbur bo'ladi. Ammo agar ayolda shish paydo bo'la boshlagan bo'lsa, suv ichishni kamaytirish mumkin. Shish homiladorlikniig ikkinchi yarmida uchraydigan toksikozlarning boshlang'ich bosqichidir.

Vitaminlar almashinuvi. Homilador ayol organizmida vitaminlar yetishmasa, gipovitaminoz, og'ir holatlarda avitaminoz kasalligi vujudga keladi. Bu holat homilaning muddatidan oldin tug'ilishiga hamda yaxshi o'smay qolishiga sabab bo'ladi.

Homilador ayol organizmida vitaminlar kamayib ketsa, toksikozlarning avj olishiga qulay sharoit yaratiladi. Ayol organizmining, ayniqsa, vitamin A, D, B, E, C vitaminlariga bo'lgan talabi katta bo'ladi.

C vitamini spermatozoid bilan tuxum hujayraning qo'shilish jarayonining to'g'ri kechishi, shuningdek, follikullaning o'sishi, bachadon detsidual pardasining rivojlanishi uchun ham zarur. A.I. Osyakina-Rojdestvenskaya C vitaminini ko'p miqdorda tuxumdonda, sariq tanada topgan. Organizmning C vitaminiga talabi homila o'sgan sari orta boradi. Agar organizmning C vitaminiga bo'lgan talabi 50 mg bo'lsa, homilador organizmi 120–125 mg, hatto 224 mg ni talab qiladi (G.A. Baksht). Yo'ldosh C vitamini uchun depo hisoblanib, homilaning talabini vaqti-vaqti bilan qondirib turadi. Ba'zi olimlarning ko'rsatishicha, homila organizmida to'plangan C vitamini ona organizmidagidan ko'p bo'ladi.

Homilador ayol organizmining D vitaminiga bo'lgan ehtiyoji ham katta. Ma'lumki, D vitamini kalsiy va fosfor almashinuvini boshqarib, tartibga solib turadi. Agar organizmda D vitamini yetishmasa, onada osteomalatsiya, homilada esa raxit kasalligi vujudga kelishi mumkin.

Homiladorlikning normal kechishi uchun E va A vitaminlari ham zarur. Agar E, A vitamini yetishmasa, homila chala tug'ilishi mumkin.

Yog' almashinuvi. Homiladorlik davrida ayol qonida lipoid kabi neytral yog'lar va xolesterin ham ko'payadi. Bular homila

tanasining tuzilishi, teri osti yog' qatlamining tashkil topishi, ayniqsa, homilaning taraqqiyoti, bundan tashqari, sut bezlarida sut ishlab chiqarilishi uchun zarur bo'ladi.

Yog'larning parchalanishi organizmda atseton vujudga kelishiga sabab bo'ladi. Homiladorlikning birinchi yarmida uchraydigan toksikozlarda to'xtovsiz qusganda siydikdan atseton tanalari topiladi, agar bu holat davom etaversa, homiladorlikni to'xtatish lozim bo'ladi.

Homiladorlik davrida ayol o'tida xolesterin kam bo'ladi, ammo chilla davrida ko'payib, ba'zan o't pufagida tosh yig'ilishiga moyillik paydo bo'ladi. Yog' homilador ayolning yurak muskullari orasida, sut bezlarida, yo'ldoshda ham ko'p to'planadi.

Homilador ayol yog'li ovqatlarni ko'p iste'mol qilsa, organizmda yog'ning parchalanishi izdan chiqadi va natijada, unda to'la yonmagan yog'ning zararli mahsulotlari to'planadi va ular siydikka o'tadi. Oqsil va karbonsuvlarning to'la yonmagan mahsulotlari fiziologik atsidozga va suv almashinuvining buzilishiga sabab bo'ladi.

Bachadon boylamlaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikda bachadon boylamlari ham homila o'sgan sari kattalashib (gipertrofiya), uzunlashadi. Bachadonning dumaloq boylami (*leg. rotundum*) to'rt barobar uzunlashadi. Dumg'aza bachadon boylami (*leg. sacrouterinae*) qo'l jimjilog'i yo'g'onligida bo'lib qoladi. Boylamlarning bunday o'zgarishi homilaning o'sishiga va tug'ruqda ancha qulaylik keltiradi. Xususan, dumaloq boylam tutish jarayonida go'yo ot yuganiga o'xshab bachadon tubini turtib turadi. Bu boylamni homiladorlikda paypaslab ko'rish mumkin.

Ba'zi akusherlar dumaloq boylamning turish holatiga qarab, yo'ldoshning qayerga yopishganini taxmin qilsa bo'ladi, deydilar. Masalan, agar yo'ldosh bachadonning orqa devoriga joylashgan bo'lsa, dumaloq boylam ancha oldinda va bir-biriga yaqinroq joyda bo'ladi. Agar yo'ldosh bachadonning oldingi devoriga joylashgan bo'lsa, unda dumaloq boylamlar ancha orqaroqda bo'ladi.

Homiladorlikda endokrin sistemaning holati. Homiladorlikda endokrin sistema anatomik va fiziologik jihatdan bir qator qarshiliklarga uchraydi. Bu davrda endokrin sistemaga yana ikkita bez

yo'ldosh va sariq tana qo'shiladi. Ayniqsa, gipofiz bezida anatomik va gistologik o'zgarishlar kuzatiladi. Gipofiz jinsiy a'zolar bilan funksional jihatdan bog'liq bo'ladi, buning ahamiyati kattadir.

Homiladorlikda gipofizning oldingi bo'lagi anchagina kattatashadi. Gipofizning oldingi bo'lagida bo'yalish jadalligiga qarab ikki xil xromofilli hujayra bo'ladi. Xromofilli hujayralar donalarining bo'yalishiga qarab atsidofil va bazofil hujayralarga bo'linadi.

Gipofiz oldingi bo'lagining kattalashishida ba'zan homilador ayolda akromegaliya belgilarini uchratish mumkin. Ammo homiladorlik to'xtashi bilan bu belgilar o'z-o'zidan yo'qolib ketadi. Gipofizning orqa bo'lagi (neyrogipofiz) homiladorlikda kattalashmaydi. Gipofizning oldingi bo'lagi ko'p miqdorda gonadotrop gormonlar ajratadi. Gipofiz orqa bo'lagining faoliyati oldingi bo'lagi kabi markaziy nerv sistemasi nazoratida bo'ladi.

Qalqonsimon bezlardagi o'zgarishlar. Homiladorlikda qalqonsimon bez birmuncha kattalashadi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, bu holat 35–40% hollarda uchraydi. Bezning kattalashishi natijasida moddalar almashinuvi ortadi, qonda yod miqdori ko'payadi, ya'ni gipertireoz paydo bo'lishi mumkin. Bu holat homiladorlikning ikkinchi yarmida kuzatiladi. Ko'pincha, bez funksiyasi sustlashishi (gipofunksiya) mumkin. Bunda yod kamayib ketadi, qonning quyulish xususiyati susayib qoladi.

Qalqonsimon bez oldidagi bez kalsiy almashinuvini boshqaradi, homiladorlikda uning faoliyati oshadi. Ba'zan homiladorlikda tirishish holatlarini ko'rish mumkin, bu organizmda kalsiy tuzining kamayishi tufayli vujudga keladi. Bu holat qalqonsimon bez oldidagi bez faoliyati susayganda yuz beradi.

Buyrak usti bezidagi o'zgarishlar. Buyrak usti bezi po'stloq qavati qalinlashishi natijasida kattalashadi. Buyrak usti bezidan oqsil, ko'mir va mineral moddalar almashinuvini boshqaruvchi gormonlar (kortizon, gidrokortizon) homiladorlikda ko'proq ajraladi. Bu bezning faoliyati homiladorlik davrida muhimdir.

Asab sistemasidagi o'zgarishlar. Homiladorlikda miya po'stlog'ining vazifasi haqida bir qator tekshirishlar o'tkazilgan. Xususan, M.L. Garmashova hamkasblari bilan homiladorlikning erta muddatlarida ham miya po'stlog'ida o'zgarishlar bo'lishini

elektroensefalogramma yordamida aniqlagan. Homiladorlikda miya po'stlog'i bilan bosh miya orasidagi aloqadorlik o'zgaradi. Miya po'stlog'ida tormozlanish jarayoni oshishi, po'stloq ostida esa tormozlanish jarayonining susayishi kuzatiladi. Shunga ko'ra, vegetativ nerv sistemasining tonusi o'zgaradi.

Ko'pincha, vegetativ belgilar yuzaga keladi: homilador ayolning so'lagi oqadi, ko'ngli ayniydi, qayt qiladi (oshqozon pilorik qismining spazmi) hamda vegetativ nerv sistemasining faoliyati buziladi. Qabziyat, venalarning kengayishi, siydik yo'lining qovuqqa ulangan qismi kengayganligi, dermografizmning o'zgarishi va boshqalar kuzatiladi.

Homiladorlik muddatining oxirlarida bosh miya po'stlog'ining qo'zg'aluvchanligi ancha susayadi, orqa miyaning reflektor ravishda qo'zg'alishi zo'rayadi, bu holat tug'ruq dardi boshlanishi sabablaridan biridir. Shunday qilib, homilador organizmining tug'ishga tayyorlanishi, asosan, asab sistemasining murakkab reflektor reaksiyasiga bog'liqdir. Bachadon retseptorlari sezuvchanligining asta-sekin oshishi tug'ruqqa tayyorlanishga imkon beradi.

Homiladorlik boshlanishida vujudga kelgan shartli reflekslar homilaning birinchi qimirlashidan to oxirigacha anchagina o'zgaradi, ammo tug'ruq dardi boshlanishi bilan butunlay yo'qoladi. Homiladorlikda analizatorlarning faoliyati o'zgarib, bu holat ko'rish va eshitish qobiliyatiga ta'sir qiladi. Paresteziya (barmoqlarning jonsizlanishi, chumoli yurganiga o'xshash jimirlash) holati kuzatiladi.

Periferik nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Nevralgik og'riqlar, ayniqsa, ishialgiya xususiyatidagi, dumg'aza va bel sohasidagi og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha, ayolning boldiri va axill payi sohasida tomir tortishadi. Ba'zan periferik nervlarning qo'zg'aluvchanligi ortadi (tetaniyaga o'xshash holat), tizza reflekslari zo'rayadi, Xvosteka va Trusso belgilari paydo bo'ladi.

Homilador ayolning salga jahli chiqadigan bo'lib qoladi, kayfiyati o'zgarib turadi, uyquchanlik kuzatiladi, jinsiy mayl susayadi. Yuqorida qayd qilingan holatlar miya po'stlog'i va po'stloq osti faoliyati o'zaro muvozanatining o'zgarishiga bog'liqdir.

Yurak va qon tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar. Homiladorlikda diafragmaning yuqori turishi yurakning ham yuqoriga joylashishiga sabab bo'ladi. Homiladorlikning oxirida yurak biroz ko'ndalang va ko'krak qafasiga yaqin yotadi. Bunda yurak chegarasi kengayadi, yurak zarbi ancha chetroqda bo'ladi. Katta qon tomirlar ko'proq egilganiga ko'ra, nozik yurak shovqini, ko'pincha, sistolik shovqin eshitiladi. Sut bezlari kattalashib, to'lishgani tufayli yurak chegarasini aniqlash qiyinroq bo'ladi, buni ultratovush va rentgen yordamida aniqlasa bo'ladi. Agar yurak normal bo'lsa, homiladorlikda deyarli o'zgarmaydi.

Homilador yuragi homila o'sishi bilan asta-sekin unga moslasha boradi: muskullari gipertrofiyalashib biroz kengayadi, funksional xususiyati ortadi. Chunki ayol organizmida uchinchi qon aylanish sistemasi (bachadondagi qon aylanish) vujudga kelganiga ko'ra, periferik qon tomirlarning qarshiligi ortadi. Bachadon kattalashgan sari bu holat oshib boradi.

Homiladorlikda umumiy qon miqdori ko'payadi. Agar qon miqdori homilador bo'lmagan ayollarda umumiy tana og'irligiga nisbatan $1/16-1/20$ ni tashkil qilsa, homiladorlikda $1/12-1/14$ ga yetadi. Qonning solishtirma og'irligi homilador bo'lmagan ayollarda 1054–1063 bo'lsa, homiladorlarda kamayib, 1040–1051 bo'lib qoladi. Bu holat to'qimalarning umumiy suv o'tkazuvchanlik xususiyatiga ta'sir qiladi.

Homiladorlikda qonning ivish xususiyati oshadi, fibrin va fibrinogen miqdori ko'payadi, qon plastinkalari ko'payadi, shunga ko'ra, homilador ayollarda tromboz xavfi bo'ladi. Homiladorlik oxirida qonning yopishqoqligi ortadi, qon zardobida lipidlar (xolesterin) ko'payadi.

Qon ishlab chiqarish sistemasi, ayniqsa, suyak ko'migi bir qator o'zgarishlarga uchraydi. Fiziologik kechayotgan homiladorlikda suyak iligining gemopoetik (qon ishlab chiqarish) faoliyati ortadi. Bunda eritroblast to'qimasida deyarli o'zgarish bo'lmaydi, ammo leykoblast to'qimasida homiladorlikning oxirida, ayniqsa, birinchi tug'uvcilarda onda-sonda degenerativ o'zgarishlar ko'riladi.

Suyak ko'migining qon ishlab chiqarish faoliyati, ayniqsa, homiladorlikning 7–8-oylarida jadallashadi, keyinroq biroz sust-

lashadi. Eritroblastik reaksiya, homiladorlikning birinchi oylaridan megaloblastlar kuzatiladi.

Normoblastlar orasida mitoz bazofillari va boshqa regenerativ shakllarining ko'paygani, monotsit va limfotsitlarning kamaygani kuzatiladi. Periferik qonda neytrofilli leykotsitoz va limfopeniya bo'ladi. Qizil qonda, ko'pincha, anemiya holati kuzatilib, gemoglobin foizi va eritrotsit miqdori kamayadi. Rang ko'rsatkichi 0,9 atrofida bo'ladi. Bu holat o'sayotgan homila talabini qondirish uchun temir moddasining sarflanayotgani va bu hol kamqonlikka olib kelganidan dalolat beradi.

A.A. Qodirova, Y.Q. Jabborova va boshqalar homiladorlikning ikkinchi yarmida kamqonlik (anemiya) vujudga kelishi, shu mud-datda temir moddasi organizmda kamayib ketishini, ovqatlanishga ahamiyat berish, temir moddasiga boy taomlar iste'mol qilish zarurligini ta'kidlaydilar.

Sut bezlaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikda sut bezlari sut ishlab chiqarishga tayyorlanadi. Bez bo'laklari kattalashadi, paypaslab ko'rilganda qattiq tugunchaga o'xshaydi. Sut bezi so'rg'ichlari kattalashib, atrofi bilan birmuncha qoramtir bo'lib qoladi. Bez tugmachasi atrofida mayda-mayda bezchalar bo'rtib chiqadi (mangomer bezlari glandula mangomeri).

Sut bezi taranglashib, biroz osilib qoladi, venalari kengayadi. Bez bo'laklaridagi epitelial hujayralar kattalashib, ularning protoplazmasida moy tomchilari paydo bo'ladi. Agar ko'krak so'rg'ichi atrofi siqilsa, homiladorlikning birinchi haftalaridayoq og'iz suti (*Colostrum*) chiqadi. Hatto homiladorlikning ikkinchi yarmida og'iz suti siqmasa ham, o'z-o'zidan chiqishi mumkin. Sutning yetarli miqdorda bo'lishini ko'krakning katta-kichikligiga va bez bo'laklarining, teridagi venalarning ko'pligiga va so'rg'ich atrofidagi doiraning katta-kichikligiga qarab bilish mumkin.

Sut bezlaridagi bu o'zgarishlar gormonlar ta'siriga bog'liq. Ko'pgina mualliflarning fikricha, tuxumdondan ajraladigan estrogen gormon sut bezlari taraqqiyotiga ta'sir qilsa, gipofiz bezining oldingi bo'lagidan ajraladigan prolaktin sut ishlanib chiqishiga ta'sir qiladi. Oz miqdordagi prolaktin sut ajralishini ko'paytirsam, ko'p miqdordagisi, aksincha, sutni kamaytiradi.

Nafas a'zolari sistemasidagi o'zgarishlar. Homiladorlik davrida o'pka, jigar diafragma vositasida yuqoriga siqilishiga qaramay, unda deyarli funksional o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu holat ko'krak qafasi yuqori va pastki qismining kengayishi bilan ifodalanib, homilador organizmida sezilarli o'zgarishlarni vujudga keltirmaydi. Buning natijasida homiladorlikda o'pkaning hajmi kengligicha qoladi va havo almashinuvi birmuncha ortadi. Homila katta, qog'anoq suvi ko'p yoki homila bittadan ortiq bo'lgan hollardagina homiladorlikning oxirgi davrida nafas tezlashadi va hatto nafas qisishi kabi hollar yuz beradi.

Ovqat hazm qilish a'zolaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikning birinchi oylarida ovqat hazm qilish a'zolari faoliyati buziladi. Bunday hol yuqorida aytib o'tilganidek, vegetativ nerv sistemasi faoliyati buzilishidan kelib chiqadi.

Homilador ayolning ba'zan ko'ngli ayniydi, qayt qiladi, so'lagi oqadi, ichaklar atoniyasi, qabziyat kuzatiladi, ayol ba'zi ovqatlarni xush ko'rmaydigan bo'lib qoladi. Bo'r, kesak va shunga o'xshash iste'mol qilib bo'lmaydigan narsalarni ko'ngli tusaydi.

Bunday holat hamma homiladorlarda ham bo'lavermaydi. Bosh qorong'ilik deb ataladigan bunday hollar 3–4 oy mobaynida yo'qoladi.

Siydik chiqarish a'zolaridagi o'zgarishlar. Homiladorlikda boshqa a'zolar kabi buyrakning vazifasi ham ortadi. Buyrak organizmida suv almashinuvini tartibga soluvchi, ona va homila organizmidan ajralgan almashinuv mahsulotlarini tashqariga chiqaruvchi a'zodir. Homiladorlikda buyrakning filtrlash xususiyati susayadi, shu sababli homilador ayol siydigida, ko'pincha, oz miqdorda qand va oqsil topiladi, lekin bu patologik holat hisoblanmaydi.

Siydikda qand paydo bo'lishi fiziologik glukozuriya deb ataladi. Agar siydikda oqsil paydo bo'lsa, bu homiladorlikda gipertenziya holati boshlanishidan darak beradi.

Homilador organizmida suv almashinuvi jarayoni ortishi sababli siydik miqdori ko'payadi va homila qovuqni bosib, ayolni tez-tez siyishga majbur qiladi. Bunday hol siydik yo'llari kasalliklarida va siydik-tosh kasalliklarida ham uchrashi mumkin.

HOMILADORLIKKA DIAGNOZ (TASHXIS) QO'YISH USULLARI ANAMNEZ YIG'ISH

Homilador ayollarni tekshirishning o'ziga xos xususiyatlari bor. Suhbatlashish (anamnez yig'ish) yo'li bilan olinadigan ma'lumotlar homiladorlikda, tug'ishda yoki homila taraqqiyotida ro'y berishi mumkin bo'lgan kasalliklarni oldindan taxmin qilishga yordam beradi. Bu esa profilaktika va davolash choralarini o'z vaqtida ko'rishga va homiladorni muntazam kuzatib borish imkonini beradi.

Homiladorlikni aniqlash vaqtida uning muddatini, tug'ishning taxminiy vaqtini ham belgilashga to'g'ri keladi. Bundan tashqari, har tomonlama klinik tekshirish, fizik-kimyoviy, laboratoriya va boshqa tekshiruvlar o'tkazish yo'li bilan organizmning umumiy holati, homiladorlikning kechishi kuzatib boriladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan ma'lumotlarni olish va ularga diagnoz qo'yish uchun quyidagi anamnez chizmasidan foydalanish mumkin:

1. Familiyasi, ismi, otasining ismi.
2. Turar joyi, bolalik va o'smirlikda yashagan sharoiti.
3. Yoshi.

Ma'lumki, agar qiz bola balog'atga yetmay (17 yoshgacha) yoki yoshi ancha o'tib (30–35 yosh) turmushga chiqib, birinchi marta homilador bo'lsa, ularda 18–23 yoshgacha bo'lgan ayollarga nisbatan homiladorlik, tug'ish va chilla davri ancha og'ir, patologik holatda kechishi mumkin.

Homilador ayolning qanday geografik sharoitda va qanday iqlim muhitida yashagani ham katta ahamiyatga ega bo'ladi. Agar iloji bo'lsa, uning necha yoshda yura boshlaganini, bolaligida qanday o'sganligini bilish ham juda muhimdir.

Bolalikda va katta bo'lgandan keyin boshidan kechirgan kasalliklari homiladorlik va tug'ish jarayonining kechishini aniqlashda yordam beradi. Masalan, ayol yoshligida raxit bilan og'rigan bo'lsa, uning organizmi tuzilishida ayrim o'zgarishlar, bo'yi kichkina, bosh suyagi to'rtburchak, ko'krak qafasi ichiga botgan va boshqalar kuzatilishi mumkin. Xususan, chanoq suyagida raxitga xos o'zga-

rishlar, tug'ish vaqtida bir qancha og'ir holatlarni paydo qilishi mumkin.

Yoshlikda boshdan kechirilgan tepki, qizamiq, suvchechak va boshqa yuqumli kasalliklar jinsiy a'zolar taraqqiyotiga ta'sir etishi mumkin. Keyingi paytlarda, ayniqsa, yuqumli kasalliklar (TORCH infeksiyalari, zaxm, gripp, so'zak va boshqalar) homilaning chala yoki o'lik tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkinligi aniqlangan. Avvalgi homiladorlik yoki tug'ish vaqtida qilingan operatsiyalar ham navbatdagi tug'ishda turli patologik holatlarga sabab bo'lishi mumkin.

Oilaviy kasalliklar (homilador oilasidagi yoki uning erida bo'lgan kasalliklar sil, zaxm, ruhiy xastaliklar va boshqalar) hamda alkogolizm, narkomaniya, kashandalik homilaning chala, o'lik yoki nuqsonli tug'ilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Hayz funksiyasini ham aniqlash muhim ahamiyatga ega. Hayzni necha yoshdan ko'ra boshlagan, dastlab normal kela boshlaganmi yoki to'xtab-to'xtab kelganmi. Keyin necha yoshda kela boshlaganligini bilish kerak. Agar qiz hayzni kech ko'rgan va u anchagacha normal holatda kechmagan bo'lsa, bu uning o'z vaqtida balog'atga yetmaganidan dalolat beradi.

Hayz siklining o'zgarishi ham homiladorlik va tug'ish jarayonining kechishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Hayzning muntazam takrorlanishi (21–28–30 kun) qanday, hayz ko'rganda og'riq bo'lish-bo'lmasligini ham so'rash kerak. Ma'lumki, jinsiy a'zolar kasalliklarida yoki ichki sekretsia bezlari faoliyati buzilishi natijasida hayz juda kech (17–18 yoshdan), odatda, O'zbekistonda yashaydigan qizlarda esa 14–15 yoshdan boshlanadi.

Ichki sekretsia bezlari faoliyati buzilganda tug'ish og'irlashadi, tug'ish davrida birlamchi va ikkilamchi sustliklar paydo bo'ladi. Chilla davrida bachadon yaxshi qisqarmaydi, qon ketadi. Turmushga chiqqandan so'ng uzoq vaqt davomida bo'yida bo'lmaslik jinsiy a'zolarining to'la yetilmaganligidan dalolat berishi mumkin. Bu ayolning bo'yida bo'lganda ham turli qiyinchiliklar vujudga kelishi mumkin.

Jinsiy hayot boshlangandan, tuqqandan va abortdan keyin hayz ko'rishning o'zgargan-o'zgarmaganligini aniqlamoq kerak,

hayz funksiyasining bu davrlarda o'zgarishi ichki jinsiy a'zolarida yallig'lanish jarayoni borligini ko'rsatishi mumkin.

Ayol bilan suhbatlashganda homilaning nechanchi ekanligini, oddingi homiladorliklar va tug'ish qanday o'tganligi, ilgari homiladorlikdagi gipertenziv holatlar, ichki a'zolar (buyrak, jigar, yurak qon-tomir sistemalari) kasalliklarini va ilgari tug'ishlarda yuz bergan boshqa kasalliklarni yoki o'zgarishlarni aniqlash kerak. Tug'ruqdagi patologik holatlar (vaqtdan oldin suv ketishi, tug'ruq dardlari sustligi, homilaning noto'g'ri yotishi, chanoqning tor bo'lishi), qisqich solish yoki kesarcha kesish usuli bilan homilani tug'dirish zaruriyati borligini ko'rsatadi. Homilaning muddatidan ilgari tug'ilishi va bola tushishi kabi hollar bu ayolda biror kasallik (bachadon shilliq qavatining yallig'langanligi, bachadon shishi va boshqalar), turli yuqumli kasalliklar borligidan yoki infantilizmdan darak beradi.

Shuni unutmash kerakki, o'z-o'zidan bola tushishi yoki sun'iy yo'l bilan qilingan abort jinsiy a'zolarida yallig'lanish jarayonini paydo qilishi oqibatida homiladorlik va tug'ish vaqtida turli patologik holatlarga sabab bo'lishi mumkin.

Avvalgi homiladorlik va tug'ish yaxshi o'tgan bo'lsa, bu ayolning sog'lom ekanligini ko'rsatadi hamda navbatdagi homiladorlikning muvaffaqiyatli o'tishini oldindan bilishga imkon beradi. Aksincha, ilgari tug'ruqda qilingan operatsiya, tug'ilgan bolaning tezda o'lganligi yoki o'lik tug'ilganligi bu homiladorlikda ham qo'shimcha kasallik va og'ir holatlar ro'y berishi mumkinligini va homiladorni alohida ahamiyat bilan kuzatib borish lozimligini ko'rsatadi.

Homiladorlik va tug'ish vaqtidagi kasalliklar yoki qo'shimcha patologik holatlar avvalgi tug'ishdan keyin, chilla davrida ro'y bergan kasalliklar natijasi bo'lishi mumkin. Shunga ko'ra, avvalgi homiladorlikda chilla davrida ayol kasallik bilan og'riganmi yo'qmi, buni bilish zarur.

Homilador ayoldan erining sog'lig'i haqida so'raladi, chunki uning ilgari va hozir sil, so'zak va boshqa kasalliklar bilan og'rigan bo'lishi mumkinligi homilador ayol va homila sog'ligiga xavf soladi.

Anamnezda homilador ayol yashaydigan uy va ishxonaning sanitariya-gigiyena sharoitlari, uning ovqati, qancha uxlashi va

dam olishi batafsil aniqlanadi. Homilador ayolning turmush va mehnat sharoitining homila taraqqiyotida, tug'ilishida va chilla davrining kechishida ahamiyati katta bo'ladi.

Anamnez sinchiklab yig'iladi va olingan ma'lumotlar homiladorlik varaqasiga to'liq yozib qo'yiladi.

OBJEKTIV TEKSHIRISH

Homilador ayolni obyektiv tekshirganda uning tana tuzilishiga ahamiyat berish zarur. Dastlab ayolning bo'yi o'lchanadi, agar bo'yi 145 sm dan past bo'lsa, unda chanoq tor bo'lishi va tug'ish jarayonida og'ir holatlar ro'y berishi mumkin.

Ayolning skelet suyaklaridagi nuqsonlarga: oyog'ining qiyshiq yoki bittasining kaltaligi, orqa umurtqaning qiyshiqqligi, shakli, ko'krak qafasining ichiga botgani, dumg'azaning Mixaels rombi shaklidagi nuqsonlariga ahamiyat berish lozim. Shunda homiladorlik va tug'ishning qanday kechishi to'g'risida fikr yuritish mumkin.

Dumg'aza rombini aniqlash uchun homilador ayolni tik turg'azib, chanoqning orqa yuzasi ko'zdan kechiriladi. Agar romb to'rtburchak shaklida bo'lsa, bu nuqsonsiz (mukammal) chanoq hisoblanadi.

Ayolning tana yuzasi (terisi) tozami, toshmalar yo'qmi, yuzida, yuqori labi ostida, sut bezi so'rg'ichi atrofida, qorin devorining oq chizig'i sohasida qoramtir dog'lar bor-yo'qligini tekshirish kerak. Sut bezlarining to'lishgan-to'lishmagani ham ko'riladi. Bu belgilar homiladorlikka xos va ayolning bo'yida bo'lganiga taxmin qilsa bo'ladi.

Homilador ayollar ichki a'zolarini tekshirish usuli hamma yerda bir xil qabul qilingan. Bunda harorat o'lchanadi, tomir urishi sanaladi, qon bosimi aniqlanadi, teri va ko'z oqi hamda ko'rindigan shilliq qavatlarini (lab, og'iz, til) ko'zdan kechiriladi va hokazo.

Homiladorlik davrida organizmda jiddiy o'zgarishlar ro'y berishini nazarda tutib, ichki a'zolarini tekshirish juda ham zarurdir. Bu o'zgarishlar yurak, buyrak, o'pka va boshqa a'zolar kasalliklariga yomon ta'sir qilishi mumkin. Homilador ayoldagi

kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash kerak, shunda ayolning homilador bo'lish-bo'lmasligi va homilador bo'lsa, uni davom ettirish mumkin yoki mumkin emasligi aniqlanadi. Ayniqsa, homiladorlikning ikkinchi yarmida qon va siydikni, qon bosimini muntazam ravishda tekshirish tana vaznini o'lchab turish zarur.

Qorinni ko'zdan kechirganda u tik turgan oval shaklda bo'lsa, homilaning to'g'ri yotganini ko'ndalang yoki qiyshiq tursa, homilaning ko'ndalang yoki qiyshiq yotganini, yumaloq shar shaklida bo'lsa, egizak bola yoki qog'onoq suvi ko'pligini, qorin osilgan yoki turtib chiqqan (o'tkir uchli) bo'lsa, chanoqning torligini ko'rsatadi.

Agar yuzda va oyoqlarda shish bo'lsa, buning sababini aniqlash zarur. Bu holat homiladorlik gipertenziv holatlarida, yurak va buyrak kasalliklarida kuzatiladi. Agar teri va ko'rinadigan shilliq qavatlar rangsiz bo'lsa, kamqonlikdan, lab va tirnoq ko'kargan bo'lsa, kislorod yetishmasligidan (yurak kasalligidan) darak beradi. Bundan tashqari, sut bezlarining yaxshi rivojlanmaganligi, jinsiy a'zolar sohasida, qo'ltiq ostida tuklarning kam bo'lishi ichki jinsiy a'zolarining yaxshi rivojlanmaganligini bildiradi.

Qorinni paypaslab ko'rish tashqi tekshirishning asosiy usulidir. Buning uchun oldin akusher qo'lini tozalab yuvib, biroz isitadi, ayol tizza bo'g'imini bukkan holda chalqancha yotadi. Ko'rishdan oldin qovuq bo'shatiladi. Paypaslab ko'rishdan oldin suyak do'm-boqlari boylamlari topiladi. Bular paypaslab ko'rishda mo'ljal bo'ladi.

Qorinni paypaslab ko'rganda bachadon tubi aniqlanadi, homilaning bachadonda yotish holatida uning kichik chanoqqa yaqin turgan qismi (boshi, dumbasi yoki ko'ndalang yotishi), uning mayda qismlari aniqlanadi. Ultratovush yordamida homila va yo'ldoshning yotishi aniqroq bilinadi.

QIN ORQALI TEKSHIRISH

Odatda, homilador bachadonning tubi uchinchi oy oxirida qov suyagi ustidan ko'tarilib turadi, ammo tashqi paypaslab ko'rish bilan ba'zan buni aniqlash qiyin bo'ladi. Shunga ko'ra, homilaning

bor-yo'qligini va uning muddatini aniqlash uchun, ko'pincha, qin orqali tekshirib ko'riladi.

Buning uchun tekshirishdan oldin qovuq bo'shatiladi.

Tekshirishda, yaxshisi, ayolni chalqancha yotqizib, tizza bo'g'imlarini bukib, oyoqlari orasi ochiladi.

Tekshirishdan oldin shifokor qo'lini tozalab yuvib, steril rezina qo'lqop kiyadi. Tekshiruvda jinsiy a'zolarining tashqi yuzasini, chotni to'g'ri ichak teshigi atrofini ko'zdan kechirib, biror patologik o'zgarish bor-yo'qligi aniqlanadi. Keyin ginekologik ko'zgular yordamida bachadon bo'ynini ko'zdan kechiradi. So'ngra chap qo'lning ikki barmog'i (bosh va ko'rsatkich barmoqlar) bilan kichik jinsiy lablarni ochib, qinga kirish oldi qizargan-qizarmaganligi, ko'kargan-ko'karmaganligi, siydik chiqarish teshigi qanday ahvolda ekanligi, qin dahlizi oldidagi katta-kichik bezlarda yallig'lanish bor-yo'qligi aniqlanadi.

So'ngra o'ng qo'lning ko'rsatkich va o'rta barmog'i qinga asta-sekin kirgiziladi. Bunda katta barmoq bilan jimjiloq esa kaft tomonga bukilgan holda chetga taqalib turadi. Qinga kiritilgan barmoqlar bilan qinning uzunligi va kengligi, qin devorlarining holati, chanoq osti muskullarining qanday holatda ekanligi, bachadon bo'ynining qin qismi va qin gumbazlari, bachadon bo'yni tashqi bo'g'izining shakli (dumaloq, yoriqqa o'xshash ochiq yoki berkligi va boshqalar) aniqlangach, ikkala qo'l bilan tekshirishga kirishiladi.

Ikkala qo'l bilan homilador ayolni tekshirish (bimanual tekshirish)ning o'ziga xos xususiyati bo'lib, bunda bachadonning katta-kichikligi, shakli, qo'zg'aluvchanligi, qattiq-yumshoqligi, turish holati, og'riqli yoki og'riqsiz ekanligini, homiladorlik belgilarini, bachadon ortiqlarining qanday holatda ekanligi va chanoqning ichki yuzasi tekshirilib, uning ichki o'lchovlari aniqlanadi.

Buning uchun o'ng qo'l barmoqlari qinning oldingi gumbaziga yuborilgan holda, chap qo'l barmoqlari bilan qorin devorining qov suyagi ustidan bachadon tanasi tekshiruvchining ikkala qo'li orasida bo'lguncha, asta-sekin bosiladi. Agar bachadon orqaga egilgan bo'lsa, uni bunday tekshirish bilan topa olmaslik ham

mumkin. Bunday hollarda qin ichidagi o'ng qo'l barmoqlari orqa gumbaziga o'tkaziladi va tekshirish yuqoridagidek takrorlanadi.

Bachadon tanasi aniqlangach, uning katta-kichikligi, harakatchanligi, og'riq bor-yo'qligi va shakli aniqlanadi. Bachadonni paypaslab tekshirib bo'lgach, qin gumbazlari sinchiklab ko'riladi. Bundan tashqari, chanoq devorini tekshirib, o'siqlar bor-yo'qligi, chanoq shakli va dumg'aza suyagining chanoq ichiga qaragan dumg'aza burni do'nggi barmoq bilan tekshiriladi, unga barmoq yetmasa, demak, chanoq tor emas, agar yetsa, u o'lchanadi.

Chanoqning ichki yuzalarini tekshirib bo'lgach, qinga kiritilgan o'rta barmoq uchini dumg'aza suyagining turtib chiqqan joyi (promontorium)ga qo'yiladi, tashqaridagi chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i bilan simfizning pastki cheti belgilangan holda o'ng qo'l barmoqlari qindan chiqariladi. O'ng qo'lning ko'rsatkich barmoq uchi bilan belgilangan oraliq tazomerda o'lchanadi. Bu oraliq diagonal kon'yugata (*conjugata diagonalis*) deb atalib, normal chanoqda buning uzunligi 13 sm va undan yuqori bo'lishi mumkin. Shundan 2 sm chegirib tashlansa, chin kon'yugataning o'lchovi aniqlanadi.

HOMILADORLIKNING DASTLABKI DAVRINI ANIQLASH

Homiladorlik boshlanishida uning belgilari juda aniq bo'lmaydi. Bunda homiladorlik faqat taxminiy belgilarga ko'ra aniqlanadi.

Homiladorlikning taxminiy belgilariga ayoldagi subyektiv holat va obyektiv tekshirish natijasida uning organizmida aniqlangan o'zgarishlar kiradi.

Homiladorlarning subyektiv holatiga:

1) boshqorong'i bo'lib ishtahasi o'zgaradi, nordon va achchiq ovqatlar yegisi keladi, ba'zan bo'r iste'mol qiladi, ho'l tuproq va boshqalar hidini yoqtiradi;

2) jahldor bo'lib, kayfiyati tez-tez o'zgarib turadi, uyquchan bo'lib qolishi mumkin;

3) hidni sezish qobiliyati birmuncha o'zgaradi (papiros, atir, yog' hidi va boshqa hidlardan ko'ngli ayniydi);

4) terisida bir qator o'zgarishlar ro'y beradi: sut bezi tugmachasi atrofida, yuzida, qorin devorining oq chizig'ida qoramtir dog'lar paydo bo'ladi.

5) sut bezida og'iz suti (boshlang'ich sut) paydo bo'lib, ko'kraklari kattalashadi. Agar sut bezining uchi siqilsa, og'iz suti chiqadi.

Shuni aytib o'tish kerakki, ilgari tuqqan ba'zi ayollar ko'kragida sut saqlanishi mumkin.

Homiladorlikning taxminiy belgilari. Bu xildagi belgilarga jinsiy a'zolarda, sut bezida, hayz ko'rishda bo'ladigan o'zgarishlar kiradi. Bu belgilarning hammasi obyektiv belgilar hisoblanadi.

Homiladorlik hayz ko'rishning to'xtashi bilan belgilanadi. Ma'lumki, sog'lom ayollarda hayz davri o'zgarmaydi. Faqat homiladorlar hayz ko'rmaydilar, ba'zi bola emizadigan ayollar hayz ko'rmasliklari mumkin.

Hayz davrining buzilishi umumiy kasalliklarda ham uchrayib turadi. Xususan, diabet, sil, surunkali zaharlanish (kimyoviy moddalar va boshqalardan), og'ir ruhiy iztirob yoki to'satdan boshga tushgan musibat natijasida ham hayz to'xtashi yoki uning davri buzilishi kuzatiladi.

Hayz ko'rishning to'xtashi homiladorlikning tahminiy belgilaridan biri bo'lishiga qaramay, turli akusherlik tekshirishlari o'tkazish lozim bo'ladi.

Qinning kirish qismi va qin shilliq qavatining bo'rtib ko'karishi ham homiladorlikning tahminiy belgisidir. Odatda, homiladorlikning 5—6-haftasidan boshlab bachadon kattalashadi, shakli va qattiq-yumshoqligi o'zgaradi.

Sut bezlari o'zgarib kattalashadi va qattiqlashadi, yuqorida aytganimizdek, sut bezlari tugmachasi atrofini siqqanda og'iz suti chiqadi.

Homiladorlikning taxminiy belgilari obyektiv belgilar hisoblanadi, qinni va qin kirish qismini steril ginekologik ko'zgular yordamida ko'riladi. Ginekologik ko'zgular yordamida qinning shilliq qavati bachadon bo'ynining rangi, qinda yallig'lanish jarayoni bor-yo'qligi aniqlanadi. Bunday tekshirishlar uchun ikki tabaqali va qoshiqsimon ko'zgulardan foydalaniladi.

Ikki tabaqali ginekologik ko'zgu ishlatilganda u qin orqa gumbazidagi chuqurchalarga yetguncha qin ichiga yuboriladi, so'ngra bachadon bo'ynini ko'rish uchun ko'zgu tabaqalari ochiladi, qin devorlari esa ko'zguni qindan chiqarib olish paytida ko'riladi.

Bachadon bo'yni va qin devori qoshiqsimon ko'zgularida yaxshi ko'rinadi. Buning uchun ko'zgu qinning orqa devoriga qo'yilib, chot asta-sekin pastga tortiladi, ikkinchi ko'zguni esa qinning oldingi devoriga qo'yib, qin devori yuqoriga ko'tariladi.

Ikkala qo'l yordamida homiladorlarni tekshirishda bachadonning katta-kichikligini, shaklini, qattiq-yumshoqligini, qanchalik siljuvchan, og'riqli yoki og'riqsiz ekanligini, turish holatini, qin gumbazining holatini, qanchalik siljuvchanligini aniqlashda yuqorida ko'rsatib o'tilgan tekshirish usullarining o'ziga xos ahamiyati bor.

❖ Homiladorlikni ko'rsatuvchi belgilar

1. **Piskachek belgisi.** Homiladorlikda bachadon shaklining o'zgarishidan iborat. Aslida noksimon, bir tekis yalpoqlashgan bachadon noto'g'ri shakldagi sharga o'xshab qoladi. Bachadon devorining homila tuxumi joylashgan qismi do'ppayib chiqadi.

2. **Gorvits-Gegar belgisi.** Bu bachadon bo'yni bilan tanasi oralig'i, ya'ni bachadon bo'yin oldi (*istmus*) yumshashiga asoslangan. Ikkala qo'l bilan tekshirilganda, qinga kirgizilgan qo'l barmoqlari bilan qorin devori orqali qovuq suyagi ustidan «bosayotgan tashqaridagi barmoqlar bachadon bo'yni oldi yumshagani uchun bir-biriga tegadigan darajada yaqinlashadi.

3. **Snegirev belgisi.** Bu belgida ham har ikkala qo'l yordamida tekshiriladi. Qin orqali barmoqlar bilan tekshirish vaqtida barmoqlar ta'sirida bachadon qisqa muddatga qisqarib, qattiqlashadi. Bachadon qattiq-yumshoqligining bunday o'zgarishi uning nerv sistemasining ta'sirlanishi tufayli vujudga keladi va ta'sirlanish to'xtagach, u yana yumshab qoladi.

4. **Genter belgisi.** Bu belgida ham har ikkala qo'l yordamida tekshiriladi. Qinga kiritilgan barmoqlar yordamida bachadondagi o'zgarishlarni aniqlash bilan birga, tashqi qo'l yordamida bachadon

oldingi yuzasining o'rta chizig'ida taroqsimon do'mboqcha bo'ladi, bu Genter belgisi deb ataladi.

Homiladorlikni erta muddatlarida aniqlashning gormonal usuli 1928-yilda Ashgeym – Tsondeklar ayolning homilador bo'lganini aniqlashda gormonal usulni taklif qildilar. Bu reaksiyalar ta'sirida homilador ayol siydigida gipofiz bezining oldingi bo'lagidan ajraladigan gormon aniqlanadi.

Homilador ayol organizmida gonadotrop gormon gipofizning oldingi bo'lagidan ajralgan gormonni Ashgeym va Tsondek prolan deb ataganlar. Homiladorlikda xorionik gonadotropin va follikulin ayol siydigi bilan mo'l ajraladi. Bu gormon homiladorlikning birinchi haftasidayoq ko'paya boradi. Tsondek-Ashgeym reaksiyasi oq sichqonlarda o'tkaziladi.

1947-yilda Galli Maynini taklif qilgan usul Xarkov meditsina instituti akusher-ginekologik klinikasi xodimlari (Alpatov va boshqalar) tomonidan qaytadan ishlangan. Bu reaksiya erkak suv qurbaqada o'tkaziladi. Homiladorlikni aniqlashda Fridman reaksiyasi quyonlarda xuddi sichqonlardagi kabi o'tkaziladi.

Hozirgi paytda homiladorlikni aniqlashda test qog'ozchalarini qo'llash mumkin: BB test (Fransiya). Bu usul bilan homiladorlikda ayollar siydigida xoriogonik gonadotropin gormoni tekshiriladi. Buning uchun ayolning ertalabki siydigiga test qog'ozchasi botiriladi: agar ikkita chiziqcha paydo bo'lsa, reaksiya natijasi ijobiy, agar chiziqcha yagona bo'lsa, salbiy hisoblanadi.

Ultratovush yordamida ham homiladorlikni aniqlash mumkin. 5–6 haftaligidayoq homilaning yurak urishini bilsa bo'ladi. Hatto 3–4 haftalik homiladorlikda homilaning tasvirini ko'rish mumkin.

HOMILADORLIKNI KECHKI MUDDATLARDA ANIQLASH

Homiladorlikning aniq yoki shubhasiz belgilari quyidagichadir.

1. Homiladorlik taxminan 15–20 haftalik bo'lganda homilaning yurak urishi qorin devori orqali, oddiy akusherlik stetoskopi bilan aniq eshitaladi. Yurak urishini «Malish» deb ataladigan apparat yordamida ham eshitsa bo'ladi. Buning uchun qorin devori sathiga

vazelin surtib, uning eshitadigan qismini qorin devori bo'yicha surib, homilaning yurak urayotgan sohasi topiladi, bunda apparat yordamida yurak urishi sanaladi (minutiga 130–140 marta uradi).

Ona organizmidan qorin devori orqali eshitiladigan tovushlarga quyidagilar kiradi:

a) homilaning yurak urishi bilan bir vaqtda bo'ladigan qorin aortasining urishi va bachadon yon devorlaridagi katta qon tomirlarda bo'ladigan shuvillagan shovqin;

b) ichaklarning peristaltik (to'lqinsimon) harakati tufayli hosil bo'ladigan ritmsiz shovqin;

c) homilaning qo'l-oyoqlari qimirlashi natijasida hosil bo'ladigan va qiyinlik bilan eshitiladigan bo'g'iqlik tovush.

Homilaning yurak urishi homiladorlikning ikkinchi yarmidan boshlab eshitila boshlanadi. Agar homilaning boshi oldinga egilgan bo'lib, uning orqasi bachadonning biror devoriga yaqin turgan bo'lsa, uning yurak urishi orqa tomondan yaxshi eshitiladi. Agar homila yuzi bilan kelib, boshi orqaga egilgan bo'lsa, uning orqasi bachadon devoridan uzoqlashadi va ko'kragi bachadon devoriga tegib turadi. Bu holda uning yurak urishi ko'krak tomonidan yaxshiroq eshitiladi. Homila boshi bilan oldin kelganda uning yurak urishi ona kindigidan pastda, chanog'i bilan kelganda ona kindigi qarshisida yoki undan yuqoriroqda, ko'ndalang kelganda ona kindigi ro'parasida, tug'ish jarayonida homilaning boshi chanoq ichiga kirganda ona qorni o'rta chizig'ida (simfiz ustida) eshitiladi.

Homilada asfiksiya (bo'g'ilib qolish) ro'y berganda uning yurak urishi asfiksiya bosqichiga qarab minutiga 100–110 marta urishi yoki tezlashib, 150 va undan ham tez ura boshlaydi. Homiladorlikning birinchi yarmida homilaning tirik ekanligini, normal o'sayotganligini, bachadonning o'sishini kuzatish va ultratovush yordamida aniqlash mumkin.

Odatda, sog'lom onaning tomir urishi homilanikiga qaraganda bir yarim barobardan kam bo'ladi, buni homilaning yurak urishidan farq qilish uchun homilaning yurak urishi onaning bilak tomiri urishi bilan solishtiriladi.

2. Obyektiv tekshirilganda homiladorlik 20 haftalik bo'lgandan boshlab, homilaning qimirlashi aniq bilinadi. Homiladorning o'zi ham homilaning qimirlaganini ancha ilgari sezishi mumkin. Lekin buni ayol ichaklar perisgaltikasi bilan almashtirishi va yanglish ma'lumot berishi mumkin.

3. Ultratovush yordamida homila skeletini va yurak urishini, undagi mavjud nuqsonlarni ko'rish mumkin.

4. Homiladorlikning beshinchi oyidan boshlab, homilaning skelet suyaklarini rentgenda ko'rish mumkin. Bu usuldan hozir deyarli foydalanilmaydi.

5. Paypaslab ko'rish usulida (Leopold – Levitskiy usuli) homila holatini aniqlash mumkin. Homiladorning qornini paypaslab (ushlab) ko'rish usuli homila qismlarining katta-kichikligini, homilaning bachadonda joylashish holatini, oldin keluvchi qismining qayerda ekanligini (chanoqqa kirishdan yuqorida, chanoqqa kiraverishga suqilgan holatda yoki kichik yoki katta segment bilan turganligi)ni aniqlashdan iborat. Homilador ayolning qornini paypaslab ko'rish uchun tekis karavotga chalqanchasiga, oyoqlarini tizza va yonbosh bo'g'imlaridan bukkani holda yotqiziladi, shifokor uning o'ng tomoniga o'tiradi.

Homilador ayol qornini paypaslab tekshirish vaqtida akusherlik tekshiruvining to'rtta aniqlangan usulidan foydalaniladi.

Birinchi usul. Bachadon tubining balandligi va uning tubida homilaning qaysi qismi borligini aniqlash uchun qo'llaniladi. Buning uchun ikkala qo'lning kafti bilan barmoqlari bir-biriga qaragani holda, bachadon tubini ushlab, u yengilgina pastga bosiladi. Shunda bachadon tubining turgan balandligi va homilaning yotish holati aniq bilinadi.

Homilaning o'sishi va muddati bachadon tubining qaysi balandlikda turganligiga qarab aniqlanadi. Agar bachadon tubida homilaning katta qismlari aniqlansa, bu uning to'g'ri yotganligini ko'rsatadi.

Agar paypaslaganda bachadon tubida homilaning dumbasi borligi aniqlansa, bu oldin keluvchi qism bosh ekanligini, aksincha, bachadon tubida homilaning boshi borligi aniqlansa, chanoq'i bilan oldin kelishini ko'rsatadi.

Ikkinchi usul bilan homilaning orqasi va mayda qismlarining turishiga qarab, uning qanday holatda ekanligi aniqlanadi. Buning uchun ikkala qo'l bachadan tubidan uning yoniga o'tkaziladi.

Ikkala qo'l barmoqlari galma-gal bosib ko'rish yo'li bilan bachadon paypaslanadi. O'ng qo'l bilan paypaslaganda chap qo'l qimirlamay, bachadon devorida turishi kerak. Bu usul bilan bir tomonda tekis yuza – homila orqasini, qarama-qarshi tomonida esa uncha katta bo'lmagan va o'z turishini tez o'zgartiradigan do'mboqli yuza, homilaning mayda qismlari (oyoq, qo'llari) aniqlanadi.

Homila orqasining chapga yoki o'ngga qaragan bo'lishiga qarab, uning I yoki II holatda ekanligi aniqlanadi. Agar homilaning orqasi onaning chap biqiniga qaragan bo'lsa, I holat, o'ngga qaragan bo'lsa, II holatda yotgan bo'ladi.

Homilaning oldinda keluvchi qismini va uning kichik chanoq bo'shlig'iga bo'lgan nisbatini aniqlashda akusherlik tekshiruvining uchinchi usuli qo'llanadi. Buning uchun qo'lning katta barmog'i bachadon pastki segmentining bir tomonidan, qolgan 4 ta barmoq esa ikkinchi tomonida turgan holda homilaning oldin keluvchi qismi ushlanadi, so'ngra qo'lni biroz pastga bosib, oldinda keluvchi qismi barmoqlar bilan ushlangan holda juda ehtiyotkorlik bilan asta-sekin o'ngga va chapga qimirlatiladi. Bunda homila boshi bilan turgan bo'lsa, qattiq, dumaloq dumba bilan turgan bo'lsa, yumshoqroq va hajmi kichkinaroq bo'lib bilinadi. Agar oldin keluvchi qism (bosh yoki dumba) harakatchan bo'lsa, bu uning chanoqning kirish qismidan yuqorida turganini, qimirlamaydigan bo'lsa, chanoqning kirish qismida suqilib turganini ko'rsatadi. Homila ko'ndalang yoki qiyshiq yotgan taqdirda oldinda keluvchi qism bo'lmaydi.

Akusherlik tekshiruvining uchinchi usulida, odatda, ayol og'riq sezadi, shunga ko'ra, ko'pincha, bu usul o'rniga to'rtinchi usul qo'llaniladi. To'rtinchi usul yordamida oldinda keluvchi qismning turgan joyi hamda u chanoqning qaysi yuzasida turganligi aniqlanadi.

Akusher homiladorning oyoq tomonida turgan holda ikkala qo'li kaftini bachadon pastki qismining o'ng va chap tomoniga

qo'yadi va pastga tomon asta bosadi, bunda tekshiruvchi o'z qo'lini homilaning oldinda keluvchi qismi bilan chanoq kirish qismiga yuboradi, shu yo'sinda paypaslash yordamida oldinda keluvchi qismni va uning turish holati (kichik chanoqqa kirish qismining ustidaligini yoki chanoq ichiga o'tganligi)ni aniqlaydi. Shu usul bilan yana boshning katta-kichikligi, ensa, peshana, engakning turgan joyi va tug'ish jarayonida boshning chanoqqa tushish holatlari aniqlanadi.

Homiladorlikni aniqlashda yana quyidagi qo'shimcha usullar mavjud.

Amnioskopiya — bu usul yordamida qog'anoq suvi va suv pardasi ko'riladi. Bunda suv pardasi hali yirtilmagan bo'lishiga qaramasdan, qog'anoq suvining rangi, tiniqlik darajasi (ko'kish, sariq rangda va loyqa ekani)ga qarab homilada asfiksiya bo'lgan-bo'lmagani, homiladagi gemolitik kasallik va boshqalar aniqlanadi.

Amnioskopiya statsionar sharoitida qo'llanadi.

Amniotsentez — bu usul yordamida homilaning suv pardasi orqali undan qog'anoq suvi olinadi. Gemolitik kasallikning og'ir turlari, kelib chiqishi va hokazolar aniqlanadi.

Fonokardiografiya homila yuragi faoliyati aniqlanadi. Bu usulda homila yuragining urishi (normada ekani, tezlashgani va sekinlashgani), ritmi (normada, aritmiya), tovushi va boshqalar aniqlanadi. Bu homilada asfiksiya boshlangani va boshqa patologik holatlarga taxmin qilish va ularning oldini olishga imkon beradi.

Kardiotokograf va elektrokardiografiya — bu usullar keng qo'llaniladi, homilaning yurak faoliyati, ayniqsa, undagi gipoksiyani o'z vaqtida aniqlashda ahamiyati katta. Bu usulda homila yurak urishini 14–16 haftaligidayoq bilish, shuningdek, platsentaning oldinda joylashganini aniqlash mumkin.

Ultratovush yordamida homiladorlikni erta muddatida ham aniqlash mumkin bo'ladi. Bundan tashqari, homilaning so'nggi taraqqiyot davrida uning bachadonda yotish holatini (boshi, tanasi, oyoq-qo'llari, ichki a'zolari), oyoq-qo'llar va boshning joylashishini va ko'krak qafasi o'lehovini aniqlash mumkin.

Homiladorlik muddatini hamda uning rivojlanishidagi nuqsonlarni (gipotrofiya, gidro va mikrosefaliya va boshqalar) bilish

mumkin. Bundan tashqari, bu usul homila yo'ldoshini, qog'anoq suvining ko'p va ozligini, ko'p homilalik, ayniqsa homiladorlikning kechishini kuzatgani imkon beradi. Ultratovush orqali tekshirish homilador uchun ham, homila uchun ham zararsizdir.

Rentgen orqali diagnoz qo'yish hozirgi paytda kam qo'llanadi. Ammo bu usuldan ultratovush apparati bo'lmasa va paypaslab, qin orqali tekshirib homila holati va undagi nuqsonlarni aniqlab bo'lmagandagina foydalaniladi.

BIRINCHI VA QAYTA HOMILADORLIKNI ANIQLASH

Birinchi va qayta homiladorlik, odatda, anamnez yordamida aniqlanadi. Buni aniqlashdagi obyektiv belgilardan biri jinsiy a'zolardagi o'zgarishlardir. Xususan, jinsiy teshikning yirilib turishi, qizlik pardasining qoldiqlari — *coruneule murtiformis* so'rg'ichga o'xshab qolgan bo'ladi. Tug'magan ayollarda qizlik pardasi shakli saqlangan, ammo yirtilgan. Bu *coruneule hyminalis* deyiladi. Tuqqan ayollarda qin keng, bachadon bo'yni silindr shaklida, uning tashqi teshigi yirik (ko'ndalangiga) bo'ladi.

Birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda bachadon bo'yni to tuqqunga qadar berk bo'ladi, ammo tuqqan ayollarda tug'masdan 4–5 hafta ilgariyoq bachadon bo'yniga bitta barmoqni kiritish mumkin.

Qorin devorini ko'zdan kechirganda ham ayolning tuqqan-tug'maganligi haqida taxmin qilish mumkin. Tuqqan ayollarda qorin devori to'g'ri muskuli birmuncha ajralgan, terida eski tirtiqlar *striae gravidarum rai* — ko'ramiz, ular oq chiziqli shaklida bo'ladi. Bu tirtiqlar oq rangda bo'lsa, bu avvalgi homiladorlikdan qolganini, pushti qizil rangda bo'lsa, hozirgi homiladorlikniki deb xulosa chiqarish mumkin. Ammo ba'zan bu tirtiqlar homilador bo'lmagan ayollar qorin devori, sonlarining oldingi sathida uchrab turganini nazarda tutib, ko'pchilik olimlar buni gopmonal jarayon natijasi deb talqin qiladilar.

Birinchi homiladorlikda homila boshi tug'ishdan 4–5 hafta ilgari chanoq kirish qismida bo'ladi. Qayta tuqqanlarda esa to

tug'ish jarayoni boshlanmaguncha homila boshi chanoq kirish qismidan yuqorida turadi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan asta-sekin chanoq kirish qismiga yaqinlashib, nihoyat, bachadon bo'yni to'la ochilishi bilan joylashib oladi.

Sut bezlarida ham ba'zi o'zgarishlar bo'ladi. Tuqqan ayollarda sut bezlari birmuncha osilgan, so'rg'ichlari ancha yaxshi bilinadi. Tug'magan ayollarda esa sut bezlari tarang, uning so'rg'ichlari kichkina bo'ladi. Ayolning birinchi yoki qayta homiladorligini bilishning sud tibbiyotida ahamiyati katta.

HOMILANING TIRIK YOKI O'LGANINI ANIQLASH

Dastlab homilaning qanday o'sayotgani va hayotligini bachadonning oy sari kattalashishi bilan aniqlanadi. Bachadonning o'sishi kalendar yoki akusherlik oyi bilan belgilanadi va u ma'lum hajmda bo'ladi. Agar bachadon o'smay qolsa yoki sekin o'ssa, unda homila tirik bo'lsa ham, o'sishdan orqada qolayotgani (gipotrofiya)dan xabar beradi. Qayta bo'yida bo'lgan ayollar homiladorlikning ikkinchi yarmida homilaning qimirlashini ancha ilgariroq seza boshlaydilar.

Homilaning yurak urishi oddiy akusherlik stetoskopida homiladorlikning 2-yarmida eshitilsa, fonokardiograf, kardiopograp, monitorlar yordamida ertaroq aniqlash mumkin.

Ammo homilaning yurak urishini eshitganda, albatta, onaning tomir urishi bilan solishtirish zarur. Onada isitma, kamqonlik yoki yurak kasalliklari bo'lganda ham tomiri tez urib, uni homila yuragining zarbi bilan adashtirish mumkin. Homilaning o'lik yoki tirikligini aniqlashda shularni ham hisobga olish kerak.

Homilaning qimirlashini ona sezmay qolsa, homila o'lgan bo'ladi. Qog'anoq suvi shimilayotganiga ko'ra, bachadon kichiklasha boradi. Homiladorlar qorin pastida og'irlik sezadilar, og'izlari bemaza bo'lib, etlari uvishadi, sut bezlari yumshab qoladi. Homilaning tirik yoki o'lganini ultratovush usulida aniqlash mumkin. Homilaning o'lgani qanchalik erta aniqlansa, ayolga shunchalik o'z vaqtida yordam berish mumkin bo'ladi. Aks holda

ayolda turli patologik holatlar yuz berishi, xususan, bachadonda homila chirishi, qon ivishining susayishi, o'lgan homilani bachadondan olib tashlash jarayonida koagulopatik qon ketishi mumkin.

HOMILADORLIKNING DAVOM ETISHI, UNING MUDDATI VA TUG'ISH VAQTINI ANIQLASH

Homiladorlik, so'nggi hayzning birinchi kunidan hisoblaganda o'rta hisobda 280 kun yoki akusherlar oyi bilan 10 oy – 40 hafta davom etadi, lekin ba'zan homiladorlik 280 kundan kam yoki ortiq davom etishi mumkin. Ayollarda homiladorlik muddatini aniqlashda ko'p qiyinchiliklar uchraydi, chunki uning qachon boshlanganligini aniqlash qiyinroq bo'ladi.

Homiladorlik muddati oxirgi hayzning birinchi kunidan to'la kun yoki to'la haftalar bilan hisoblanadi. Oxirgi hayzning birinchi kuniga, 10 akusherlik oyi yoki 280 kunni qo'shish bilan aniqlanadi. Akusherlik tajribasida tug'ish vaqtini aniqlash uchun Negel usulidan foydalaniladi.

Buning uchun oxirgi hayzning birinchi kunidan 3 oy orqaga sanab, unga 7 kun qo'shiladi. Masalan, agar oxirgi hayzning birinchi kuni 20-avgust bo'lsa, 3 oy orqaga sanalib (20-iyul, 20-iyun, 20-may), unga 7 kun qo'shilsa, demak, tug'ruq kelgusi yilning 27-mayida bo'ladi.

Shuningdek, tug'ish vaqtini ayol homilaning birinchi marta qimirlaganini sezgan kunidan boshlab hisoblash ham mumkin. Odatda, homila birinchi homiladorlikda 20 haftadan so'ng, qayta homiladorlikda 15 haftadan keyin qimirlaydi.

Homilador homilaning qimirlashini sezgan kuniga 140 kun (akusherlar oyidan 5 oy) va qayta homiladorlarda 154 kun (akusherlar oyidan 5,5 oy) qo'shiladi. Shu yo'l bilan taxminiy tug'ish vaqti aniqlanadi.

Lekin tug'ish vaqtini shu yo'l bilan unchalik to'g'ri aniqlab bo'lmaydi. Chunki ayol homilaning qachon qimirlaganini unutgan bo'lishi yoki ichaklar peristaltikasini homilaning qimirlashi deb yangilishgan bo'lishi mumkin.

Tug'ish vaqtini oxirgi hayzning birinchi kuni bo'yicha aniqlash muhimdir.

Ultratovush bilan homila yoshini aniqlash ham mumkin. Bunda homila boshining katta-kichikligi, tanasining uzunligi diaqnoz qo'yishda asosiy belgilardan hisoblanadi.

Homiladorlik muddatini va tug'ish vaqtini aniqlashda bachadon o'lchovi va tubining balandligini bilish katta ahamiyatga egadir.

Homiladorlikning turli muddatlarida bachadon tubining turish balandligi. Homiladorlikning dastlabki davrlarida, hali bachadon chanoq bo'shlig'ida turganda uning katta-kichikligi qin orqali tekshirib aniqlanadi. Homiladorlikning to'rtinchi oyi oxirida bachadon tubi kindik bilan qov suyagi oralig'ida, simfizdan to'rt barmoq enida yuqorida turadi. Demak, bachadonning ko'p qismi katta chanoqqa o'tgan bo'ladi. Homiladorlikning beshinchi akusherlar oyning oxirida bachadon katta odam boshidek keladi, uning tubi ikki barmoq enida kindikdan pastda turadi. Agar to'rtinchi oy oxirida qorin devorining ko'tarilganligi zo'rg'a aniqlansa, beshinchi oy oxirida ancha ko'p ko'tarilgan bo'ladi.

Homiladorlikning oltinchi akusherlik oyida bachadon tubi kindikda, yettinchi oyi oxirida esa kindikdan 3 barmoq enida yuqorida bo'ladi. Homiladorlikning sakkizinchi akusherlar oyida bachadon tubi kindik bilan xanjarsimon o'simta o'rtasida, simfizdan 30–32 sm yuqorida turadi, aylanasi 80–85 sm bo'ladi.

Homiladorlikning to'qqizinchi oyida bachadon tubi o'zining eng yuqori nuqtasiga, ya'ni xanjarsimon o'simtaga taqaladi. Kindik birmuncha do'ppayib chiqadi.

Homiladorlikning o'ninchi akusherlar oyida bachadon tubi homiladorlikning sakkizinchi oy oxirida egallagan joyida, ya'ni kindik bilan xanjarsimon o'simta orasida turadi. Biroq bachadon tubi sakkizinchi va o'ninchi oy oxirida bir xil balandlikda bo'lishiga qaramay, ular bir-biridan qorin aylanasi o'lchovi bilan farq qiladi: sakkizinchi oyda qorin aylanasi 80–85 sm bo'lsa, o'ninchi oyda 95–98 sm va undan ko'p bo'ladi. Bundan tashqari, o'ninchi oyda qorin osilgan bo'lib, homiladorning nafas olishi osonlashadi.

Birinchi marta tug'uvchilarda homiladorlikning sakkizinchi oyida homilaning boshi chanoqning kirish qismidan yuqorida va

qimirlaydigan bo'lib, o'ninchi oyda chanoqning kirish qismiga suqilgan holatda, qimirlamay turadi. Qayta tug'uvchilarda esa homilaning boshi homiladorlikning oxirigacha chanoqning kirish qismidan yuqorida va qimirlaydigan bo'ladi. Bachadon tubining balandligiga qarab, homiladorlik muddatini hamma vaqt ham to'g'ri aniqlash mumkin bo'lavermaydi.

Bachadonning kattaligi faqat homiladorlik muddatigagina emas, balki qog'anoq suvining miqdoriga, homilaning katta-kichikligiga ham bog'liqdir (uning og'irligi, odatda, 2500 dan 5000 g gacha bo'ladi). Shuningdek, bachadonning kattaligi bachadon devorining qalinligi, homilaning miqdori, uning joylashishiga, qog'anoq oldi suvi hajmiga ham bog'liqdir. Qorin aylanasi kindik ustidan santimetr tasmachasi bilan o'lchanadi.

Homiladorlikning oxirida qorin aylanasi 96–100 sm bo'ladi, qov suyagi (simfiz) ustidan bachadon tubining balandligi ham santimetr tasmachasi bilan o'lchanadi.

Homila uzunligini o'lchash ham homilaning yoshi va homiladorlik muddatini aniqlashda qo'shimcha usul hisoblanadi. Buning uchun homiladorni chalqancha yotqizib, odatdagi chanoq o'lchagich bilan o'lchanadi (o'lchash oldidan homilador qovug'i bo'shatadi).

Chanoq o'lchagichning bir uchi, odatda, homilaning chanoq qismi turadigan bachadon tubiga, ikkinchi uchi esa homila boshining pastki yuzasiga qo'yiladi (homila qismlarining joylashishi qorin devori orqali paypaslab ko'rib aniqlanadi). Bu oraliq, V.V. Sutuginning aytishicha, homila uzunligining yarmisini tashkil qiladi. Shu usulda aniqlangan homila uzunligidan 23 sm qorin devori qalinligiga chiqarib tashlanadi. Shu yo'l bilan homila uzunligini aniqlab, uni 5 ga taqsimlasak, bizga bachadondagi homila (homiladorlik)ning muddati ma'lum bo'ladi. Masalan, chanoq o'lchagichning ko'rsatishicha, bachadon tubi bilan homila boshi pastki qismining oralig'i 16 sm bo'lsa, homila uzunligi 32 sm ga teng keladi. Shundan 2 sm qorin devori qalinligiga chiqarilsa, 30 sm qoladi. Bu uzunlikni 5 ga taqsimlab, homiladorlik muddati oltinchi oyining oxiri (30:5) hisoblanadi. Shunday qilib, homilaning uzunligiga qarab, uning muddati aniqlanadi.

Homiladorlik muddatiga qarab, homilaning necha oyligi va bo'yini aniqlash uchun darslikning oldingi boblarida Gaaze chizmasi keltirilgan edi.

Homila boshining ensasi bilan peshanasidagi ma'lum nuqtalar orasi uning kattaligi hisoblanadi. Bu nuqtalar oralig'i, odatda, homiladorlikning to'qqizinchi oyi oxirida 11 sm ga teng bo'ladi. Bu oraliqni o'lchash uchun homilador chalqancha yotqizib tekshiriladi.

Figurnov chizmasi. Homila 32 haftalik bo'lganida mavjud homiladorlik belgilariga qarab hamma homilador ayollar 3 turga bo'linadi.

Birinchi turda — uncha katta bo'lmagan (9 sm atrofida) homila boshi (kichik segmenti) chanoqning kirish qismiga zich suqilib turadi, qorin katta bo'lmaydi (aylanasi 50 sm atrofida bo'ladi), bachadon tubi simfizdan 23–25 sm yuqorida, ya'ni xanjarsimon o'simta bilan kindik oralig'ida turadi. Bachadon bo'yni kattalashgan bo'ladi.

Ikkinchi turda — homilaning boshi o'rtacha o'lchovda (10 sm atrofida) bo'lib, chanoqning kirish qismiga suqilib kirgan bo'ladi, qorin aylanasi 100 sm ga yetadi, bachadon uncha katta bo'lmaydi. Uning tubi simfizdan 28 sm yuqorida, simfiz bilan xanjarsimon o'simta orasida turadi, bachadon bo'yni birmuncha kattalashgan bo'ladi.

Uchinchi turda — homilaning boshi chanoqning kirish qismida. Katta yoki o'rtacha o'lchovda (10–11 sm), qo'zg'aluvchan bo'ladi. Qorin aylanasi 95–100 sm bo'lib, bachadon tubi kindik bilan xanjarsimon o'simta oralig'idan yuqorida turadi va 30–32 sm keladi. Bachadon bo'ynining uzunligi 3 sm bo'ladi.

Figurnov homila tug'ilish yo'lida chanog'i bilan kelganda bachadon tubining birmuncha yuqorida turishini hisobga olib, ba'zi o'zgarishlar kiritishni, homila ko'ndalang kelganda esa boshi kattaligini hisobga olib, Alfeld usulidan foydalanish (homila uzunligini o'lchashni va boshqalar)ni tavsiya etadi. Bundan tashqari, hozirgi paytda homila katta tug'iladigan bo'lib qoldi (akseleratsiya), shuni ham hisobga olish zarur bo'ladi. Ayollarga qulay sharoit yaratish, onalik va bolalikni muhofaza qilish, oilani

mustahkamlash maqsadida homiladorlarga tug‘ruqdan ilgari beriladigan ta’til 70 kalendar kuniga yetkazildi.

HOMILADORLIK GIGIYENASI

Homiladorlik normal davom etsa, uni ayollar osonlik bilan o‘tkazadilar. O‘zlarini doimo sog‘lom, tetik va baquvvat sezadilar, mehnat qobiliyatlarini yo‘qotmaydilar.

Homilador ayol harakat qilib turishi kerak, agar u doim yotsa yoki o‘tirsas, unda moddalar almashinuvi izdan chiqib, turli patologik holatlar vujudga kelishi (semirib ketish) mumkin. Ammo homilador ayolning zo‘riqib harakat qilishi, ayniqsa, og‘ir yuk ko‘tarishi, kimyoviy moddalar bilan ishlashiga ruxsat etilmaydi.

Ayol juda charchashi, otda yurishi, velosiped haydashi, sakrash va yugurish kabi sport mashg‘ulotlari bilan shug‘ullanishi mumkin emas.

Homiladorlik fiziologik holat hisoblansa ham, lekin homila o‘sib kattalashgan sari uning ona organizmiga nisbatan talabi ortaveradi. Agar homilador ayol sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmasa, undagi normal holat tezda patologik holatga o‘tib ketishi mumkin.

Homilador ayol sog‘lom bo‘lishi uchun yashaydigan xonasini doimo toza tutishi va vaqti-vaqti bilan shamollatib turishi kerak. Toza havo qon aylanishini va nafas olishni yaxshilaydi.

Homilador ayol papiros, nos chekmasligi, spirtli ichimliklar ichmasligi kerak, chunki ulardagi zararli moddalar, xususan, nikotin, alkogol homilador organizmiga ham, homila organizmiga ham zararli ta’sir ko‘rsatadi. Qishda homilador yashaydigan xona harorati 20–22°C bo‘lishi lozim, agar bundan yuqori bo‘lsa, homiladorning nafas olishi qiyinlashadi, u bo‘shashib, terlaydi. Bu holat ayol sog‘ligiga yomon ta’sir qiladi. Homilador ayol yotadigan xona yorug‘ va toza bo‘lishi, har kuni shamollatib turilishi kerak.

Homilador ayol kun davomida (kunduz kuni) yoki ishdan keyin bir soat yotib dam olishi lozim. Bir kecha-kunduzda u 8 soat uxlashi, kechqurun uxlashga soat 10–11 da yotishi kerak.

Homiladorlik davrida sport musobaqalarida mutlaqo qatnashmaslik, ammo badantarbiya mashg'ulotlarining tavsiya etilgan turini homiladorlikning oxiriga qadar davom ettirish zarur. Bunday mashg'ulotlar uning qorin devorini va tana muskullarini mustahkamlashga qaratilgan bo'lishi kerak. Mashg'ulotlar bir kunda 14–20 minut davom etib, har galgi mashg'ulot ikki-uch minutdan oshmasligi lozim. Mashg'ulotlarni homilador avval ayollar maslahatxonasida, so'ngra mashg'ulot usullarini o'rganib bo'lgandan keyin uyida davom ettirishi kerak.

Maxsus badantarbiya mashg'ulotlaridan keyin dushda cho'milishi yoki tanani belgacha uy haroratidagi suv bilan yuvish, so'ngra yaxshilab artinib, 5–10 minut havo vannasi qabul qilish kerak.

Vannada cho'milib turish mumkin, lekin suvi iliq bo'lishi, harorati 30–35° dan oshmasligi kerak, unda 12–15 minut yotish kifoya qiladi. Ammo homiladorlikning oxirgi oylarida ayol dushda yoki kursiga o'tirgan holda yuvinishi kerak, vanna olish mumkin emas.

Ma'lumki, qayta tuqqanlarda turg'uqning oxirgi oyida bachadon bo'yni bir barmoq ochiq bo'ladi. Shunga ko'ra infeksiyaning bachadonga kirishi osonlashadi. Homiladorlikda qinni chayish zararlidir. Homiladorlar uchun quyosh nuri, ayniqsa, ultrabinafsha nurlar foydali. Bu nur ayol organizmida D vitamini hosil bo'lishi jarayonini oshiradi. Lekin quyosh nuridan me'yorida foydalanish kerak.

Homilador ayol tug'ishdan 5–6 hafta ilgari, agar zarur sharoitlar bo'lsa, badanni har kuni 3 minut davomida kvars lampasi bilan nurlatishi (100–85 sm uzoqda turgan holda), agar sharoit bo'lmasa, 10–15 minut quyosh vannasi qabul qilishi lozim. Siynaband sut bezini siqmasligi, faqat ko'tarib turishi, loyiq qilib tikilgan bo'lishi kerak. Homila tug'ilishiga 5–6 hafta qolganda homiladorga sut bezlarini silash usullarini o'rgatish kerak. Buning uchun S.P. Vinogradov usulidan foydalaniladi. Avvalo, homilador ayol qo'lini yuvib, quritadi va kiyimini beligacha yechadi.

Butun kafti bilan (kaftlarni sut beziga tekkizib) 2–3 minut davo lashda sekin va yengil silaydi. Bunda sut bezining yuqori

qismini to'sh suyagi o'rtasidan o'mrov suyagi tomon silaydi, pastki qismini esa qo'ltiq tomonga silaydi.

Sut bezining uchi (so'rg'ich)ga tegmagan holda bir qo'l bilan ko'krakni bir necha marta gir aylantirib silanadi, shu yo'sinda, ikkala ko'krakni bir vaqtda silash mumkin. Sut bezini o'ng qo'l bilan pastdan chap qo'li bilan yuqoridan ushlagan holda biroz yuqoriga ko'tarib, asosga tomon siqib boriladi. Bu mashg'ulot bir kunda 2—3 marta qaytariladi. Sut bezining uchi (so'rg'ichi)ga har kuni 70% li spirt aralashtirilgan glitserin eritmasi surtish ham uni yorilishdan saqlaydi. Sut bezlarini doim uy haroratidagi suv bilan yuvib, toza sochiqda artib turish juda foydalidir.

Agar sut bezlarining uchi ichga tortilgan yoki yassi bo'lsa, toza qo'l bilan ushlab tortiladi (35 minutdan bir kunda bir necha marta takrorlanadi). Sut bezlarining uchi shundan keyin ham normal holatga kelmasa, bola maxsus sut so'rg'ich orqali emiziladi.

Homilador ayolning kiyimi kattalashayotgan qorinni siqmaydigan bo'lishi shart. Belga belbog' boylash maslahat berilmaydi.

Homilador ayol maxsus bandaj kiyishi lozim. Bu bandajni yotgan holda kiyiladi. Agar bandaj bo'lmasa, uni ayol o'zi tikib olsa ham bo'ladi.

Homilador ayol ko'ylagi ko'krak burma bo'lishi yoki yubkasi yelkadan osib qo'yiladigan va siynabandga birlashtirilgan bo'lishi, oyoq kiyimi esa past poshnali bo'lishi kerak, chunki tana vazni ortgan sari baland poshnali oyoq kiyimda muvozanatni saqlash qiyinlashadi.

Odatda, homilador oyoqlaridagi vena qon tomirlaridan qon oqishi birmuncha sustlashadi. Demak, oyoqni siqib turuvchi aylana rezina ishlatilgan taqdirda shu tomirlardan qon oqishi yana ham sustlashadi, natijada vena qon tomirlari kengayib qolishi ham mumkin. Binobarin, paypoq rezinkasini bandajga taqish kerak. Agar homiladorning oyog'idagi vena qon tomirlari kengaygan bo'lsa, uning bir joyda uzoq vaqtgacha tikka turib qolishi, oyoqni uzoq, osiltirib o'tirish yaramaydi. Shuning uchun homiladorning ko'proq yurishi foydalidir.

Homiladorlikning so'nggi va dastlabki ikki oyida jinsiy aloqada bo'lish mumkin emas, chunki dastlabki 2 oyda jinsiy aloqa vaqtida

chanoq a'zolarida qon to'lishi natijasida homila tushishi, so'nggi 2 oyda esa bachadon ichiga infeksiya kirishi va qog'anoq yorilib ketishi mumkin.

Tashqi jinsiy a'zolari qaynatilgan iliq suv bilan har kuni 2 mahal yuvish kerak, buning uchun, avvalo, qo'llarni tozalab yuvish zarur. Homilador ayol yuqumli kasalliklar bilan og'rgan kishilarga yaqinlashmasligi kerak.

Homiladorlik davomida ayolni turli vahimalar, xafagarchiliklardan saqlash kerak. Buning uchun uni homiladorlik vaqtida bo'ladigan fiziologik o'zgarishlar bilan barvaqt tanishtirish va homiladorlikning oxirgi 2 oyida psixoprofilaktik (ruhiy buzilishning oldini olish) usullar bilan oldindan tug'ruqqa tayyorlash lozim. Shunda tug'ruq birmuncha og'riqsiz o'tadi, ikkinchidan, bo'lmag'ur, o'rinsiz vahimalarga o'rin qolmaydi.

Agar ayol avvalgi homilalarni muddatiga yetkazmay chala tuqqan bo'lsa, keyingi homiladorlikning dastlabki uch oyi davomida og'ir ish va zo'riqib harakat qilmasligi kerak.

Ba'zi ayollar homila ancha katta bo'lib qolganda, uni oxirgi muddatiga yetkazmay tug'adilar. Bunga turli kasalliklar (zaxm, so'zak, bezgak, opvuilyoz, bachadonning o'ziga xos kasalliklari, gormonal jarayonning buzilishi va boshqalar) sabab bo'ladi. Bunday hollarda homilani saqlab qolish uchun mavjud kasalliklarga davo qilish bilan birga, homiladorni og'ir jismoniy mehnatdan, ba'zan esa umuman ishdan vaqtincha ozod qilish lozim. Agar ayol emizikli vaqtida yana bo'yida bo'lib qolsa, bolani darhol ko'krakdan ajratish zarur. Aks holda ona sutining xususiyati o'zgargan bo'lib, bolaga zarar qiladi.

Yuqorida aytib o'tilgan hamma gigiyenik choralarni ayollarga to'g'ri tushuntirish va ularni tug'ishga tayyorlash ishini shahar poliklinikalari va qishloq shifokorlik punktlarida shifokorlar va doya akusher-kalar olib borishlari kerak.

Bundan tashqari, agar homilador ayolda biror kasallik bo'lsa, uni kunduzgi statsionarda davolash ham maqsadga muvofiqdir. Kunduzgi statsionar ayollarga ancha qulaylik keltiradi. Ayniqsa, bizning mamlakatimizda ko'p bolali onalar, bolalarini uyda qoldirib kasalxonaga borib yotib qola olmaydilar.

HOMILADORNING OVQATI

Homilador ayolga agar ko'ngli tusasa, nordon narsalar iste'mol qilishga ruxsat etiladi. U har kuni ovqatdan oldin bir osh qoshiqdan 2% li HCl eritmasi yoki askorbin kislota ichsa, me'da suyuqligi yaxshi ajraladi. Odatda, homilador uchun 3200 kalloriya kerak bo'ladi. Homiladorlikning birinchi yarmida u bir litrdan sut ichib turgani, ikkinchi yarmida osh tuzi iste'molini chegaralash (3 grammdan oshirmaslik), suv esa bir litrdan oshmasligi kerak (suyuq ovqat tarkibidagi suv ham shu jumladandir).

Homiladorga marinadlar, konservalar, tuzlangan baliqlar, spirtli ichimliklar iste'mol qilish man etiladi.

Ba'zi homilador ayollar boshqorog'ilik davrida ertalab qayd qiladilar. Bunday hollarda ular ovqatni o'rinda yotgan joylarida iste'mol qilishlari kerak. Agar homiladorning jig'ildoni qaynasa, unga ichimlik soda, kuydirilgan magneziya berish mumkin. Qizil sabzi ham jig'ildon qaynashini bosadi.

Homiladorlar go'shtli va yog'li ovqatlarni kamroq, sutli va servitamin sabzavotlarni ko'proq tanovvul qilishlari kerak (go'shtni qaynatib pishirilganini ma'lum miqdorda iste'mol qilish mumkin).

Homiladorning ovqati vitaminlarga, temir va osh tuzlariga boy va sifatli bo'lishi kerak. Chunki homilaning o'sishi uchun vitaminlar, ayniqsa, A, B, C, D, E vitaminlari juda kerak bo'ladi. Agar homilador organizmida B vitamin yetishmasa, bola chala (vaqtdan ilgari) tug'ilishi mumkin. Bundan tashqari, bunday ayol tez charchaydi, salga bo'shashadi. Bunday vaqtlarda homilador bir sutkada 10–20 mg B vitamin iste'mol qilishi zarur. B va E vitaminlarining yetishmasligi natijasida homilador ayolda polinevrit va homiladorlikning birinchi yarmida toksikozlar ro'y berishi mumkin. B₁ vitamin xamirturushda, nonda, jigar, buyrak, loviyada ko'p bo'ladi, B₂ vitamini o'sish vitaminlaridan hisoblanib, uning organizmda yetishmasligi ko'z, teri, shilliq parda kasalliklarini, bo'yining o'smay qolishi kabi hollarni vujudga keltiradi. Bu vitamin tuxumda, sut mahsulotlarida, jigar, buyrak va xamirturushda ko'p bo'ladi. Organizmga bir kecha-kunduzda 2 mg B₂ vitamini kerak bo'ladi.

A vitamini ham o'sish vitamini hisoblanadi. Bu vitamin yetishmasa, organizmning o'sishi sekinlashib, ayol shabko'r bo'lib qoladi va ko'z muguz pardasiga putur yetadi, u quriy boshlaydi.

A vitamini hayvon jigarida, buyragida, sutda, tuxumda, sariyog'da, baliq moyida, sabzida, o'simliklarning ko'k barglarida bo'ladi. Sabzi tarkibidagi karotin organizmda A vitaminiga aylanadi. A vitaminini hapdori shaklida (bir kunda 23 dona) yoki suyuq holda (bir kunda 12 tomchidan 2 marta) iste'mol qilish mumkin.

C vitamini (askorbinat kislota) homilador ayol organizmida yetishmasa, homila tushishi, ayolda singa kasalligi nishonalari paydo bo'lishi, milklar yumshab, tishlar qimirlab qolishi mumkin. Bir kecha-kunduzda organizm 50–100 mg C vitamini talab qiladi. Bu vitamin yong'oqda, limonda, apelsinda, karamda, turli ko'katlarda (ko'k beda, ukrop, ismaloq, ko'k piyoz kabilarda) ko'p uchraydi. Shuning uchun homiladorlar bu noz-ne'matlardan ko'proq iste'mol qilishlari kerak. Homiladorlarga kuz va bahor oylarida vitamin C yoki askorbinat kislota (as. ascorbinici 0,2, sacchalbi 0,3) aralashmasini bir poroshokdan har kuni 3 mahal ichish buyuriladi.

D vitamini raxit kasalligiga qarshi vitamin, u ayol organizmida kalsiy va fosfor almashinuvini idora qiladi hamda homilada raxit kasalligiga yo'l qo'ymaydi. Bu vitamin, asosan, baliq jigari, baliq moyi va sariyog'da ko'p bo'ladi.

E vitamini homilaning normal taraqqiy qilib, saqlanishini, yetilib tug'ilishini va normal o'sishini ta'minlaydi. Bu vitamin, ayniqsa, ismaloq, paxta moyi, boshhoqli o'simliklar doni (bug'doy va jigar)da, bug'doy murtagi moyida, tuxum va jigarda ko'p bo'ladi. Bu vitamindan befarzandlikda va homilaning chala tug'ilishining oldini olish uchun ham foydalaniladi.

PP vitamini (nikotinat kislota) moddalar almashinuvi jarayonida ishtirok etadi. Organizmda bu vitamin yetishmaganda pellagra kasalligi vujudga kelib, markaziy va periferik nerv sistemasi, shilliq qavat va terining zararlanishi, ichak funksiyasining buzilishi kabi holatlar ro'y beradi. PP vitaminidan organizmga bir kecha-kunduzda 15 mg zarur, bu vitamin xamirturush, go'sht, jigar, bug'doy donida bo'ladi.

Ayol organizmi va o'sayotgan homila uchun vitaminlardan tashqari, kalsiy tuzi ham kerak bo'ladi. Kalsiy tuzi yetishmasa, homila suyaklarida bir qancha o'zgarganlar paydo bo'ladi. Tishlar yemirilib, chiriydi va chirigan tishlarga kirib qolgan ovqat moddalari buzilib infeksiya manbai bo'ladi. Shuning uchun homiladorning tishlarini tekshirib, chirigan tishlarini davolash va unga kalsiy tuzining (CaCl) 10% li eritmasidan bir osh qoshiqdan kuniga 3 mahal ichishni tayinlash kerak.

Homilador bir kunda 4 mahal ovqatlanishi zarur. Bunda umumiy ovqat miqdorining 25–30% ini ertalabki nonushtada, 10–15% ini kunduzgi nonushtada, 40–50% ini tushki ovqatda, 15–20% ini kechki ovqatda iste'mol qilinadi. Homiladorlarga turli dorilarni o'rinsiz buyurish yaramaydi, chunki ba'zi dorilar yo'ldosh orqali homilaga o'tadi. Homiladorga mineral suv, limonad, choy, qahva, sut, qatiq, yaxna suv (qaynatib sovutilgan suv) kabi suyuqliklarni ma'lum miqdorda berish kerak.

Homiladorlikda ba'zan qabziyat ro'y beradi. Bunday hollarda ularga ho'l meva, sabzavot, qatiq, qora non iste'mol qilish hamda kuniga 2 mahal (kechqurun yotish oldidan va ertalab nonushtadan oldin) yarim stakan borjomi ichish tavsiya etiladi. Agar huqna qilishga zaruriyat tug'ilsa, bu faqat shifokorning ruxsati bilan qilinadi. Surgi dori berish mutlaqo man etiladi.

Homiladorning bir kecha-kunduzda ichgan suvi bilan shu vaqt davomida ajratgan siydik miqdorini hisoblab borish kerak.

Ko'pchilik ayollar ishlaydigan muassasa oshxonalarida yuqorida aytib o'tilgan ovqatlarni tayyorlashga ko'maklashishda ayollar maslahatxonasi shifokori yoki akusherkaning o'rni kattadir.

HOMILADORLAR UCHUN BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Homiladorlar badantarbiya mashg'ulotlarini ayollar maslahat-xonasida shifokor rahbarligida o'rganadilar va uni uyda takrorlaydilar. Badantarbiya mashg'ulotlarida qatnashish uchun maslahatxonaga borish imkoniyati bo'lmagan homiladorlar ba'zi mashg'ulotlarni uyda o'zlari mustaqil bajarishlari mumkin.

Badantarbiya mashg'ulotlari homiladorlikning muddatiga qarab turlicha: 16 haftalik, 16–24 haftalik, 24–32 haftalik, 32–36 haftalik homiladorlikda alohida bo'ladi.

Mashg'ulotlarda belgilangan ma'lum muskul guruhlari harakatlanganda boshqa guruh muskullarining dam olishi nazarda tutilishi kerak. Mashg'ulotni boshlashdan oldin xona shamollatiladi, havo issiq bo'lsa, daricha yoki deraza ochib qo'yiladi. Mashg'ulot tamom bo'lgach, badanni avval issiq suvga, so'ngra iliq suvga ho'llangan sochiq bilan artiladi.

Ertalabki mashg'ulotdan 20–30 minut oldin sariyog' surtilgan bir burda nonni bir piyola choy bilan yeb olish maslahat beriladi.

A.V. Bartels va N.I. Granat qayta ishlab chiqqan va tavsiya etgan badantarbiya mashg'ulotlari quyidagilardan iborat:

HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchii mashq. Tik turgan holda, qo'lni yuqoriga ko'tarib, keyin oldinga, undan yonga, orqaga yuboriladi, tanani biroz bukib, nafas olinadi. So'ngra yana dastlabki holatga qaytiladi (nafas chiqariladi).

Ikkinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida ochib, to'g'ri qo'yiladi: a) qo'l yuqoriga ko'tariladi (nafas olinadi);

b) yarim o'tirgan holda qo'llarni pastga va birmuncha yonga ochiladi (nafas chiqariladi);

c) to'g'ri turib nafas olinadi;

d) asl holatga qaytiladi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida ochib, to'g'ri turgan holda, qo'llarni ensaga tekkizib, oldinga egiladi, qo'lni oldinga uzatib, so'ngra pastga tushiriladi. Belni bukkani holda yelkani bo'shashtirib nafas chiqariladi.

To'rtinchi mashq. Oyoqlar yelka kengligida ochiladi. Tana va boshni o'ngga aylantirib, bir tekisda nafas olinadi. Qo'llarni yonga qilgan holda chapga aylaniladi. Bu mashg'ulot 3–4 marta takrorlanadi.

Beshinchi mashq. Tikka turgan holda bir tekis nafas olib, qo'l orqaga uzatiladi, so'ngra yelka balandligida oldinga ko'tariladi, asl holatga qaytiladi.

Oltinchi mashq. Tirsakka tiralgan holda qorinda yotiladi. Tananing yuqori qismini qo'l kaftlariga tiragan holda yuqoriga ko'tarib nafas olinadi, asl holatga qaytib, nafas chiqariladi.

Yettinchi mashq. Qo'llarni yonga qo'yan holda bir tekisda nafas olib chalqancha yotiladi. Oyoqlarni to'g'ri uzatib, tizzani bukmagan holda o'ng va chap oyoq galma-gal ko'tariladi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda chalqancha yotib, qo'llar orqaga tiraladi. Oyoqlarni tizza bo'g'imidan bukib, tizza ichkariga va tashqariga (har ikki oyoq galma-gal) aylantiriladi.

To'qqizinchi mashq. Qo'l va tana muskullarini bo'shashtirgan holda o'rtacha tezlikda 30–40 sekund yuriladi.

16–24 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchi mashq. Qo'llarni belga qo'yib, tirsaklar orqaga yuboriladi. Ko'krakni oldinga chiqarib, nafas olinadi.

Ikkinchi mashq. Bir qo'lni belga qo'yib, ikkinchi qo'l bilan karavotni ushlab, oyoqni avval to'g'ri, so'ngra tizza bo'g'imidan bukkagan holda oldinga va orqaga ko'tariladi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, qo'l va yelkani bo'shashtirgan holda pastga osiltirib, nafas chiqariladi, so'ngra asliga qaytib, nafas olinadi.

To'rtinchi mashq. Oyoqlar bir tekisda yelka kengligida turadi. Nafasni tekis olib, bosh-tanani oldin o'ngga, so'ngra chapga aylantiriladi. Bunda qo'llar bo'shashgan holda birmuncha yonda turadi.

Beshinchi mashq. Tikka turgan holda qo'llarni yonga ochib, avval orqaga, so'ngra yelka balandligida oldinga va yonga ko'tariladi.

Oltinchi mashq. Qo'llarni ikki yonga qo'yib, chalqancha yotiladi, chanoqni ko'tarib, orqa teshik ichga tortiladi.

Yettinchi mashq. Qo'lni ikki yonga qo'yib, oyoqlarni uzatgan holda chalqancha yotiladi, so'ngra qo'lga tiralib turib o'tiriladi,

yana asli yotish holatiga qaytiladi. Bu mashg'ulot 34 marta takrorlanadi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda, qo'llarni orqaga tiralib, o'ng oyoq bukiladi, shu holda tizzalarni galma-gal tashqariga va ichkariga uzoqlashtirib yaqinlashtiriladi.

To'qqizinchi mashq. Tana va qo'l muskullarini bo'shashtirgan holda chuqur nafas olib va chiqarib, 30–40 sekund yuriladi.

24–32 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG'ULOTLARI

Birinchi mashq. Qo'llarni belga qo'ygan holda tirsaklar orqaga yuboriladi va boshni ko'tarib, nafas olinadi. Asli holatga qaytib, nafas chiqariladi.

Ikkinchi mashq. Tik turgan holda qo'llarni belga qo'yib, bitta oyoqni oldinga va yonga cho'ziladi, so'ngra bir oyoqni tizzadan bukib, ikkinchi oyoqning uchi bilan turiladi. Bu mashg'ulot har ikkala oyoqda takrorlanadi.

Uchinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, qo'llarni belga tirab oldinga egiladi.

To'rtinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, tana va yelka muskullarini bo'shashtirib, ikkala oyoq tomonga galma-gal egiladi.

Beshinchi mashq. Oyoqlarni yelka kengligida qo'yib, qo'llar tirsak bo'g'imidan bukiladi va tana o'ngga va chapga aylantiriladi, har aylanganda qo'llar yonga ochiladi.

Oltinchi mashq. Qo'llar yonda turgan, oyoqlar tizza bo'g'imidan bukilgan holda yotib, chanoq qismi ko'tariladi va orqa teshik ichga tortiladi. So'ngra pastga tushirib, chot muskullari bo'shashtiriladi.

Yettinchi mashq. Qo'llarni yonga qo'yib, chalqancha yotgan holda tizzadan bukib, yuqoriga ko'tariladi, bu holat ikkala oyoqda bajariladi.

Sakkizinchi mashq. Oyoqlarni uzatgan holda yotib, qo'llarni orqaga yuborib tiraladi, oyoqlarni tizza bo'g'imidan bukib, tizzalar bir-biridan uzoqlashiladi va yaqinlashtiriladi.

32–36 HAFTALIKDA BADANTARBIYA MASHG‘ULOTLARI

Birinchi mashq. Tik turib, qo‘l kaftlari tashqariga yonga ochiladi. So‘ngra avvalgi holatga qaytariladi.

Ikkinchi mashq. Qo‘llarni belga qo‘yib, oyoqlar oldinga va yonga uzatiladi, bir oyoqni tizza bo‘g‘imidan bukib, ikkinchi oyoq uchida turiladi. Bu harakat bir necha marta takrorlanadi.

Uchinchi mashq. Kaftlarni yuqoriga qilib, qo‘llarni yonga ochib, chalqancha yotiladi, so‘ngra yonga aylanib, bir qo‘lning kaftini ikkinchi qo‘l kaftiga tekkiziladi, bu mashg‘ulot ikkala tomonda takrorlanadi.

To‘rtinchi mashq. Tizza bo‘g‘imlari bukilgan holda qo‘llarni yonga qo‘yib, chalqancha yotiladi-da, tananing chanoq qismini ko‘tarib, orqa chiqaruv teshigi ichga tortiladi, so‘ngra uni joyiga qaytarib, chot muskullari bo‘shashtiriladi.

Beshinchi mashq. Qo‘llarni yonga qilgan holda chalqancha yotib, oyoqlarni tizza bo‘g‘imidan biroz bukib, yuqoriga ko‘tariladi.

Oltinchi mashq. Qo‘llarni yonga qo‘ygan holda chalqancha yotib, oyoqlar tizzadan bukiladi va ular qoringa yaqinlashtiriladi. Qo‘l bilan tizzalarni ushlab, ularni bir necha marta bir-biridan uzoqlashtiriladi va yaqinlashtiriladi.

Yettinchi mashq. Tana va qo‘l muskullari bo‘shashtiriladi va chuqur nafas olib-chiqargan holda, 30–40 sekund davomida sekin yuriladi.

VIII. TUG'RUQ JARAYONI FIZIOLOGIYASI

TUG'RUQ BOSHLANISHINING ASOSIY SABABLARI

Tug'ruqning boshlanish sabablarini tushuntiradigan nazariyalar Gippokrat davridan boshlangan. Homiladorlik normal kechganda homila taraqqiyoti to'xtagandan keyin bachadon muskullari ritmik ravishda qisqara boshlaydi. Bu tug'ruq dardining boshlanishidir. Tug'ruqning fiziologik xususiyati shuki, homilaning rivojlanish davri tamom bo'lishi bilan homila jinsiy yo'llar orqali tug'iladi. Ba'zi patologik holatlarda homila taraqqiyoti oxiriga yetmasdan chala, vaqtidan ilgari tug'iladi. Ba'zi hollarda homila jinsiy a'zo orqali tug'ila olmaydi (bunga homilaning ko'ndalang kelishi, chanoqning tor bo'lishi va boshqa patologik holatlar sabab bo'ladi). Natijada, homila operatsiya qilib tug'diriladi (kesarcha kesish, qisqich qo'yish, homilani maydalab olish va boshqalar).

Ayollar bachadoni hayz boshlanishi bilan u to'xtaguncha (menopauza) vaqti-vaqti bilan qisqarib turadi. Lekin bu qisqarish unchalik kuchli bo'lmaydi. Bachadon qisqarishi homiladorlikning turli muddatlarida turlicha: kuchli yoki kuchsiz bo'ladi. Chunki u neyrogumoral apparatning boshqarishiga bog'liq bo'lib, homiladorlikning normal kechishini ta'minlashga qaratilgan bo'ladi.

Tug'ruq jarayoni bachadonning ma'lum ritmda qisqarishidan boshlanadi. Bachadon muskullarining qisqarishi har 8–15 minutda takrorlanib, 25–35 sekund davom etadi, to'lg'oq oralig'idagi muddat asta-sekin kamayib boradi, har 45 minutda qaytarilib, 45–50 sekund davom etadi. Bundan tashqari, qisqarish kuchi ham orta boradi, buni maxsus apparatlar yordamida oson aniqlash mumkin.

Bachadonning nerv sistemasida simpatik va parasimpatik bo'limlar somatik (sezuvchi) nervlar bo'ladi. Bu bachadonning biologik xususiyatidir. Bachadondagi nervlar markaziy nerv sistemasi impulslari ta'sirida homiladorlikning normal taraqqiyotini

ta'minlaydi. Somatik nervlarning ahamiyati unchalik katta emas, orqa umurtqa miya falajida refleks yo'li kesilgan bo'lishiga qaramay, ayol homilador bo'lishi, u normal kechishi, tug'ruq og'riqsiz o'tishi kuzatilgan.

Ayollarda jinsiy a'zolar funksiyasida spetsifik estrogen va progesteron gormonlarining o'rni katta. Tuxumdondagi follikuladan estrogen, sariq tanadan esa progesteron gormoni ajraladi. Homiladorlikda bu gormonlarni yo'ldosh to'qimalari ajratadi. Hozircha xorion hujayralarining qaysi biri bu gormonlarni ajratishi aniq emas. Homiladorlikning oxirida estrogen, progesteron gormonlar bachadonda bir qator fiziologik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bu o'zgarishlar bachadonning tug'ish jarayonida normal qisqarishiga yordam beradi. Tug'ish jarayonida bachadon muskullari va homilador organizmidagi o'zgarishlarda muhim bo'lgan omillar hali to'la o'rganilgan emas. Ammo ayrim omillar bu masalani hal qilishda ma'lum vazifani o'tashi maqsadga muvofiqdir.

Ko'pchilik mualliflarning fikricha, bachadon muskullarining qisqarish xususiyati bachadondagi moddalar almashinuvi bilan chambarchas bog'liqdir. N.S. Baksheyev laboratoriyasida olib borilgan ishlar shuni ko'rsatadiki, bachadondagi biokimiyoviy jarayonlar ayol organizmining funksional holatiga bog'liqdir.

Bachadon muskul to'qimasining moddalar almashinuvidagi asosiy ko'rsatkichlari fosforlanish jarayoniga bog'liq. Bu jarayon bachadon muskullarida energiyaga boy (mikroenergetik fosforlar), muskullarning fermentli oqsili va qisqaruvchi fraksiyalar hamda ularning qisqarishi uchun ahamiyatli elektrolitlar to'planishiga imkon beradi. Elektrolitlardan Ca^{2+} zarurdir.

Homilador bo'lmagan ayolning bachadon muskullarida moddalar almashinuvi sust bo'lib, energetik moddalar kam bo'ladi. N.S. Baksheyevning ko'rsatishicha, homilador bo'lmagan ayol bachadonining muskul to'qimasida glikogen o'rta hisobda 50–60 mg%, adenointrifosfat kislota (ATF) 14,5 mg%, fosfokreatin 1,4 ml% ni tashkil qiladi. Bachadon muskullaridagi umumiy oqsilning yarmisi uncha faol bo'lmagan qo'shimcha to'qima proteinidan iborat. Bunda oqsillarning bachadon qisqarishi (kontraktil)ni ta'minlovchi guruhi (aktomiozin) oqsil substraktining 3–4% ini

tashkil qiladi. Buning kontsentratsiyasi miometriyning funksional holatini belgilaydi. Fermentli oqsillar umumiy oqsilning 25% ini tashkil qiladi, bu bachadon muskullari metabolizmi darajasini ko'rsatadi. Homiladorlikda oksidlanish jarayonining faolligi oshadi, deyarli kam energiya beradigan anaerob glikoliz kamayadi.

Bachadonda oksidlanish jarayoni homila o'sgan sari oshib, tug'ish vaqtida 4 barobar ko'payadi. Agar homiladorlik muddati ortishi bilan glikoliz jarayoni dinamikada kam o'zgarsa, bu anaerob glikoliz tomoniga o'zgaradi. Tug'ruqda aerob glikoliz energiyaning ko'proq vujudga kelishiga sharoit yaratadi. Bu energiya bachadon qisqarishini ta'minlaydi.

Homiladorlikning oxirida bachadon muskullarida glikogen miqdori homiladorlikdan oldingi miqdoridan 12 barobar ortiq bo'ladi. Fosforlanishni ta'minlovchi birikmalardan biri fosforkirotin 2,5 barobar oshadi. Tug'ish jarayoni yaqinlashganda bachadon muskullarining sut kislotasi yarmiga kamayadi, anaerob glikoliz faolligi kamayib, oksidlanish jarayoni ortadi. Homiladorlik oxirida bachadon muskullarida umumiy oqsil 40% ga ortadi.

Jinsiy gormonlarning bachadonni tug'ishga tayyorlanishida va tug'ish jarayonining boshlanishida ahamiyati kattadir. Homiladorlik boshlanishi bilan ayol organizmida jinsiy gormonlar, asosan, estrogen gormonlar ortib boradi. Bu gormonlar homilaning normal rivojlanishini, bachadonda va umumiy organizmdagi o'zgarishlarning normal kechishini ta'minlaydi. Homiladorlikning birinchi yarmida progesteronning ahamiyati katta, keyinroq esa estrogenlar orta boradi.

Bu gormonlar bachadonning o'sishi uchun ahamiyatli bo'lib, aktomiozin sintezi, glikogen va fosfor birikmalari hamda oqsil fermentli fraksiyasining ortishiga imkon beradi.

HOMILADORLARNING TUG'ISHGA TAYYORLIGINI ANIQLASH

Homiladorning tug'ishga tayyorligi, asosan, bachadonning qisqarish xususiyati va bachadon bo'yni holatiga qarab aniqlanadi.

Bachadon muskullarining qisqarish xususiyatini qo'l va maxsus apparatlar yordamida aniqlash mumkin.

I. «Yetilmagan» bachadon bo'yni

1. Bachadon bo'ynining qattiqligi yoki yumshoqligi aniqlanadi

2. Bachadon bo'yni kanalining tashqi teshigi berk yoki barmoq uchi sig'adi.

3. Bachadon bo'yni saqlangan yoki 4 sm dan ko'p qisqarmagan.

4. Bachadon bo'ynining pastki segmenti yupqalashgan, ammo yumshamagan.

5. Bachadon bo'yni qalin, devorining qalinligi 2 sm gacha.

6. Bachadon bo'yni chapga va orqaga qaragan.

II. Bachadon bo'yni «yetilgan»

1. Bachadon bo'yni yumshagan.

2. Bachadon bo'ynining qin qismi 2 sm va undan kam qisqargan.

3. Bachadon bo'yni kanali bir barmoq ochiq chanoq o'qi bo'yicha joylashgan.

4. Qin gumbazi orqali oldinga keluvchi qismi aniq bilinadi.

5. Bachadon bo'ynining qalinligi 0,5 sm.

6. Bachadon bo'yni chanoq o'qi bo'yicha joylashgan.

III. Bachadon muskullarining oksitotsinga sezgirligi (Smitning oksitotsin belgisi)ni aniqlash uchun:

1. Homilador 15–20 minut yotqizib qo'yiladi.

2. 500 ml 5% li glukozaga 1 ml 5 birlikda oksitotsin qo'shiladi (0.01 birlik oksitotsinga 1 ml glukoza hisobida).

3. Tayyorlangan eritmadan 5 ml ni 1 minutda 1 ml dan quyiladi.

4. Bachadon qisqarishini paypaslab yoki gisterograf yordamida aniqlanadi.

5. Uch minutdan keyin bachadon qisqarsa, ijobiy hol hisoblanadi. Oksitotsin ukol qilingandan so'ng 2 kun davomida tug'ruq boshlanadi.

6. Tug'ruq uch kun davomida boshlanmasa, salbiy hol hisoblanadi. Bunda tug'ruqni qo'zg'atish uchun tezlatadigan boshqa usullardan foydalanish kerak bo'ladi.

TUG'RUQ. TUG'RUQ DAVRLARI

Bachadonda oksidlanish jarayoni homila o'sgan sari oshib, tug'ish vaqtida to'rt barobar ko'payadi. Agar homiladorlik muddati ortishi bilan glikoliz jarayoni dinamikada kam o'zgarsa, bu anaerob glikoliz tomoniga o'zgaradi. Tug'ruqda aerob glikoliz energiyaning ko'proq vujudga kelishiga sharoit yaratadi. Bu energiya bachadon qisqarishini ta'minlaydi.

Homiladorlikning oxirida bachadon muskullarida glikogen miqdori homiladorlikdan oldingi miqdoridan 12 barobar ortiq bo'ladi. Fosforlanishni ta'minlovchi birikmalardan biri fosfokarotin 27 barobar ortadi. Tug'ish jarayoni yaqinlashganda bachadon muskullarining sut kislotasi yarmiga kamayadi, anaerob glikoliz faolligi kamayib, oksidlanish jarayoni oshadi. Homiladorlik oxirida bachadon muskullarida umumiy oqsil 40% ga ortadi.

Jinsiy gormonlarning bachadonning tug'ishga tayyorlanishida va tug'ish jarayonining boshlanishida katta ahamiyati bor. Homiladorlik boshlanishi bilan ayol organizmida jinsiy gormonlar, asosan, estrogen gormonlar ortib boradi. Bu gormonlar homilaning normal rivojlanishini, bachadonda va umumiy organizmdagi o'zgarishlarning normal kechishini ta'minlaydi. Homiladorlikning birinchi yarmida progesteronning ahamiyati katta, keyinroq esa estrogenlar orta boradi. Bu gormonlar bachadonning o'sishi uchun ahamiyatli bo'lib, aktomiozin sintezi, glikogen va fosfor birikmalari hamda oqsil fermentli fraksiyasining ortishiga imkon beradi.

Hayvonlarda qilingan tajribalarning ko'rsatishicha, nervlar tizimining ishtirokisiz bachadon muskullari qisqarmaydi. Tug'ishdan biroz oldin nerv tizimi orqaga taraqqiy qilib, ayolda ortiqcha og'riq bo'lmaydi. Bunga sabab nerv tolalari tuzilmasi kamayganida organik impulslar ham kamayadi. Bu bachadonning fiziologik holati, uning tug'ish jarayoniga tayyorligi ko'rsatkichidir.

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

Progesteron esa bachadon nerv-muskul apparatining qo'zg'alishini susaytiradi, oksitotsinga nisbatan sezgirlikni kamaytiradi. Progesteron, ayniqsa, homiladorlikning birinchi, ikkinchi uch oylikda bachadon muskullari birdaniga qisqarishini to'xtatadi. Uchinchi uch oylikda esa uning bachadon muskullariga ta'siri birmuncha kamayadi. Tug'ruq yaqinlashgan sari bachadon muskullari estrogenga sezgir bo'lib qoladi.

Homiladorlikning uchinchi oyida hamda o'tib ketgan (41–42 haftalik) homiladorlikda tug'ruq dardini sinestrol yoki estradiol bilan qo'zg'atish mumkin. Bachadon muskul hujayralari estrogen gormoni ta'sirida qisqarishga tayyorlanadi. Uning nerv sistemasining qo'zg'alish mediatorlari — atsetilxolin va serotonga nisbatan sezgirliги oshadi. Homiladorlik oxirida serotonin tobora ko'p yig'ilib boradi. Serotonin kalsiyning hujayralarga o'tishiga, kalsiy bilan ATFning qisqartiruvchi oqsil moddasiga ta'sir etishiga va bachadon muskullarining qisqarishiga yordam beradi.

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

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

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

Har tomonlama tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, bachadon muskullarining qisqarishida estrogen va progesteronlarning roli katta. Xususan, bachadonning yo'ldoshga yopishgan devori boshqa qismlariga nisbatan ancha yuqori membrana potentsialiga ega. So'nggi tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, agar homiladorlikda progesterondan ukol qilinsa, bachadonning yo'ldosh yopishmagan sathida ham xuddi yopishgan joyidagi kabi membrana potentsiali ortadi. Estrogen gormonlari ta'sirida muskul hujayralari birdaniga qisqaradi va farmakologik sezgirligi oshadi. Muskul hujayralarida elektr zaryadlarning ayrim tartibda tarqalishi natijasida «qo'zg'alish» to'lqini bachadon muskullarining hammasiga tez tarqaladi.

Elektrofiziologik tekshirishlardan aniqlanishicha, bachadon muskullarining normada qo'zg'alishi bachadon tubi yoki uning burchaklaridan, xususan, o'ng burchagidan boshlanib, tezda uning hamma qismiga tarqaladi. Bachadon qo'zg'alishi boshlanadigan joyi «qisqarish ritmini boshqaruvchi» deb ataladi.

Ba'zi mualliflar qo'zg'alish bachadonning pastki segmentidan boshlanib, yuqoriga tarqaladi, degan nazariyani oldinga suradilar. Ammo qo'zg'alish bachadonning bir necha qismlaridan boshlansa, patologik holat hisoblanadi, bu bachadon muskullarining noto'g'ri qisqarishiga olib keladi.

Bunda bachadon segment-segment bo'lib qisqaradi, tug'ish jarayoni og'irlashadi. Homiladorlik boshlanishi bilan, ayniqsa, uning oxirgi haftasida markaziy nerv sistemasi (miya po'stlog'i, bosh miya)ning funksional jihatdan qayta qurilishi ro'y beradi, bachadon muskullarida esa bioenergetik jarayonni oshiruvchi moddalar yig'iladi.

Tug'ruq kechishi 3 jarayonga bog'liq: 1) tug'ruq yo'llari; 2) tug'ruq haydovchi kuchlar; 3) homila va uning yo'ldoshi.

Tug'ruq yo'li chanoq suyagi va yumshoq tug'ruq yo'llaridan iborat bo'ladi. Ma'lumki, kichik chanoq suyagi bo'shlig'ining har bir qismi o'zining shakli va o'lchovlari bilan bir-biridan farq qiladi. Kichik chanoq kirish qismi oval shaklda bo'lib, ko'ndalang o'lchovli diametri bilan boshqa o'lchovlarlan farq qiladi. Kichik chanoq bo'shlig'i deyarli dumaloq shaklda bo'lib, u keng va tor bo'limdan iborat. Kichik chanoqning chiqish qismi muskul va fatsiyada shakllangan diafragma bilan berk, pastga emas, oldinga ochilgan bo'ladi. Homiladorlik oxirida dumg'aza va dum bo'g'imining qo'zg'aluvchanligi ortadi. Homila boshi chanoq tubiga tushib, tug'ish jarayonida dum suyagi bukilishi natijasida chanoq chiqish qismi-ning o'lchoviga 1,5–2 sm qo'shiladi. Kichik chanoq yo'li to chanoq chiqish suyagining orqaga bukilganiga ko'ra qiyshiq, ya'ni go'yo tizza bo'g'imining bukilgan holatiga o'xshaydi. Chanoqning o'qi pastki qismida to'mtoq burchak hosil qiladi, oldinga aylanib, aylanma ilmoq (baliq tutadigan qarmoq) shaklida bo'ladi. Kichik chanoq bo'shlig'i frontal ko'rinishda voronka shaklida bo'ladi. Tug'ish jarayonida chanoq og'ish burchagining ham ahamiyati katta. Chanoq suyaklarini birlashtiradigan bo'g'imlar homiladorlikda va tug'ish jarayonida qo'zg'aluvchan bo'lib qoladi. Bunga sabab bo'g'imdagi tog'aylar shishib, yumshaydi. Chanoq bo'g'imlarini, xususan, qovuq va dumg'aza yonbosh suyaklari bo'g'imlari-ning bunday qo'zg'aluvchanligi tug'ish jarayonida amaliy ahamiyatga ega bo'lib, homilaning oldinga keluvchi qismining chanoq kanali bo'ylab surilishiga va tug'ruqning qulay o'tishiga imkon beradi.

Tug'ruq yo'llarining holati. Yuqorida ko'rsatib o'tganimizdek, bachadon uch bo'lim: yuqori eng katta qismi – bachadon tanasi; o'rtadagi uncha katta bo'lmagan qism – bo'yin oldi qismi yoki istmus, bachadonning quyi qismi – bachadon bo'ynidan iborat. Bachadon bo'ynida bo'yin kanali joylashgan. Pastdan bo'yinning bir qismi qinga kirib turadi va qinga birikadi. Homiladorlikning birinchi oylarida homila tuxumi faqat bachadon tanasiga joylashgan bo'ladi. Uchinchi oyida tez o'sayotgan homila tuxumi bachadon

tanasiga sig'may qoladi, asta-sekin uning bo'yin oldi qismini ham egallay boshlaydi, natijada bu qism kengayib, pastki segment nomini oladi.

Bachadonning bo'yin oldi qismi bachadon tanasining anatomik va funksional tuzilishiga o'xshab ketadi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan bachadonning pastki qismi kengayib, yupqalasha boradi va qorin devori pardasining bachadon tanasiga qattiq yopishib o'tgan joyigacha yetadi. Shu sohada bachadon bo'yin kanalining ichki teshigi joylashgan. Bu kontraksion (retraksion) halqa deb yuritiladi, u bachadonning funksional faol qismi bilan passiv qismi oralig'iga joylashgan. Bu aylanma kamarga o'xshash halqa bo'lib, bachadon tanasi muskullari kabi faol qisqarmaydi. Tug'ish oldidan va tug'ishning birinchi davrida pastki segment 6–7 sm bo'ladi, homila o'rning uchdan bir qismini tashkil qiladi. Tug'ish jarayonida pastki segment tirishib qolishi (spazmi), kengayishi yoki haddan tashqari kengayib ketishi mumkin. Agar ko'p kengayib ketsa, bachadon yirtilish xavfi tug'iladi. Pastki segmentdagi muskullar tolasi deyarli ko'ndalang joylashgan. Shunga ko'ra, avvallari ham, hozir ham operatsiyada bachadonning pastki segmentini ko'ndalang qirqish afzal deyiladi. Bunda muskul tolalari kam zararlanadi va operatsiya jarohatining bitishi oson bo'ladi.

Bachadon bo'yni tug'ruq jarayoniga ancha ilgari tayyorlana boshlaydi. Bunda qon tomirlar ko'payib, g'ovak shaklini oladi. U homilaning chiqish yo'lini vaqtincha bekitib turadi, uning kanali shilliqli tiqin bilan berk bo'ladi. Tug'ruq dardi boshlanishi bilan shilliqli tiqin (Kresteller tiqini) tushib ketadi, bachadon bo'yni ochila boshlaydi (ochilish mexanizmini yuqorida aytib o'tgan edik). Nihoyat to'la ochilib (10–12 sm), pastki segment tarkibiga kiradi va umumiy tug'ruq yo'liga qo'shiladi. Ba'zi hollarda bachadon bo'yni to'la ochilishiga qaramay, u yirtilishi mumkin, odatda, yonidan ozgina yirtiladi. Shunga ko'ra, tuqqan ayollarda bachadon bo'ynining tashqi teshigi uzunchoq teshikka o'xshaydi. Qin tug'ish jarayonidan so'ng imkoniyatga qadar kengayadi.

Chanoq tubidagi muskullar tug'ruqqacha cherepitsaga o'xshab yotadi, ya'ni chetlari bilan bir-birini yopib turadi. Tug'ish jarayonida bir tekis bo'lib qoladi. Chanoq tubining uch qavat muskullari

kengayib, uzunchoq naychani, qin va tashqi jinsiy a'zolar ham kengayib cho'zilib, qo'shimcha tug'ish yo'lini tashkil qiladi. Tashqi jinsiy teshik kengayadi va ba'zan yirtilishi ham mumkin.

Ba'zi mualliflarning fikricha, bachadon qisqaruvchi a'zo bo'lib, ba'zan bo'yida bo'lgan davrda ham biroz qisqarib tursa-da, homiladorlikka putur yetmaydi. To'lg'oq vaqti-vaqti bilan takrorlanadigan bachadon tanasi muskullarining beixtiyor qisqarishidir. To'lg'oqda tug'ruq yo'lining ham devorlari qisqaradi.

Kuchaniq bachadon muskullari va qorin devori muskullarining qisqarishi bilan o'tadi. Qorin devorida ko'ndalang muskullar borligiga ko'ra, kuchaniq qisman ayolning xohishiga itoat etgan holda keladi. Shunga ko'ra, ayol qattiqroq yoki sekinroq kuchanishi mumkin. Kuchaniq tug'ruqning 2 va 3-davrlarida kuzatiladi.

Ya.F. Verbov, E. Bumm va boshqalarning fikriga ko'ra, tug'ish dardi peristaltik xususiyatda bo'lib, tug'ruq yo'lining chiqish tomoniga yo'naladi. Bachadonda bu peristaltik qisqarish juda tez, butun bachadon bo'ylab tarqaladi. Tug'ruqning 1-davri tugashida bachadon xanjarsimon o'siqdan 3-4 barmoq enida pastda bo'ladi. Bachadon bo'ynining ochilish jarayonida bachadon kichiklasha boradi, ammo eniga va orqa oldinga kengayadi. Bu holat ko'ndalang joylashgan bachadon muskullarining faoliyatiga bog'liq, bu tug'ishning birinchi davrida ro'y beradi. Tug'ruq birinchi davrining oxirida bachadon muskullari qisqarishi, tananing, xususan, qorin devorining ko'ndalang muskullari qisqara boshlashi natijasida dard ancha sezilarli bo'ladi. Keyinroq bachadon shakli o'zgaradi, uzunlashib, torayadi, tubi ancha ko'tariladi. Ikkinchi davrning boshlanishida bachadon tubi xanjarsimon o'siqdan bir barmoq pastda turadi. Homila boshi chanoq tubiga tushganda bachadon tubi pastga tusha boshlaydi, eni kamayadi (20-18 sm), bachadonning aylanma muskullari ham qisqara boradi. Tug'ruqning birinchi davrida bachadonning ko'ndalang muskullari qisqarganda uning dumaloq boylami va chanoq pardasi tayanch vazifasini o'taydi.

To'lg'oqda qorin devori ishtirok etmaydi. Tug'ruqning ikkinchi davrida bachadon oldinga biroz egiladi, qorin devori pardasini cho'zadi, natijada qorin devori muskullari qisqara boshlaydi va bachadonni bosadi. Uning bukilgan holatini tekislab, bachadon

tubi bilan qorin devoriga va yuqorida yotgan a'zolarga tiralib, homilani pastga sura boshlaydi. Bachadonning ko'ndalang muskullari bilan qiyshiq muskullarining galma-gal qisqarishini Verbov «bachadonning peristaltik harakati qonuni», deb tushuntiradi. Bu nazariya tug'ruq jarayoni kechishini ta'minlaydi, chunki bachadon muskullarining galma-gal qisqarishi, Verbov aytishicha, tug'ish davrlariga bog'liq. Tug'ishning hamma davrida ham ko'ndalang va qiyshiq muskullar tartib bo'yicha qisqaradi. Ammo bunda ko'ndalang muskullarning o'rni katta.

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

Bachadon bo'yni bachadon muskullarining ritmik qisqarishida qatnashadimi? Yo'q, qatnashmaydi. Bo'yin muskullari tug'ruqda o'zining berkitish xususiyatini yo'qotadi, ular bachadon tanasi muskullari qisqarishi bilan cho'zila boradi. Klinik kuzatishlar natijasida bachadon bo'yni muskullari tug'ruqda ritmik ravishda qisqarmay, faqat yo'lni berkituvchi vazifasini o'ynab, cho'zilishi, kengayishi aniqlangan. Bachadon muskullarining qisqarish darajasi ularning qanchalik taranglashganiga bog'liq. Bachadon muskullari tinchlikda ham ma'lum darajada taranglashib turadi. Tug'ruqda muskullar taranglashishida bachadonning qisqarish kuchi ma'lum nisbatda bo'lishi kerak.

Agar muskullar juda kuchli yoki juda sust taranglashsa, ularning qisqarish amplitudasi maksimal holatda bo'la olmaydi. Taranglanish holati bachadon muskullarining dinamik holati bo'lib, tug'ruq davrlariga qarab turlicha bo'ladi. Agar taranglashish o'rtacha bo'lsa, unda muskullar kuchli qisqaradi. Hozirgi kunda tug'ruqxonalarda murakkab elektron apparatlar yordamida bachadon muskullari turli qismlarida qisqarish xususiyati aniqlanadi. Odatda, shifokorlar qorin devoriga qo'lni qo'yib sekundomer

yordamida bachadonning taranglashganiga qarab uning qisqarish xususiyatini aniqlaydilar.

TUG'RUQNING KLINIK KECHISHI

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

Agar ayol sezgir bo'lsa, o'zi ham buni aniqlashi mumkin. Ba'zi ayollar tug'ruqdan bir hafta ilgari bachadon qisqarishini sezadilar. Ammo bu tug'ruqning «xabar beruvchi» belgilaridan bo'lib, u holat barcha ayollarda bo'lavermaydi va bachadon bu qisqarishida uning bo'shlig'idagi bosim oshmaydi, homila pufagi taranglashmaydi va bachadon bo'ynining ochilishiga ta'sir ko'rsatmaydi.

Tug'ruq dardi, odatda, qorin pastida va bel sohasida tutib-tutib turuvchi og'riq bilan boshlanadi, bu asta-sekin zo'rayadi, ancha tezlashib, uzoqroq davom eta boradi. Ko'p ayollar tug'ishdan biroz oldinroq homila harakati sustlashgani va jinsiy a'zodan seroz shilliqli suyuqlik ajralayotganidan shikoyat qiladilar (bu bachadon bo'ynidagi shilliqli Kristeller tiqinidir).

Ba'zi ayollar qov va to'g'ri ichakda bosim sezadilar, tez-tez siygilari qistaydi. Ayolning ruhiyati o'zgarib, jahldor, salga ta'sirlanadigan bo'lib qoladi yoki aksincha, uyqu bosib, bo'shashadi. Qayd qilib o'tilgan hodisalarning birortasi ham dard boshlandi, deyishga asos bo'lolmaydi.

Faqat dardning har 15–20 minutda tutib, 20–25, 30–40 sekund yoki undan uzoqroq davom etishi tug'ruqning boshlanishidan dalolat beradi. To'lg'oq boshlangan ayol qornining tashqi ko'rinishini kuzatgan shifokor tug'ruq dardi boshlanganini aniqlashi mumkin. To'lg'oqda bachadon birmuncha yuqoriga ko'tarilib, uning shakli aniq ko'rinadi, qo'l kaftini qorin devoriga qo'yib, bachadonning taranglashgani va bo'shashganidan dardning takrorlanishini aniqlash mumkin.

TUG'RUQ DIAGNOSTIKASI VA BELGILARI

Ayolda tug'ruq jarayoni boshlanganligini taxmin qilishga quyidagilar asos bo'ladi: 22 haftadan keyin qorinda joyini o'zgartirib turadigan og'riq paydo bo'lishi, qindan shilimshiq va qon aralash ajralmalar kelishi va og'riq bo'lishi, qindan suvli ajralmalar yoki kutilmagan holda qog'anoq suvi ketib qolishi.

Tug'ruqning boshlanganligi belgilari:

– bachadon bo'ynining shakli o'zgarishi – kaltalashishi va yupqalashishi (tekislanishi);

– bachadon bo'ynining ochilishi – bachadon kanali diametrlarining kengayishi santimetrlarda o'lchanadi;

– homila boshining tushishi.

Qorin old devori palpatsiyasi: qorinni palpatsiya qilgan holda barmoqlar soni bilan o'lchab, homila boshining simfizdan qanchalik yuqorida turganligini aniqlash mumkin.

– Agar bosh simfizdan butunlay tepada tursa, 5 ta barmoq bilan palpatsiya qilinadi (5/5).

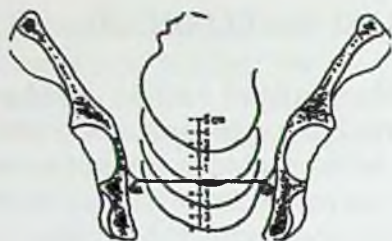
– Agar bosh simfizdan pastda joylashsa, 0 ta barmoqlar bilan palpatsiya qilinadi (0/5).

Qin orqali tekshirish.

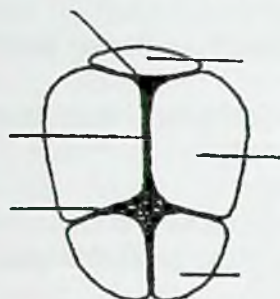
Zarurat bo'lganda, homilaning tushishini baholash uchun homila oldinda keluvchi qismining chanoq quymich o'siqlariga joylashishini aniqlash uchun qin orqali tekshiriladi.

«0» vaziyat quymich o'siqlari sathiga to'g'ri keladi. Homilaning joylashuvi va oldinda keluvchi qismini aniqlash.

Eng ko'p uchraydigan oldinda keluvchi qismi bu boshning ensa qismidir. Agar tepasi old qismi bo'lib kelmasa, unda bu holat homila oldinda keluvchi qismining noto'g'ri joylashganligini bildiradi. Agar bosh tepasi oldinda kelsa, bosh chanog'idagi mo'ljallardan homila boshining (vaziyati pozitsiya va turini) ayolning chanoq suyagiga nisbatan joylashishini aniqlashda foydalanish mumkin. Agar ensasi bilan orqaga burilsa (ensa bilan kelishning orqa turi) bo'ladi. «Yaxshi bukilgan bosh» normal oldinda kelishning qo'shimcha ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi, bunda qinda boshning ensa qismi tepa qismidan pastda joylashadi.



10.10-rasm. Homilaning boshi tushishini bimanual ko'rikda baholash



10.11-rasm. Homila bosh suyagidagi mo'ljallar:

- 1 — kichik liqildoq;
- 2 — ensa suyagi;
- 3 — sagittal chok;
- 4 — tepa qism suyagi;
- 5 — katta liqildoq;
- 6 — peshana suyagi

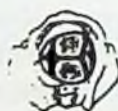
Homila boshining holatini aniqlash

Homila boshi normada chanoq bo'shlig'iga ensaning oldinda yotib ko'ndalang turda keladi, bunda ensa chanoqqa ko'ndalang joylashadi.



Ensaning oldinda kelishining ko'ndalang turi

Homila boshi chanoq bo'shlig'ida tushishi davomida aylanib, ensasi ona chanog'ining old tomoniga qaragan bo'ladi (ensa bilan oldinda kelishning old turi)



Liqildoq va choklarga qarab ensa bilan kelish holatini qin orqali aniqlash:

- 1 — chap oldingi holati; 2 — o'ng oldingi holati; 3 — chap orqa holati;
- 4 — o'ng orqa holati; 5 — chap ko'ndalang holati; 6 — o'ng ko'ndalang holati

❖ **Tugʻruqning jadalligini baholash**

Tugʻruq diagnozi qoʻyilgandan keyin uning rivojlanishi quyidagilar bilan baholanadi: latent faza davomida boʻyinning tekislanishi va ochilishidagi oʻzgarishlar belgilanadi; faol fazada bola boshining tushishi va boʻyinning ochilish darajasi oʻlchanadi.

Tugʻruqning 2-davri davomida bola boshining tushishi baholanadi. Faqat faol fazada kelgan ayollarga tugʻruqning rivojlanishini partogrammada koʻrsatish lozim.

Agar partogrammangiz boʻlmasa, boʻyin ochilishining oddiy grafigini chizing. Bu vertikal va gorizontaal chiziqda belgilanadi.

Qin orqali tekshirish

Tugʻruqning 1-davrida va qogʻanoq suvlari yorilgandan soʻng har 4 soatda 1 marta qinni tekshirish mumkin. Partogrammaga kerakli narsalarni belgilab oling.

Har bir qin orqali tekshiruvga quyidagilarni belgilang: amniotik suyuqlikning rangi, bachadon boʻynining ochilish darajasi, bosh tushishining darajasi (qorinni palpatsiya qilib baholasa ham boʻladi).

- Agar birinchi koʻrikda bachadon boʻyni ochilmagan boʻlsa, tugʻruq diagnozini qoʻyish imkoni yoʻq.

- Agar dard boʻlsa, 4 soatdan keyin ayolni qaytadan bachadon boʻynidagi oʻzgarishini koʻrish uchun qinni tekshirib koʻring. Agar bu bosqichda boʻyinning tekislanishi va ochilishi boʻlsa, bu tugʻruq davri boshlanganligini, agar boʻlmasa yolgʻon dard deb baholanadi.

- Tugʻruqning 2-davrida har soatda qinni tekshiring.

Tugʻruq jarayoni, asosan, 3 davrdan iborat: 1-bachadon boʻynining ochilish davri; 2-homilaning haydalish (tugʻilish) davri; 3-yoʻldosh (tugʻilish) davri;

❖ **Tugʻruqning birinchi davri**

Bu jarayon birinchi va qayta tugʻuvchilarda turlicha boʻladi. Tugʻruq boshlanishida bachadon boʻyni juda yumshab, holatini oʻzgartiradi. Odatda, bachadon boʻyni tashqi teshigi hali tugʻruqqa tayyor boʻlmasa, u qinning orqa gumbaziga qaragan boʻladi, tugʻish jarayoniga tayyorlanish jarayonida u asta-sekin chanoq oʻqiga toʻgʻri kelib qoladi.

Shu belgilarga asoslangan holda biz bachadonni tug'ruqqa tayyor deb fikr yuritamiz.

Ko'p va qayta tuqqan ayollarning bachadon bo'yni kanaliga bitta barmoqni osongina kiritisa bo'ladi, ammo ichki teshigi berk bo'ladi. Bachadon bo'yni muskullari o'zining berkitib turish faoliyatini yo'qotganiga ko'ra, u oson ochilishi mumkin.

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

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

Bachadon bo'yni ochila boshlashi bilan qog'anoq oson aniqlanadi. Har bir to'lg'oqda bachadon ichidagi bosim orta boradi, shunga ko'ra, homila pufagi ham shu bachadon bo'shlig'i shaklini oladi. Homila tuxumining o'z shaklini bunday o'zgartirishiga qog'anoq suvi sabab bo'ladi. Dard tutganda bachadon ichidagi bosim oshadi va qog'anoq bachadonning ichki bo'yin qismiga suriladi. Odatda, shu pastki qismda homilaning biror yirikroq qismi joylashgan bo'ladi. Har dard tutishida homiladorlikning so'nggi muddatlarida kengaya boshlagan bachadonning pastki qismi yanada kengayadi. Bachadon ichidagi bosim ortgan sari qog'anoq suvi bachadon bo'ynining ichki teshigiga yo'naladi. Qog'anoq bo'yin kanaliga suqila boradi. Bachadon ichidagi bosim ortib borgan sari bachadon bo'yni kanalining yuqori qismi ham voronkaga o'xshab, asta-sekin kengayadi. Bachadon ichida bosim bo'lgani tufayli qog'onoq shu voronkaga o'xshab kengaygan qismga suqiladi va bachadon bo'yni kanali devori ichiga joylashgan nerv tolalarini ta'sirlab, to'lg'oqning yanada zo'rayishiga sabab bo'ladi.

To'lg'oq kuchaya borishi natijasida taranglashgan homila pufagi borgan sari bachadon bo'yni kanaliga suqilib kiradi va uning ochilishini tezlatadi.

To'lg'oq zo'rayishi bilan qog'anoq bachadon bo'yni kanaliga suqila boradi, uning ketidan homila boshi borgan sari pastga surilib, ma'lum vaqtga yetganda u bachadon bo'yni va chanoqning kirish qismiga shunday suqilib qoladiki, navbatdagi to'lg'oq tutishda homilaning orqasidagi suv oldindagi suvga ortiqcha aralasha olmaydi. Bunda homila boshini chanoqning kirish qismiga va bachadon bo'yniga hamma tomondan tegib turgan joyida taqalish kamari hosil bo'ladi. Shu kamar tufayli qog'anoq suvi ikkiga — oldingi va orqadagi suvga ajraladi. Homilaning oldinda keluvchi qismidan oldinda bo'lgan suvni qog'anoq suvining oldingi qismi deyiladi, homilaning oldinda keluvchi qismidan yuqoriga joylashgan suvni esa orqa suvi deyiladi. Agar homilaning oldinda keluvchi qismi chanoqdan yuqori turgan bo'lsa, bunday hollarda homila oldi suvi yuqorida aytilgan ikki qismga bo'linmaydi. Shunga ko'ra, qog'anoq yorilganda oldingi va orqa suv butunlay ketib qolish mumkin. Ba'zan dard boshlanmasdan turib, homila pufagi yorilishi mumkin, bunga qog'anoq suvining vaqtidan ilgari ketishi deyiladi. Ayrim vaqtlarda homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilmay turib yorilishi mumkin, bunga qog'anoq suvining oldin ketishi deyiladi. Ko'pincha, homila pufagi bachadon bo'yni 4—5 barmoq kengligida ochilgandan keyin yoriladi. Ba'zan homila pufagi bachadon bo'yni to'la ochilgandan keyin ham yorilmasligi mumkin, bunga homila pufagining kechikib yorilishi deyiladi. Bu hol homila pufagining qalinligini ko'rsatadi. Agar homila pufagi o'z vaqtida yorilmasa, homilada asfiksiya (bo'g'ilib qolish) ro'y berishi mumkin. Shuning uchun pufakning yorilishini kutib o'tirmay, agar bachadon bo'yni to'la ochilgan bo'lsa, qog'anoq pardasini qo'l yoki asbob yordamida yorib yuborish lozim.

Birinchi va qayta tug'uvchi ayollarning bachadon bo'yni turlicha ochiladi. Shunga ko'ra, ularning turishi ham turlicha davom etadi. Birinchi marta tug'uvchilarda, avvalo, bachadon bo'ynining ichki teshigi, so'ngra kanalning hammasi va nihoyat, tashqi teshigi ochiladi, deb aytib o'tgan edik. Ichki teshik bilan bo'yin kanali

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

ENSA OLDINDA KELISHIDA TUG'RUQ BIOMEXANIZMI

Tug'ishning birinchi davridagi homila boshining bukilib kelishi obkash qonuni bo'yicha belgilanadi. Bachadon tubi muskullari qisqarishi natijasida vujudga kelgan bosim homila orqa umurtqasi bo'ylab borib, boshini kichik chanoq tomon yo'naltiradi. Orqa umurtqa boshning o'rtasiga joylashmaganligiga ko'ra obkashning bandlari har xil uzunlikda bo'ladi.

Obkash yelkasining qisqa tomoni ensa, uzun tomoni peshana yuz qismi bo'ib qoladi. Bachadon muskullari qisqarib, orqa umurtqani bosganda obkashning uzun yelkasi yuqoriga ko'tariladi, homila boshi bukiladi, qisqa yelkasi pastga tortgani uchun boshning ensa qismi pastga tushadi.

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

Tugʻishning ikkinchi davri mexanizmi homila boshining kichik chanoq ichida aylanishini ifodalashda juda ahamiyatlidir. Bu nazariyalardan eng oddiyisi «moslashish» nazariyasidir. Homila boshi kichik chanoq ichida chanoq oʻlchovlariga muvofiq ravishda aynan moslashadi (chanoqqa kirish qismi koʻndalang, ichida — qiyshiq, chiqishida toʻgʻri oʻlchovga moslashadi). Homila kattaroq qismining tugʻilishi qiyinroq boʻladi. Bu qism homila boshidir, u tugʻish yoʻlidan maʼlum omillar vositasida suriladi, bu holat tugʻish biomexanizmi deb yuritiladi. Agar homiladorlik normal kechayotgan, homila yaxshi rivojlanayotgan boʻlsa, tugʻish oldidan qoʻl, oyoqlar ham normal joylashadi. Homila vertikal holatda, boshi bilan chanoqda kirish sohasida ensa sohalari bilan yotadi.

Birinci marta homilador boʻlgan ayollarda homilaning boshi tugʻishdan 2—3 hafta oldin chanoqning kirish qismiga suqilgan boʻladi.

Ilgari tuqqan ayollarda esa homila boshi faqat tugʻish jarayonida (tugʻishning birinchi davrida) kichik chanoq kirish qismiga suqila boshlaydi. Shuni aytib oʻtish kerakki, homila boshi chanoqqa kirish qismida qayta tugʻuvchilarda birinchi marta tugʻayotgan ayollarga nisbatan oddinga kamroq egiladi.

Har ikkala hollarda ham homila boshining oval shakli kichik chanoq kirish qismining shakliga moslashgan boʻladi.

Kichik chanoqqa kirish sathi oʻlchovlari: toʻgʻri oʻlchov 11 sm, koʻndalang oʻlchov 12 sm, qiyshiq oʻlchov 13 sm boʻladi. Shunga koʻra, homila boshi ensasi bilan kelganda uning oʻq-yoyimon choki kichik chanoq kirish qismida koʻndalang, uning qiyshiq oʻlchoviga joylashgan boʻladi. Koʻpincha, homila boshi kichik chanoq kirish qismida dastlab bukilmaydi, oʻq-yoyimon chok bir oʻrinda promontorium bilan simfiz oraligʻida chanoq oʻqiga moslashgan boʻladi. Homila boshi tugʻruq yoʻllari boʻyicha surila borar ekan, tugʻruq biomexanizmi 4 momentga boʻlinadi.

Birinchi lahza. Homila boshi oʻzining koʻndalang oʻqida aylanadi. Bunda umurtqaning boʻyin qismi yelkalari bir xil uzunlikda boʻlmagan obkash kabi yechiladi va homila boshi engagiga, koʻkrak qafasiga yaqinlashadi, natijada boshning kichik liqildogʻi pastga — chanoq oʻqi yoʻnalishiga joylashadi. Shunga koʻra, bunga «yoʻnal-

tiruvchi nuqta» deb nom berilgan. Homila boshining bukilib joylashishi uning tugʻish yoʻlidan oson oʻtishiga imkoniyat tugʻdiradi.

Homila boshi normal holda oʻzining eng kichkina oʻlchovi bilan chanoqning katta oʻlchoviga joylashadi. Darhaqiqat, boshning toʻgʻri oʻlchovi *diameter fronto occipitalis* oʻrniga (buning aylanasi 34 sm), homila boshi bukilib kelganiga koʻra kichik qiyshiq oʻlchovi *diameter suboccipito-bregmatica* (aylanasi 32 sm) bilan kichik chanoq kirish qismiga joylashadi.

Ikkinchi lahza. Homila boshi kichik chanoq ichida aylanadi (*rotatio capitis interna*). Bunda homila boshi chanoq ichiga tushishi bilan birga, oʻzining boʻylama oʻqi atrofida aylanadi. Bunda homila boshi oʻq-yoysimon koʻndalang oʻlchovda boʻlsa, endi chanoq ichining qiyshiq oʻlchovida boʻlib qoladi. Agar chanoq kirish qismida qiyshiq oʻlchovda boʻlsa, chanoq ichida qiyshiq oʻlchovdan toʻgʻri oʻlchovga yaqinlasha boradi. Nihoyat, chanoq tubida uning chiqish qismining toʻgʻri oʻlchoviga toʻgʻri keladi. Bunda oʻq-yoysimon chok birinchi holatda soat miliga qarshi, ikkinchi holatda esa soat mili tomon aylanadi. Homila boshi chanoq tagiga tushganda uning kichik liqildogʻi oldinda, qov suyagi ostida joylashgan, katta liqildoq esa orqada, dumgʻaza chuqurchasiga qaragan boʻladi. Birinchi holat oldingi koʻrinishda homila boshining oʻq-yoysimon choki chanoq ichida oʻng qiyshiq oʻlchovda boʻladi, ikkinchi holatda oldingi koʻrinishda esa chap oʻng qiyshiq oʻlchovda boʻladi.

Birinchi holat orqa koʻrinishda boʻlsa, homila boshining oʻq-yoysimon choki chanoqning chap qiyshiq oʻlchovida boʻlib, koʻp holatlarda undan koʻndalang oʻlchovga, keyin oʻng qiyshiq oʻlchovga oʻtadi. Ikkinchi holat orqa koʻrinishda boʻlsa, homila boshining aylanishi buning teskarisi boʻladi, yaʼni oʻng qiyshiqdan koʻndalang oʻlchovga va keyin chap qiyshiq oʻlchovga oʻtadi. Homila boshining chanoq ichida aylanishi, agar homila oldingi koʻrinishda boʻlsa, 45° ga aylanadi, orqa koʻrinishda boʻlsa, 135° ga aylanadi.

Uchinchi lahza. Homila boshining chanoq ichida aylanishi tugagach, bukilgan boshning oʻq-yoysimon choki chanoq chiqish qismining toʻgʻri oʻlchovida ensa qismi bilan qov suyagi tomonga

aylanadi. Homila boshining qov suyagi ostidan birinchi ko‘rinishiga tug‘ruq yo‘lining oldingi devori qov suyagi orqa devori (dumg‘aza suyagi)ga nisbatan kaltaligi sabab bo‘ladi (oldingi devori 4 sm, orqa devori 14 sm). Boshning ensa qismi tug‘ilgandan keyin uning ensa chuqurchasi qov suyagiga taqaladi (taqalish nuqtasi) va keyin homila boshi yoziladi. Taqalish nuqtasi aylanish nuqtasi — *gipomoxlion hypomochlion* yoki taqalish nuqtasi *punctum fixum* deb yuritiladi.

Homila boshi qin bo‘ylab surilib, chanoqning chiqish qismida ancha yoziladi, yozilish darajasi 120–130° bo‘ladi, chot ostidan homilaning peshanasi, yuzi va engak qismi tug‘iladi. Homila boshining bunday ochilishida vulvar halqa taranglashib kengayadi, chot ustidagi katta liqildoq ko‘rinadi va nihoyat, boshi tug‘iladi.

To‘rtinchi lahza. Homila boshi tashqarida, yelkalari ichkarida aylanadi. Homila boshining tashqarida aylanishi yelka qismining ichkarida aylanishiga bog‘liqdir.

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

Homila oldingi yelkasining 2/3 qismi tug‘ilib, qov tagiga taqalgandan keyin orqadagi yelka chot tagidan tug‘iladi. Nihoyat, homilaning tanasi tug‘iladi, homila tanasining tug‘ilishi deyarli oson bo‘ladi. Tug‘ruq davrining har biri turli muddatda davom etadi. Normal sharoitda birinchi moment qisqaroq bo‘ladi (homila boshi eng qisqa vaqtda egiladi).

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

Homila boshi segmenti nima? Homila boshi ovoid shakldadir. Agar boshni eng katta diametr bo'yicha taxminiy kesilsa, bunda ovoidning o'rta sathi eng katta bo'ladi. Eng katta sath boshning o'rta sathidir. Homila boshining o'rta sathi, uning aylanasi shartli ravishda katta segment deb yuritiladi.

Homila boshi yozilib kelishining turli shakllarida uning katta segmenti turlicha holatda bo'ladi. Homila boshining qaysi qismi kichik chanoq kirish qismiga suqilib kirib joylashishiga qarab, uning tug'ruq kanali bo'yicha surilayotgani aniqlanadi. Buning uchun qorin devori orqali, kerak bo'lganda qin orqali tekshiriladi. Qin orqali tekshirilganda homila boshining pastda turgan qismini quymich suyaklar o'simtasiga nisbatan munosabati aniqlanadi (kichik chanoqning tor qismi). Homila boshining kichik chanoqqa kirish qismiga suqilib kirish bosqichlari quyidagicha bo'ladi: homila boshining pastki yuzasini qinga suqilgan barmoqlar bilan paypaslab ko'rish mumkin. Agar barmoq uchlari bilan homila boshini yuqoriga itarsak, u oson ko'tariladi. Tashqaridan qaraganda homila boshining bukilib, ochilib kelganida ham tekshiruvchi kaft yuzasi bilan uning bachadon ichiga suqilib turganini, bukilib kelganda esa sohasi chanoqning nomsiz chizig'idan (*lin. innominata*) 2,5–3,5 barmoq, yuz tomonidan esa 4–5 barmoq chanoqqa kirish qismidan yuqori turganini aniqlaydi.

Qin orqali tekshirilganda chanoq suyagining chanoq ichiga qaragan do'ngiga (*promontorium*) barmoqlarning bukilgan holatda yaqinlashishi mumkin bo'ladi, bunga boshning oldinda keluvchi

qismi quymich do'mbog'idan 1–2 barmoq yuqorida bo'lib, qinga kiritilgan barmoqlar orqali uni qiyinchilik bilan yuqoriga itarish mumkin bo'ladi.

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

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

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

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

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

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

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

TUG'RUQNING BOSHQARILISHI

❖ Qin orqali tekshirish

Tug'ruqning 1-davrida va qog'anoq suvlari yorilgandan so'ng har 4 soatda 1 marta qinni tekshirish mumkin. Partogrammaga kerakli narsalarni belgilab boring.

Qin orqali har bir tekshiruvga quyidagilarni belgilang:

- amniotik suyuqlikning rangi;
- bachadon bo'ynining ochilish darajasi;
- bosh tushishining darajasi (qorinni palpatsiya qilib baholasa ham bo'ladi);
- agar birinchi ko'rikda bachadon bo'yni ochilmagan bo'lsa, tug'ruq diagnozini qo'yish imkoni yo'q;
- agar dard bo'lsa, 4 soatdan keyin ayolni qaytadan bachadon bo'ynidagi o'zgarishni ko'rish uchun qinni tekshirib ko'ring. Agar bu bosqichda bo'yinning tekislanishi va ochilishi bo'lsa, bu tug'ruq davri boshlanganligini anglatadi, agar bo'lmasa, yolg'on dard deb baholanadi;
- tug'ruqning 2-davrida har soatda qinni tekshiring.

❖ Partogrammadan foydalanish

JSST tomonidan tavsiya qilingan partogramma undan foydalanish oson bo'lishi uchun soddalashtirilgan. Bunda latent faza olib tashlanib, ma'lumotlar faol fazadan bo'yinning ochilishi 4 sm ga yetganda belgilanadi.

Partogrammadan foydalanish uchun masshtabini butun sahifaga kattalashtirish kerakligiga e'tibor bering. Partogrammaga quyidagi ma'lumotlarni kiriting to'liq ismi, homiladorlik va tug'ruqlar soni,

kasallik tarixi raqami, kasalxonaga kelib tushgan vaqti va sanasi, qog'anoq yorilgan vaqti.

A: Homilaning yurak urishi sonini har 30 daqiqada belgilab boring.

Amniotik suyuqlik: amniotik suyuqlik rangini har gal qin orqali ko'rganda belgilang:

B: pufak butun;

T: pufak yorilgan, suyuqligi toza;

M: suyuqlikda mekoniy bor.

❖ Homila boshining konfiguratsiyasi:

1-daraja: choklari oson ajraladi;

2-daraja: choklari bir-birining ustida, lekin ajratsa bo'ladi;

3-daraja: choklari bir-birining ustida, ajralmaydi.

Bachadon bo'ynining ochilishi: har gal qin orqali ko'rilganda (+) bilan belgilang. Partogrammada 4 sm dan boshlab belgilang.

Hushyorlik chizig'i: bu chiziq 4 sm dagi ochilish nuqtasidan boshlanib, to'liq ochilish nuqtasigacha, har 1 soatda 1 sm dan davom etadi.

Harakat chizig'i: hushyorlik chizig'iga parallel va 4 soat o'ngda.

Qorinni paypaslab, homila boshining tushishini baholash simfizdan tepada palpatsiya qilinayotgan boshning qismiga tegishli: har vaginal ko'rikdan keyin 0 bilan belgilab chiqing. 0/5 vaziyatda bosh tepasi simfizning sathiga barobar turadi.

Qog'anoq suvlari yorilganidan keyin suvning yo'qligi, amniotik suyuqlikning kamayishi oqibatidir, bu esa homilada distress holati kechayotganligini bildiradi.

Tug'ruq va tug'dirish vaqtida ayolni parvarishlash va yordam berish. *Soatlar*. Faol fazadan boshlab o'tgan vaqt (kuzatilgan yoki tahmin qilinayotgan).

Vaqt. aniq vaqtni yozing.

Dard: ma'lumotlarni har 30 daqiqada belgilang. Palpatsiya qilib, dardni har 10 daqiqada va uning qanchaga cho'zilishini sekundlarda sanang:

20 sekunddan kam, 20 sekunddan 40 sekundgacha, 40 sekundgacha 40 sekundgacha.

Qo'ng'irsoq o'qitishda berilganda har 30 daqiqada yuborilayotgan suvning ketishi o'qitishni muqaddirlab belgilab boring.

Ayolning harorati har qanday qo'shimcha dorilarni yozib boring.

SA har 30 daqiqada nuqta bilan belgilanadi.

Arterial qon bosimi har 1 soatda, strelka bilan belgilang.

Qo'ng'irsoq har 2 soatda yozib boring.

Progen, o'strogen va silydikning miqdori: har siydik ajratilganda yozib boring.

Tug'ruqning I davrining kechishi: tug'ruqning I davrining qoniqarli kechishi belgilari: muntazam dardning tezligi, soni va davomiyligi oshib borishi; faol fazada bachadon bo'ynining ochilishi 1 soatda 1 sm ga to'g'ri keladi (bo'yin ochilishi hushyorlik chizig'i ustida yoki undan chaproqda) bachadon bo'yni homilaning oldinda keluvchi qismiga yaxshi yopishgan.

Tug'ruqning I davrining qoniqarsiz kechish belgilari:

- latent fazadan keyingi, nomuntazam va siyrak dard;
- faol fazada bachadon bo'ynining ochilishi 1 soatda 1 sm dan kam (bo'yni ochilishi xushyorlik chizig'idan o'ngroqda);
- bachadon bo'yni homilaning oldinda keluvchi qismiga yaxshi yopishgan.

Tug'ruq faoliyatining qoniqarsiz rivojlanishi uzoq davom etadigan tug'ruqlarga olib keladi.

❖ Normal tug'ruqlarda:

Ayolning ahvolini belgilab beradigan muhim parametrlarga e'tibor berish (puls, arterial qon bosimi, nafas olishi, tana harorati).

❖ Homilaning ahvoriga baho berish:

Har darddan keyin homilaning yurak urishini eshitish to'liq 1 daqiqa davomida homilaning yurak urishini sanab, faol fazada kamida har 30 daqiqada, II davrda har 5 daqiqada eshitib borish lozim, agar yurak urishining soni patologik bo'lsa (1 daqiqada 100 tadan kam yoki 180 tadan ko'p bo'lsa), homilada distress rivojlanayotganiga taxmin qilish kerak.

Agar qog'anoq suvlari yorilgan bo'lsa, ketayotgan suvning rangiga e'tibor berish kerak: quyuc mekoniy homilani diqqat bilan

kuzatish kerakligini, zaruriyat tug'lsa, homilada distress holatida yordam berish uchun aralashishga to'g'ri keladi.

Ayolni tug'ruq jarayonida o'zi tanlagan kishisining ishtirok etishiga va qo'llab turish istagiga xayrixohlik bildirish lozim. Tug'ruq vaqtida ayolning sherigining ishtiroki haqidagi istagiga xayrixohlik bildirish, sherigi ayol bilan birga bo'ladigan joyni tayyorlash kerak. Sherigi ayolga tug'ruq jarayonida va bola tug'ilishida monand yordam berishi (orqasini silab qo'yish, terlagan peshanasini ho'l latta bilan artish, yurganida yordam ko'rsatish)ga xayrixohlik bildirish lozim.

- Tug'ruqning 1-davrida ayolning erkin holatlari, xodimlar ayolga o'zaro yaxshi munosabatda bo'lishlari va qo'llab turishlarining ta'minlanishiga harakat qilish kerak:

– barcha muolajalarni tushuntirib bering, ularga ruxsat oling va buni ayol bilan muhokama qiling;

To'lg'oq va tug'ruqda ona tanasining holati



Turib

Orqa bilan suyanib

Sekin raqs

Cho'zilish (turib)



To'g'ri o'tirib

Kursichada o'tirib

Yarim o'tirib

Oldindagi tayanchga suyanib o'tirish

– tug‘ruq jarayonida ayolning istak va xohishiga xayrihohlik bildirishni va kayfiyatini ko‘tarishga harakat qiling;

– konfidentsiallikni va sirlarini oshkor qilmaslikni ta‘minlang.

Ayolni va uni o‘rab turgan joyni ozoda tutishga harakat qilish:

– ayolni mustaqil o‘zi tug‘ruq boshidan tahorat qilishiga, vanna yoki dush qabul qilishiga xayrixohlik bildiring;

– har ko‘rikdan oldin ayolning tashqi jinsiy a‘zolarini yuving;

– har bir ko‘rikdan oldin va keyin qo‘lingizni sovunlab yuving;

– tug‘ruq zalida ozodalikni ta‘minlang;

– har qanday to‘kilgan suyuklikni tezda artib tashlang.

Ayolning harakat qilishini ta‘minlang:

– ayolni bermalol o‘zi yurishiga xayrixohlik bildiring;

– ayolga tug‘ish uchun kerakli holat tanlashiga yordam bering.

Ayolni tez-tez siyib turishiga undang.

Eslatma: ayolga tug‘ruq davrida reja asosida huqna tayinlamang.

Ayolning tug‘ruq vaqtida ovqat yeyish va suyuqlik ichish istagini quvvatlang. Agar ayolning sezilarli darajada qorni ochgan yoki charchagan bo‘lsa, bu narsalar bilan qiziqib ko‘ring. Hatto tug‘ruqning oxirgi bosqichlarida ham ayolga ozuqali suyuqlik berish muhimdir.

Ayolni tug‘ruq jarayoni va tug‘ayotgan vaqtida to‘g‘ri nafas olishga o‘rgating. Uni har doimgidan sekinroq nafas olishiga va har nafas chiqarganida bo‘shashishiga o‘rgating.

Agar ayol tug‘ruq davrida qo‘rqayotgan, tashvishlanayotgan va og‘riqni sezayotgan bo‘lsa, yordam bering:

– ayolni maqtang, quvvatlang va tinchlantiring;

– unga tug‘ruq jarayoni haqida gapirib bering;

– ayolni eshitib, uning hissiyotlariga beparvo bo‘lmang.

Agar ayol og‘riqdan aziyat chekayotgan bo‘lsa:

– unga holatini o‘zgartirishni taklif qiling;

– ayolni harakat qilishga rag‘batlantiring;

– ayolning sherigiga uning orqasini silashga, qo‘lini ushlashga va dard oralig‘ida vaqtida yuzdagi terni artib turishga da‘vat eting;

– ayolni nafas olishning maxsus texnikasini qo‘llashiga da‘vat undang;

– iliq vanna yoki dush qabul qilishini tavsiya eting.

Tug'ishning ikkinchi davrida ayol chalqancha yotgancha beliga yostiqla qo'yiladi, shunda tanasining pastki qismi ko'tarilib turadi va homilaning tug'ruq kanali bo'ylab surilishi osonlashadi. Bachadon va qorin devori muskullarining qisqarishi homilaning vertikal o'qiga ta'sir etadi va homilaning surilishiga sharoit yaratadi. Bunda homilaning vertikal o'qi tug'ish kanali o'qiga moslashgan bo'ladi, bachadon muskullari ko'p kuch sarflamaydi.

Agar homila o'qi bilan tug'ish kanali o'qi to'g'ri kelmasa, unda ko'p kuch sarflanadi. Bu holat homila ko'ndalang kelganda yuzaga keladi.

Tug'ish jarayonida psixoprofilaktikaning ahamiyati katta. Ma'lumki, tug'ruqdagi og'riq uning patologik kechishiga sabab bo'ladigan omillardan hisoblanadi. Agar psixoprofilaktika yordam bermasa, unda og'riqni kamaytiradigan dorilardan foydalaniladi.

Tug'ruqning ikkinchi davri bachadon bo'ynining to'la ochilishidan boshlanadi. Tug'ayotgan ayol to'g'ri ichakka bosim tushayotganini sezadi va unda kuchaniq xohishi tug'iladi. Bachadon bo'yni to'liq ochilganida va ayol tug'ruqning II davrining haydalish fazasida unga qulay bo'lgan holatni egallashiga yordam bering va kuchanishga rag'batlantiring.

Tug'ruqning bu davrida bachadon muskullari, qorin, tana va oyoq, qo'l muskullarining qisqarishi sababli bachadon bo'shlig'idagi bosim juda oshadi. Ayol kuchaniqni ma'lum darajagacha o'zi boshqara olishi mumkin. Doya va shifokor bu paytda tug'ruqni to'g'ri boshqarishi kerak. Kuchaniq bachadon bo'yni to'la ochilgandan keyingina boshlanishi shart, bundan oldingi kuchaniq soxta kuchaniq deb ataladi. Agar ayol bachadon bo'yni to'la ochilmasdan kuchanadigan bo'lsa, kuchini bekorga sarflaydi. Bunday paytda ayolni yonboshga yotqizib, og'riqsizlantiruvchi dorilar berish kerak bo'ladi.

Tug'ruqning ikkinchi davrida doya ayolning umumiy ahvoli (tana haroratini, pulsi, qon bosimi)ni, kuchaniqning tezligi, kuchi, davom etishi, homila va tug'ruq yo'lining holatini kuzatib turadi. Kuchaniq har 3–5 minutda takrorlanadi va bir minutcha davom etadi. Kuchaniq bachadon qisqarishi bilan birga kelishi kerak.

Kuchaniq boshlanishi bilan oq ayol tugʻruq karavotida chanoq qismi biroz koʻtarilgan holda chalqancha yotishi kerak. Har gal kuchanganda ayol chuqur nafas olib, nafasini tutib turgan holda, boshini va tanasini yuqoriga koʻtarib, qoʻllari bilan karavot yuganini tortib, oyogʻi bilan tiralib kuchansa, kuchaniq kuchli boʻladi va homila tugʻruq kanali boʻyicha surila boradi. Bu paytda bachadon ham oʻz shaklini oʻzgartiradi, birmuncha yapaloqlashib, uzunlashadi. Muskullar qisqarishi natijasida homila boshi chanoq tagiga tushadi, natijada toʻgʻri ichakning sfinkter muskuli yozilib, asta-sekin jinsiy yoriq ochila boradi va homila boshining pastki qismi koʻrinadi. Kuchaniq toʻxtagach, homila boshi koʻrinmay qoladi, toʻgʻri ichak teshigi asli holiga qaytadi. Kuchaniq takrorlanganda jinsiy yoriq tobora ochilib, homila boshining segmenti borgan sari koʻproq koʻrina boradi. Homila boshi pastga tushib, katta segmentini tashqi jinsiy aʼzolar oʻrab olmaguncha, har kuchaniqda u yana jinsiy yoriqdan ichkariga tortiladi. Bu homila boshining tugʻila boshlashi deb ataladi. Keyingi kuchaniqlarda homila boshi jinsiy yoriqda joylashib, endi kuchaniq orasida ichkariga kirib ketmaydi. Bu holat homila boshining yorib chiqishi deb atalib, homilaning tugʻilishi bilan yakunlanadi.

Homila tugʻilish davrida uning holatidan xabardor boʻlib turish zarur. Har bir kuchaniqdan keyin homilaning yurak urishi koʻpayib boradi. Kuchaniq toʻxtashi bilan homilaning yurak urishi biroz kamayib, minutiga 132–144 martadan oshmaydi. Bu fiziologik bradikardiyaning sababi hozirgacha aniqlanmagan. Ammo koʻp mutaxassislarning fikricha, bu holatda chanoq tagiga tushgan homila boshi vagus nervini bosishi, shuningdek, yoʻldosh tomirlari va toʻqimasidan ajralib chiqqan atsetilxolin va vagusga taʼsir qiladigan modda serotoninning oshishi ham sabab boʻlishi mumkin. Hayvonlarda oʻtkazilgan tajribalar shuni koʻrsatadiki, serotonin oldin vagusga, keyin simpatik nerv sistemasiga taʼsir qiladi. Agar kuchaniq orasida homilaning yurak urishi 110 martadan kamayib ketsa, bu patologik holat sanaladi. Bu qon tomirlarni qoʻzgʻatuvchi markazning gipoksiyasi natijasida sustlashishidir. Homilaning yurak urishi buzilsa, uni tezda tugʻdirish lozim, aks holda nobud boʻlishi mumkin. Homilaning boshi yoki oldinda keluvchi qismining

tug'ruq yo'lidan surilishi tashqi akusherlik tekshirish yo'li bilan aniqlanadi.

Homila boshi jinsiy yoriqdan ko'rinishi bilan akusherka (shifokor tug'ruqqa tayyorlanadi. Ayol tagiga steril taglik solinadi. Tug'ruqqa kerakli narsalar, asbob tayyorlanadi. Homila kindigini qirqish uchun qaychi, bog'lash uchun maxsus bog'lov tayyorlab qo'yiladi. Tug'ruqni boshqarishda homila boshini tug'dirish va chotni yirtilishdan saqlash juda muhimdir. Bosh tug'ilishi jarayonida tashqi jinsiy a'zo va chot yanada cho'ziladi va ba'zan yirtiladi. Shunga ko'ra, jinsiy yo'llarning yirtilishga yo'l qo'ymaslik uchun homila boshini eng kichkina o'lchovi bilan boshning yetarli darajada bukilishi va ensa qismi bilan tug'ilishiga harakat qilish kerak. Buning uchun homila boshi tug'ruq yo'lidan sekin tug'ilishini boshqarish lozim. Agar homilada asfiksiya boshlansa, tug'ruqni tezlashtirish lozim.

Ayolni tug'dirishda akusherka uning o'ng yonida turib, o'ng qo'li kafti bilan taglik yordamida ochilib turgan orqa chiqaruv teshigini bekitib, chap qo'lga homila boshining ensa qismiga qo'yib, uni ehtiyotlik bilan ushlab turadi. Shunday qilib, homilaning ensa chuqurchasi qov suyagi ostiga kelib taqalgandan keyin (taqalish nuqtasi) uning yuz qismi asta-sekin chot ostidan tug'ila boshlaydi. Mana shu vaqtda chotni yirtilishdan saqlash zarur. Buning uchun o'ng qo'l yordamida cho'zilgan tashqi jinsiy a'zo va chot asta-sekin homila yuzi ustidan suriladi, nihoyat homila boshi jinsiy yoriqdan butunlay chiqib, tug'iladi. Homila boshi tug'ilishi jarayonida uning yelkasi chanoq ichida aylanadi, natijada homila boshi ensasi bilan vaziyat tomonga aylanadi (birinchi holatda chapga, ikkinchi holatda o'ngga aylanadi, bunda yelka chanoq chiqish qismining to'g'ri o'lchovida bo'lib qoladi). Yelkalarni tug'dirish uchun akusherka homila boshini qo'l bilan ushlab (har ikkala quloq ustidan ushlanadi, bunda miya qon tomirini bosmaslik zarur), uni pastga va orqaga tortadi, natijada qov suyagi ostidan oldingi yelka tug'iladi, bunda oldingi yelkaning 2/3 qismi qov suyagi ostidan tug'ilgandan keyin u qov suyagiga taqaladi, homila boshi oldinga va yuqoriga ko'tarilgach, orqa yelka chot ostidan tug'iladi. Har ikkala yelka tug'ilib bo'lgach, yelkani

qo'l bilan barmoqlarni yozib ushlab olib, chanoq yoki bo'yicha uning tanasi tug'diriladi. Bunda qolgan homila oldi suvi ham oqib tushadi.

❖ **Eslatma: ko'p chaqaloqlar tug'ilishi bilan birinchi**

30 sekundda o'zi mustaqil qichqiradi va nafas ola boshlaydi.

- Agar bola baland ovozda yig'layotgan yoki nafas olayotgan bo'lsa, onasi bilan qoldiring (ko'krak qafasi 1 daqiqada 30 marta ko'tarilsa).

- Agar bola 30 sekund ichida nafas olmasa, yordamga chaqiring va qadam-baqadam bolani jonlantirishga kirishing.

- Kindik tizimchasini qising va kesing.

- Bolani issiqda va «teri-teriga» kontaktida ona ko'kragida ekanligiga ishonch hosil qiling. Bolani yengil va quruq matoga o'rang, choyshab yoping va boshi issiqlik yo'qotmasligi uchun o'ralganiga e'tibor bering.

- Agar ayol o'zini yomon his qilayotgan bo'lsa, assistentdan bolaga qarashini iltimos qiling.

- III davrni faol olib borishga kirishing.

Homila tug'ilgandan so'ng yo'ldosh tushadi. Bunda bachadon muskullarining qisqarishi biroz susayadi, keyin o'z qisqarish kuchini tiklab oladi va yana qisqara boshlaydi. Natijada, yo'ldosh bachadon devori chetidan yoki o'rtasidan ajrala boshlaydi. Bu jarayonda xorion tukchalari oralig'i bo'shlig'idagi qon kela boshlaydi.

Yo'ldosh bachadonga yopishgan sathi (ona sathi) bilan tug'iladi. Qon ketish sabablari (yo'ldoshning noto'g'ri ko'chishi, tug'ruq yo'llari jarohati va hokazolar)ni, albatta, aniqlash lozim bo'ladi.

Agar yo'ldosh bachadon devoridan markazi bilan ajralsa, tukchalar oralig'idagi qon yo'ldoshning ona sathida va bachadon devori oralig'ida to'plana borib, tashqariga qon ketmaydi. Yo'ldosh va yo'ldosh yuzasiga yig'ilgan qon (yo'ldosh orqasiga yig'ilgan qon laxtasi) homila pardasiga o'ralgan holda homila yuzasi bilan tug'iladi. Yo'ldosh bachadonning devori chetidan ajralganini Dunkan usuli, markazi bilan ajralganini Shults usuli deb ataladi.

III DAVRNI FAOL OLIB BORISH

III davrni faol olib borish (yo'ldoshni faol ajratish) tug'ruqdan keyingi qon ketish hollarining oldini oladi. III davrni faol olib borish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- darhol oksitotsin yuborish;
- bachadonning kindik tizimchasini nazoratli tortish;
- bachadonni massaj qilish.

Oksitotsin bola tug'ilgandan so'ng 1 daqiqa o'tgach, qorinda yana bitta homila borligini aniqlash uchun paypaslab ko'ring, agar yo'q bo'lsa, muskul orasiga 10 birlikda oksitotsin yuboring.

Oksitotsindan foydalanishning afzalligi shundaki, u ineksiya qilingandan keyin 3 daqiqa ichida ta'sir qila boshlaydi va kamroq salbiy ta'sirlari bo'lgani uchun uni hamma ayollarga ishlatga bo'ladi. Agar oksitotsin bo'lmasa, 0,2 mg m\o ergometrin yoki prostaglandin yuborish mumkin. Dorilarni yuborishdan oldin yana homila yo'qligiga ishonch hosil qiling.

❖ Kindik tizimchasini nazoratli tortish

Kindik tizimchasini yumshoq qirrali qisqich bilan oraliqqa yaqin joyda qising, boshqa qo'lingizni ayolning qov suyagi ustidan qo'yib, bachadonning kindik tizimchasini nazoratli tortish paytida bachadonni qovdan tepada ushlagan holda uning chiqib ketishining oldini olish maqsadida tutib turing. Bu amalingiz bachadonni ag'darilib qolishidan asraydi. Kindik tizimchasini sekin torting va bachadonning kuchli qisqarishini kutib turing. Bachadon qisqarib bo'ylama shaklini olsa yoki kindik tizimchasi uzaysa, juda ohistalik bilan kindik tizimchasini o'zingizga va pastga qarab torting. Kindik tizimchasidan torta boshlaguningizgacha kuchli qon oqimi kelishini kutmang. Kindik tizimchasini tortishni bachadonni tortishiga qarama-qarshi tomonga itarish bilan davom ettiring.

Agar kindik tizimchasi nazoratli tortish boshlangach, 30–40 sekund ichida yo'ldosh pastga tushmasa (ya'ni ajralish yoki ko'chish belgilari bo'lmasa), kindik tizimchasini tortishni to'xtating:

- kindik tizimchasini ehtiyotkorlik bilan tutib turib, bachadonning navbatdagi yaxshi qisqarishini kuting;

– zaruriyatga qarab yumshoq qirralli qisqich bilan kindik tizimchasi uzaygan bo'lsa, oraliqqa yaqin qilib boshqatdan qo'ying;

– bachadonning navbatdagi qisqarishida kindik tizimchasini nazoratli tortishini bachadonni tortishiga qarama-qarshi tomonga itarish bilan takrorlang;

– qog'anoq pardalar yorilishining oldini olish uchun tug'ilish paytida yo'ldoshni ikki qo'llab tugunini burang va butunlay tug'ilguncha ohista torting. Tug'ruqni yakunlash uchun yo'ldoshni sekin torting.

Agar qog'anoq pardalari yorilgan bo'lsa, qinning tepa qismi va bachadon bo'ynini steril qo'lqoplarda tekshiring, yumshoq qirralli qisqichlardan foydalanib, qog'anoqning qolgan bo'lakchalarini olib tashlang.

Yo'ldoshning butunligini diqqat bilan tekshiring. Agar yo'ldoshning onaga qaragan yuzasining bir qismi yo'q bo'lsa yoki pardalar bilan tomir uzilganligi qayd etilsa, unda bachadon bo'shlig'ida yo'ldoshning bo'lakchalari qolib ketganiga shubha tushadi.

Agar bachadon ag'darilib qolsa, bachadonni to'g'rilab qo'ying.

Agar kindik tizimchasi uzilib ketsa, bachadonni qo'l bilan tekshirish kerak bo'ladi.

BACHADON MASSAJI

Bachadonning qisqarishi boshlanmasdan oldin, qorinning oldingi devoridan bachadonning tubini darhol massaj qiling.

Dastlabki 2 soat ichida har 15 daqiqada bachadonni massaj qiling.

Massajni to'xtatgach, bachadon bo'shashmasligiga ishonch hosil qiling.

❖ Tug'ruqdan so'ngi jarohatlarni baholash

- Ayolni diqqat bilan ko'rib, bachadon bo'yni va qin devorlarining butunligini tekshiring va yirtilishni yoki epiziotomiyani tiking.

AMALIY KO'NIKMALAR

❖ 1. Bachadon bo'ynining yetilganlik darajasini aniqlash

- Vaginal tekshiruvga ko'rsatmani belgilang.
- Bemorga tekshiruv zarurligini tushuntiring.
- Steril qo'lqoplarni kiying.
- Bemorni chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda kushetkaga yotqizing.
- Vaginal tekshiruvni o'tkazing.
- Bachadon bo'yni konsistensiyasini aniqlang: qattiq 0, ichki bo'g'izgacha yumshagan 1, yumshoq 2 ball.
- Bachadon bo'yni uzunligini aniqlang: 2 sm dan ortiq 0,1–2 sm 1,1 sm dan kam 2 ball.
- Bachadon bo'yni o'tkazuvchanligini aniqlang: tashqi bo'g'iz yopiq yoki barmoq uchini o'tkazadi 0, kanal ichki bo'g'izgacha o'tkazuvchan 1, kanal ichki bo'g'izdan ham o'tkazuvchan 2 ball.
- Bachadon bo'ynini chanoq o'qiga nisbatan joylashishini aniqlang: orqaga og'gan 0, oldinga og'gan 1, o'tkazuvchan o'q bo'ylab 2 ball.

Olingan ballarni hisoblang:

0–2 ball – yetilmagan,

3–4 ball – yetarlicha yetilmagan,

5–8 ball – yetilgan.

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

❖ 2. Partogrammani yozish

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

• 1-blokda bemor familiyasi, ismi-sharifi, diagnozi, kelgan sanasi va vaqti;

• 2-blokda homila yurak urishi va ayol pulsi ko'rsatkichlari;

• 3-blokda:

1) homila pufagi holati:

a) butun 1 (*intact*);

b) yorilgan, toza suvlar C (*clear*);

c) yorilgan, suvlar mekoniyli M (*mecony*);

d) yorilgan, suvlar qonli B (blood).

2) Boshcha konfiguratsiyasi:

a) o'q-yoysimon chok yaxshi aniqlanadi: 0;

b) o'q-yoysimon chok yomon aniqlanadi: +;

c) tepa suyaklarining bir-biriga kirishi: ++;

d) tepa suyaklari bir-biriga botib kirishi: +++.

4-blokda tug'ruq boshlangan vaqti, bachadon bo'yni holati, boshchaning kichik chanoq yuzalariga nisbatan joylashishi; bachadon bo'yni 3 sm ochilgan holda shartli belgini latent faza chizig'iga qo'ying, bachadon bo'yni 5 sm dan ortiq ochilganda shartli belgini aktiv faza chizig'iga qo'ying. Dinamikada belgilarni partogrammaga har xil soatlarda yozing. Agar belgilar normal chegara chizig'idan chiqsa, ko'rikni qaytadan amalga oshirish va tug'ruq jarayonini qayta baholash kerak; agar belgilar harakat chizig'iga chiqsa, davolash choralarini amalga oshirish kerak.

5-blok 10 minut davomida to'lg'oqlar miqdori va intensivligi;

6-blok yuborilgan dori preparatlari;

7-blok ayolning ikkala qo'lidagi sistolik va diastolik AB, tana harorati va siydik analizi ko'rsatkichlari.

8-blok chaqaloq ahvoli, jinsi, vazni, uzunligi;

9-blok tug'ruqni 3-davrining davomiyligi, yo'ldoshga ta'rif berish. Tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirishga ko'rsatma. Agar jarrohlik amaliyoti qilingan bo'lsa, uni yozing.

10-blokda tug'ruqdan keyingi davr kechishi va bemorning tug'ruqdan keyingi bo'limga o'tkazilishi.

❖ 3. Amniotomiya

- Amniotomiya o'tkazishga ko'rsatmani aniqlang. O'tkaziladigan muolaja to'g'risida bemorga tushuntiring.

- Oraliq va qinni artib tozalang. Qinga ko'rsatkich va o'rta barmoqlaringizni kiriting va bachadon bo'yni holatini baholang.

- O'qli qisqichlarning uchini qindan kirgizib, qog'anoq pufagini teshing.

- Barmoqlaringiz bilan qog'anoq pardani ajrating.

- Homila oldi suvining miqdori va xususiyatini baholang.

- Homila yurak urishini takror eshiting.

❖ 4. Chaqaloq ahvolini Apgar shkalasida baholash

Hozirgi paytda chaqaloq ahvolini Apgar shkalasida baholash tavsiya etilgan. Baholashni tug'ilgan zahoti birinchi daqiqasida va besh daqiqadan so'ng 5 ta muhim klinik belgilar: yurak urishi, nafas olishi, reflekslar, mushaklar tonusi va teri rangiga asoslanib o'tkaziladi.

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

Chaqaloq ahvolini baholash olingan beshta belgi yig'indisiga qarab o'tkaziladi.

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

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

O'rtacha asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar 4–5 ballda baholanadi.

Og'ir asfiksiyada tug'ilgan chaqaloqlar esa 1–3 ballda baholanadi.

Klinik o'limda tug'ilgan chaqaloqlar 0 ballda baholanadi.

❖ 5. Chaqaloqlarda kindikni kesish va birlamchi artib tozalash

Kindikni artib tozalash ikki bosqichda olib boriladi.

Birinchi bosqich: chaqaloq tug'ilgach, kindik halqasidan 10–12 sm uzoqlikda kindigiga ikkita qisqich qo'yiladi va qisqichlar orasida kindik kesiladi.

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

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

❖ 6. Yo'ldosh ajralganlik belgilarini aniqlash

Muolaja tug'ruq yotog'ida o'tkaziladi.

Shreder belgisi: yo'ldosh ajralgandan keyin bachadon yassilanaadi, yapaloqlashadi va torayib ajralgan yo'ldosh pastki segmentga tushganiga ko'ra uning tubi ancha yuqoriga ko'tarilib, qumsoat shakliga kiradi.

Alfeld belgisi: kindik tizimchasi tashqaridagi qismining 8–10 sm ga uzunlashishidir.

Kyustner-Chukalov belgisi: qo'lning kaft qirrasi bilan qov suyagi ustidan bosiladi, agar yo'ldosh ajralgan bo'lsa, kindik tashqariga, ajralmagan bo'lsa, ichkariga suriladi.

Mikulich belgisi: ajralgan yo'ldoshning qinga tushganligi sababli ayolda qo'shimcha kuchanish hissi paydo bo'ladi.

❖ 7. Yo'ldoshni tashqi ajratish usullari

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

1. Qovuq kateter yordamida bo'shatiladi.

2. Yo'ldoshning ajralganlik belgilari musbat ekanligiga ishonch hosil qilinadi.

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

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

5. Bachadonni qisqartirish uchun yengil tashqi uqalanadi.

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

7. Kredi-Lazarevich usuli shifokor ayolni chap tomonidan turib oyoqlariga qarab turadi. Bachadon tubini shunaqa ushlana-diki, bunda bosh barmoq bachadon oldingi devorida, qo'l kafti tubida va to'rt barmoqlar esa bachadon orqa devoriga qo'yib ushlab, bachadonni siqib yo'ldosh chiqaziladi.

❖ 8. Yo'ldoshning butunligini aniqlash

1. Yo'ldoshning ona yuzasini tepaga qaratib idishga qo'yib, diqqat bilan ko'rib chiqiladi; dastlab yo'ldoshni, so'ngra pardalar ko'rib chiqiladi. Butun yo'ldoshda yuzasi tekis, yaltiroq, bo'lak-chali. «Cho'qilgan» hamda bo'lakchasi yo'q chuqurchalar topilsa, yo'ldosh qismlari qolib ketgan deb shubha qilinadi.

2. Yo'ldoshni ko'rganda uning butunligi, pardalarining yorilgan joyi aniqlanadi.

3. Qog'anoq pardalarida qon tomirlari yo'nalishi qo'shimcha bo'lak bor yo'qligini bilish uchun ko'riladi. Agar tomirlar oxirida yo'ldosh bo'lagi bo'lmasa, u bachadonda qolib ketgan bo'ladi.

4. Qog'anoq pardalari yetishmasa, ular bachadon bo'shlig'ida qolib ketgan deb hisoblanadi.

❖ 9. Yo'qotilgan qon miqdorini aniqlash

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

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

3. Yo'ldosh ajralib chiqqach va tug'ruq yo'llarini ko'rib bo'lgach, lotokda yig'ilgan qonni maxsus belgilangan 12 l hajmli idishga quyiladi.

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

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

6. Maxsus belgilanagan idishdagi qon miqdoriga tagliklardagi qon miqdori qo'shilib, yo'qotilgan qon hajmi aniqlanadi.

7. Ayol vazniga nisbatan yo'qotilgan qon miqdorini hisoblash to'g'riroqdir. Vazniga nisbatan 0,5% qon yo'qotish fiziologik qon yo'qotish deyiladi. Masalan, tana vazni $70\text{kg} \times 0,5 = 350\text{ ml}$.

IX. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI. KO'KRAK SUTI BILAN EMIZISH

Tug'ruqdan keyingi davr — bu bola tug'ilgandan keyingi, tana a'zolarining boshlang'ich holatiga qaytishi va sut ajralishning boshlanishi davri. Chilla davri 6—8 hafta davom etadi. Tuqqan ayol chilla davrining dastlabki kunlarida parvarishga muhtoj bo'ladi, shu sababli u tug'ruqxonada shifokor va akusherka nazoratida bo'lishi lozim.

Chilla davrining dastlabki soatlarida ayolni sinchiklab kuzatib turish kerak. Chunki bu davrda bachadon muskullari bo'shashib, uning qisqarish xususiyagi susayadi (gipotoniya) va qon ketib qolishi mumkin. Shunga ko'ra, ayolni kuzatayotgan shifokor bachadonning qisqarishi va jinsiy a'zolaridan kelayotgan qon miqdorini, ayolning tomir urishi va qon bosimini tekshirib turishi lozim.

Chilla davrida jinsiy a'zolarining asliga kelishi (involutsiyasi) qanday o'tishi haqida to'xtalib o'tamiz.

Bachadon muskullari chilla davrida normal qisqarsa, muskullar qisqa muddatda qattiqlashib, bachadon devorining qalinligi 1,5—2,5sm bo'lib qoladi. Bachadondagi qon tomirlar muskullar qisqarishi natijasida siqilib, deformatsiyaga uchraydi.

Chilla davrining dastlabki uch kunida bachadondan biroz qon kelib turadi (*lochia rubra*). Keladigan qonda tug'ruq ajralmalari bo'ladi. Ajraladigan loxiyalarda bachadondagi yarali yuza (platsenta o'rni), detsidual qavat parchalari ham uchraydi. Platsenta joylashgan yuzadagi qon tomirlarda mayda tromblar ko'rinadi. Bachadon bo'yni oldi va bachadon bo'yni muskullari bo'shashganidan, servikal kanaliga osonlikcha barmoqni kiritish mumkin. Qin devorlari ham kengaygan, burmalari tekislangan bo'ladi. Tashqi jinsiy yoriq ochilib turadi. Bachadon muskullaridagi ortiqcha to'qimalari tez orada yo'qoladi.

Agar chilla davrining boshida bachadon og'irligi 1000–1200 gramm bo'lsa, birinchi hafta oxirida 500–600 g, ikkinchi haftada 350 g, uchinchi haftada 200 g, 6–7 haftadan keyin 50–70 gramm bo'lib qoladi. Muskul hujayralari, qon tomirlardagi nerv tuzilmasi va qo'shimcha to'qimalar asta-sekin yo'qoladi yoki biriktiruvchi to'qimaga aylanadi. Bachadonning asli holiga qaytishi neyrogumoral sistemaning ta'siriga bog'liq.

Tuqqan ayol har kuni muntazam kuzatib boriladi, bachadon uzunligi santimetr tasmasi bilan qov suyagining yuqori chetidan bachadon tubigacha o'lchanadi, u, odatda, bir kunda 1–1,5 sm ga qisqarishi kerak. Chilla davrida bachadon o'zining qisqarish xususiyatini yo'qotmaydi, natijada u asta-sekin kichiklasha boradi. Bachadonning qisqarishi chaqaloqni emizayotgan vaqtda, ayniqsa, kuchli bo'ladi. Qisqarishning susayishi bachadon subinvolutsiyasi deb ataladi.

Chilla davrining dastlabki kunlarida detsidual parda parchalari, qon laxtalari proteolizga uchraydi.

Bachadondagi yarali yuzalardan loxiya deb ataladigan yara suyuqligi ajraladi u 2–3-kunlari qon ko'rinishida (lochia rubra), 4–6-kunlari qon-serozli (lochia rubraserosa) va 7–9-kunlari serozli (lochia serosa) bo'ladi. Loxiyaning ko'rinishiga qarab bachadondagi yara yuzasining kamayayotgani va silindrsimon epiteliy bilan qoplanayotganini aniqlash mumkin. Bachadon devorining yo'ldosh yopishmagan qismlari chilla davrining 11–14-kuni, yo'ldosh yopishgan qismi 3-haftaning oxirida epiteliy bilan qoplanadi. Chilla davrining 7–9-kunlarida qin, bachadon bo'yni va chotdagi yaralar bitadi. Tug'ruqdan 1 sutka o'tgach, bachadon bo'yniga 3–4 barmoqni kiritisa bo'ladi, bachadon bo'yni bo'shashadi, 3–4-kunlar oxiriga kelib o'z shakliga kiradi, ammo vaqtincha yetarlicha ochiq bo'ladi. Uning ichki teshigi faqat chilla davrining 10–12-kunida, tashqi teshigi esa ancha kechroq bekiladi. Agar bachadon bo'yni yirtilgan bo'lsa, bo'ynining tashqi teshigi ochiq qolib, butun umrga surunkali yallig'lanish uchun qulay sharoitga aylangan joy bo'lib qoladi. 12–14-kunlarning oxirida bachadon tubi kichik chanoqning terminal chizig'idan yuqorida bo'lmaydi. Bu paytga kelib, chanoq tubining muskullari o'zining qisqarish xususiyatini tiklab oladi.

Chilla davrida ayolning qon bosimi, tomir urishi, haroratini kuzatish katta ahamiyatga ega. Ba'zi ayollarda tug'ruqning birinchi soatlarida harorat biroz ko'tarilishi mumkin. Bu tug'ruq vaqtida muskullarning zo'riqishiga bog'liq bo'ladi. Haroratning ko'tarilishi loxiyaning ajralmayotgani yoki kam ajralishi natijasida bachadonda yig'ilib qolishdan bo'lishi ham mumkin. Bunday hollarda bachadonni qisqartiruvchi dorilarni yuborish, qin orqali ko'rilganda bachadon bo'yni kanali berk bo'lsa yoki torayib qolgan bo'lsa, uni asboblilar bilan kengaytirish zarur bo'ladi. Shunda bachadon ichi ajralma qoldiqlari oqib tushadi.

Chilla davrida ko'pchilik ayollar vagotonik bo'ladilar, ya'ni ularda tomir urishi sekinlashgan, uning tezligi bir minutda 60 marta urib, to'laligi qoniqarli bo'ladi. Agar tomir urishi minutiga 85–90 dan oshsa, bu ayolda dastlabki patologik qon ketish, infeksiya jarayoni boshlangani yoki tireotoksikoz borligidan dalolat berishi mumkin. Bradikardiya bo'lsa, bu chilla davrining normal kechayotganini ko'rsatadi.

Ko'pchilik ayollarda qon bosimi biroz pasayganligini kuzatish mumkin. Chilla davrida boshqa a'zo va sistemalarda ham o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda siydik ajralishi ancha izdan chiqqan bo'ladi. Ayollarda siyish istagi bo'lmaydi yoki bo'lsa-da, ular yotgan holda siya olmaydilar. Siydikka to'lib ketgan qovuq bachadon holatini o'zgartirib, uni yuqoriga ko'taradi, natijada uning asliga qaytishi susayadi yoki to'xtaydi. Chilla davrining dastlabki kunlarida siydik tutilib qolishiga siydik chiqarish kanali yoki uning ba'zi sohalarining shishishi yoki jarohatlanishi sabab bo'lishi mumkin. Bu holat, odatda, 2–3-kunda o'tib ketadi. Ammo siydik tutilib qolsa, ayolni mustaqil siydirish choralari ko'rish lozim. Agar bu ham yordam bermasa, kateter yordamida aseptika-antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda siydik chiqariladi. Chilla davrining 2–3-haftalariga kelib siydik yo'li faoliyati asliga qaytadi.

Chilla davrida ichaklar faoliyati ham sustlashgan bo'ladi. Shu sababli, ko'pincha, ayollarda qabziyat kuzatiladi. Bunda ayolga huqna qilib ichagi bo'shatiladi. Chilla davrida qorin bo'shlig'ining oldingi devori asta-sekin tonusini tiklay oladi.

Chilla davrida sut bezlari faoliyati boshlanadi. Homiladorlikning birinchi haftalaridayoq gipofiz va jinsiy bez gormonlari ta'sirida sut bezlarida bez epiteliylari ko'paya boradi. Bez bo'laklari ancha kattalashadi va buni aniqlash oson bo'ladi. Bezlarni siqqanda loyqaroq oq suyuqlik ajraladi. Ammo sut bezining haqiqiy sekreti sut, yo'ldosh jinsiy gormonlari va gipofizning prolaktin ajratishi tugaganidan keyingina ajrala boshlaydi.

Chilla davrining dastlabki kunlarida sut bezidan ajraladigan suyuqlik og'iz suti deyiladi. Og'iz suti immunoglobulinlarga, oqsilga, A vitaminiga boy va o'sish omillariga ega. Chilla davrining 4-5-kunidan 15-18-kunigacha sut bezi oraliq sutini, undan keyin haqiqiy, tarkibi turg'un sutni ajrata boshlaydi.

Sut bezlaridagi sekret chiqaradigan hujayralar sutni sut yo'llariga chiqaradi. Sut yo'llari go'yo daraxt shoxiga o'xshab ketadi, ulardan chiqqan sutning hammasi bir yo'lga quyiladi. Har bir bez bo'lagining o'ziga xos xususiyati bo'lib, ulardan ajralgan sut ko'krak bezi tugmachasidagi teshiklar orqali chiqariladi. Ko'krak bezi tugmachasi muskul va qo'shimcha to'qimadan tashkil topgan halqacha bilan o'ralgan, bu qisish xususiyatiga ega, shunga ko'ra sut o'z-o'zidan oqib ketmaydi.

Ba'zi ayollarda sut yig'ilish vaqtida biroz harorat ko'tarilishi mumkin. Isitma chiqishi qisqa muddat davom etib, 37-37,8 gradusdan yuqori ko'tarilmaydi. Agar harorat bundan yuqori bo'lsa, unda infeksiya jarayon boshlanganidan dalolat beradi.

Sut bezlari faoliyatining normal bo'lishi, ya'ni ko'krak bezi tugmachalarining emishga tayyorligi chaqaloqning rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Agar ko'krak bezi tugmachasi kalta yoki yassi bo'lsa, bola ko'krakni yaxshi so'ra olmaydi, natijada ko'krak uchi yoriladi. Buning oldini olish uchun ko'krak uchini homiladorlik davridanoq emishga tayyorlash lozim. Buning uchun har kuni qo'lni yaxshilab yuvib, barmoq uchlari bilan bez tugmachalari bir necha marta tortib turiladi.

Biz yuqorida chilla davrida ayolning jinsiy a'zolarini aseptika qoidalariga rioya qilib parvarish qilish lozimligini aytib o'tgan edik.

Agar ayolning choti, qini, tashqi jinsiy a'zolari jarohatlangan bo'lsa, bachadondan ajralgan loxiya ularni ifloslantiradi, natijada

u yerda mikroblarning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Agar infeksiya qinga, undan bachadon va boshqa ichki jinsiy a'zolariga o'tsa, patologik holat vujudga kelishi mumkin.

Buning oldini olish uchun tashqi jinsiy a'zolar kuniga 2–3 marta yuvib turilishi lozim. Agar chot oralari tikilgan bo'lsa, uning atrofini tozalab yuvib, chokni spirt bilan artish zarur, bu muolajani ayol har gal siyganidan so'ng bajarishi lozim. Tashqi jinsiy a'zolari oldindan orqaga qarab yuvish kerak, aks holda infeksiya to'g'ri ichakdan jinsiy a'zolariga o'tishi mumkin.

Ayolga shifoxonadan uyiga javob berishdan oldin chaqaloq va emizikli ayol uchun xavfsiz bo'lgan homiladorlikdan saqlovchi vositalardan birini tavsiya etish lozim. Shunday vositalardan biri mahalliy qo'llaniladigan Farmateks (Fransiya) hisoblanadi va tezkor kontraseptivlardan Eskapel 1 tabletkani jinsiy aloqadan keyin 72 soat ichida ichish lozim.

Chilla davrining dastlabki kunlari ona uchun to'g'ri kun tartibi o'rnatish, sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish, unga chaqaloqni parvarish qilish usullarini o'rgatish zarur bo'ladi. Tug'ruqxonalarda onalar maktabi tashkil qilinib, pediatrlar va akusher ginekologlar ular bilan 3–4 marotaba mashg'ulot o'tkazishlari zarur. Chaqaloq va ayolni uchastka shifokori kuzatib turadi.

❖ Ona suti bilan boqish

Ona suti bilan oziqlantirish — bolani biologik onasining ko'kragiga tutib oziqlantirish.

«Ona suti bilan oziqlantirish — bu umumiy biologik moslashish fenomeni, bolani programmashtirilgan, bolani rivojlanida yagona ozuqa manbai bo'lib, bolani erta hayotga moslanishi».

❖ Ona sutining ona va bola sog'lig'iga ijobiy ta'siri

Bolani ko'krak suti bilan boqishning xosiyatlari ko'plab ilmiy manbalarda isbotlangan bo'lib, dunyo olimlari ona sutining yigirmaga yaqin muhim foydali jihatlarini aniqlashgan. Bular quyidagilar:

Onalarda:

— emizikli onalarda ko'krak saratoni rivojlanishining oldi olinadi;

– emizish bachadon qisqarishiga va tugʻruqdan keyin ayol organizmidan xiltlarning chiqib ketishiga koʻmaklashadi;

– koʻkrakdan sut kelib turishi ayolda ovulatsiya va hayz siklini vaqtincha toʻxtatadi. Shuningdek, emizish – homiladorlikdan saqlovchi vosita ham hisoblanadi;

– koʻkrak suti bilan boqish – ona tanasini ilgarigi sogʻlom holatiga tezroq qaytaradi. Chunki homiladorlik davrida organizmda yigʻilgan yogʻlar emizikli davrda yoʻqola boradi.

Goʻdaklarda:

– bola dunyoga kelgach, dastlabki 2–3 kun ichida onaning sut bezlari sargʻimtir rangli suyuqlik ajratadi. Bu ogʻiz suti boʻlib, tarkibida shifobaxsh xususiyatlari behisob;

– ogʻiz suti keyingi kunlarda hosil boʻladigan koʻkrak sutiga nisbatan A vitamini, karotin moddasi, askorbin kislotasi va B guruhidagi vitaminlarga boy;

– ogʻiz suti va yetilgan ona suti turli kasalliklarni paydo qiluvchi virus va mikroblarga qarshi kurashuvchi moddalarga boy. U bolada immunitet sistemasining shakllanishida qatnashib, goʻdak tanasida har xil xastaliklarga qarshi bir umrga yetgulik immunitet hosil qiladi. Natijada, goʻdak kasallikka kam chalinadi;

– ogʻiz sutida A immunoglobulin, ayniqsa, serob;

– ogʻiz suti oqsil, yogʻ va uglevodlardan tashqari, mineral unsurlar, fermentlar, gormonlar hamda antitanachalarga boy;

– ona sutidagi yogʻni goʻdak organizmi tez singdiradi, sut emgan bolaning qorni dam boʻlmaydi;

– ona sutining ajoyib xususiyatlaridan yana biri – bola asab sistemasining shakllanishiga ijobiy taʼsir koʻrsatadi;

– sut emgan bolaning tishlari, lab va yonoqlari yaxshi rivojlanadi;

– ona sutidagi kalsiy va fosfor tuzlari bola skeletining toʻgʻri shakllanishi hamda yaxshi rivojlanishi uchun gʻoyat muhim sanaladi;

– bola tugʻruqdan keyingi ilk kunlarda oʻz vaznining 8–10 foizini yoʻqotadi. Sogʻlom oʻsayotgan va yetarli darajada sut emayotgan goʻdak tugʻruqdan keyin yoʻqotgan vaznini 2 hafta davomida tiklab oladi;

— ko'krak suti dastlabki 6 oy davomida chaqaloq uchun eng yaxshi ozuqa hisoblanadi. Bu davrda emizib boqiladigan bola hech qanday boshqa ovqat va hatto suvga ham muhtoj bo'lmaydi;

— ona sutini emgan bolalarda kasallikka chalinish sun'iy oziqlar bilan o'sayotgan bolalarga qaraganda 2,5 barobar kamroq kuza-tiladi.

— ona sutini emgan bolalar emmaganlariga nisbatan tezroq o'sadilar, to'g'ri rivojlanadilar, jismonan va aqlan ajralib turadilar;

— ona suti tufayli go'daklar turli kasalliklardan kuchli himoyaga ega bo'ladilar:

— o'sishini to'xtatib turadigan, nobud bo'lish xavfini oshiradigan yoki rivojlanishda nuqsonlarni yuzaga keltiradigan kasalliklarga deyarli chalinmaydilar;

— ona sutidagi himoya vazifasini bajaruvchi oqsillar bolani turli allergiyalardan saqlaydi;

— ona sutiga to'ygan bolalar o'rtasida kamqonlik, raxit, gipotrafiya kasalliklari kam uchraydi;

— ona sutida bolani turli xil kasalliklardan saqlovchi moddalar — antitelalar va fermentlar bor;

— ona suti tarkibidagi uglevodlar oziqlik xususiyatidan tashqari, ichaklarda mikroblarning o'sishiga yo'l qo'ymaydi;

— ko'krak emish orqali ona-bola o'rtasida aloqa tiklanadi. Ona suti bilan birga go'dak tanasiga nafaqat shifobaxsh moddalar, balki onaga nisbatan bitmas-tuganmas muhabbat tuyg'usi ham o'tadi: ona sutini emgan bola ota-onasiga mehribon bo'lib o'sadi;

— bola 6 oyga to'lib, turli taomlarni iste'mol qilishni boshlagandan so'ng ham, uni yana ikki va undan ortiq yil davomida ko'krak suti bilan boqish lozim. Chunki ona suti — oziqlanish va quvvat olishning muhim manbai hamda turli kasalliklardan himoyalashning noyob va tengsiz usuli;

— qadimdayoq momolarimiz ona sutining xosiyatini chuqur anglab, bolalarini 2 yil emas, hatto 3—4 yoshiga qadar ko'krak suti bilan boqqanlar. «O'g'il bolani 30 oy, qiz bolani 24 oy emizish kerak» degan gaplarni yosh onalarga doimo uqtirib borishgan;

Shuningdek:

– chaqaloqni tez-tez emizish – onada ko‘proq sut hosil bo‘lishini rag‘batlantiradi. Qancha ko‘p emizsa, sut miqdorini va oqimini boshqaradigan gormonlar hosil bo‘ladi va shuncha ko‘p sut ajraladi;

– emizish vaqtini hech qachon cheklamaslik kerak. Go‘dakni bir kecha-yu kunduzda kamida 8 marta (u istaganida) ko‘krak suti bilan boqish kerak;

– emizikli ona davlat idorasida ishlasa-da, bolasini ko‘krak suti bilan boqishni davom ettirishi mumkin: sutini sog‘ib olib, muzlatgichda saqlaydi. Mazkur holatda saqlangan sutni ilitib, 10–12 soat davomida go‘dakka ichirish mumkin.

Ona suti – chaqaloqqa rizq qilib berilgan ne‘mat. Shifokorlar go‘dakni kindigi kesilgan zahoti emizish uchun onasiga beradi. Farzandining sog‘lom va baquvvat bo‘lib voyaga yetishini istagan har bir ayol uni, avvalo, ko‘krak suti bilan boqishi lozim.

Ona suti, hayvonlar suti va sun‘iy arashmalar orasidagi tafovutlar

	Ona suti	Hayvon suti	Sun‘iy sut aralashmalar
Bakterial qo‘zg‘atuvchilar	Yo‘q	Ehtimolli	Tayyorlashda ehtimoli bor
Infeksiyaga qarshi omillar	Mavjud	Yo‘q	Yo‘q
O‘sish omillari	Mavjud	Yo‘q	Yo‘q
Oqsillar	Kerakli miqdorda, yengil hazm bo‘ladi	Juda ko‘p, hazm bo‘lishi qiyin	Qisman korreksiya qilingan
Yog‘lar	Kerakli yog‘ kislotalari, ovqat hazm qilish uchun lipaza mavjud	Asosiy yog‘ kislotalari kam, lipaza yo‘q	Asosiy yog‘ kislotalari kam, lipaza yo‘q
Temir	Ozroq, yaxshi so‘riladi	Oz miqdorda, kamroq so‘riladi	Qo‘shimchalari ko‘p, yomon so‘riladi
Vitaminlar	Yetarli	«A» va «C» yetarli emas	Vitamin qo‘shimchalari
Suv	Yetarli	Qo‘shimcha talab qilinadi	Qo‘shimcha kerak bo‘ladi

❖ Sut tarkibidagi o'zgarishlar

Og'iz suti — bu tug'ruqdan keyingi bir necha kun davomida keladigan sutdir. U quyuq, sarg'ish rangda bo'ladi.

Yetilgan sut — bu sut bir necha kundan keyin hosil bo'lib, sutning miqdori oshadi. Ko'krak to'ladi, shishadi va og'irlashadi. Bu holat ayrim hollarda «sut kelishi» deb aytiladi.

Ertagi sut — bu emizishning boshida ajraladigan sut.

Kechki sut — bu emizishning oxirida hosil bo'ladigan sut.

Kechki sut rangi bo'yicha ertagi sutga nisbatan oqishroq. Chunki uning tarkibida yog'lar ko'p. Bu yog' bola uchun asosiy quvvat manbai hisoblanadi. Shu sababli bolani ko'krakdan juda erta ajratmaslik muhim.

Ertagi sut kechki sutga nisbatan ko'kimtir, u ko'p miqdorda ajralib chiqadi va bolani yetarli miqdorda oqsil, laktoza va boshqa komponentlar bilan ta'minlaydi. Bola ertagi sutni iste'mol qilganligi sababli o'ziga kerakli miqdordagi suvni qabul qiladi. Bolaga hayotning birinchi 4–6-oyligida, hatto issiq havo iqlimida ham qo'shimcha ichimlik kerak emas. Agar u chanqog'ini suv bilan qondirsa, unda ko'krak sutini kam iste'mol qiladi.

❖ Ko'krak bilan emizish

So'rg'ich halqasi atrofida «Montgomer bezlari» deb nomlanuvchi ko'p sonli mayda bezlar joylashgan. Bu bezlar yog'simon suyuqlik ishlab chiqarib, terini sog'lom holatda tutib turadi. Ko'krak bezi ichida mayda xaltachalar ko'rinishida alveolalar joylashgan bo'lib, sut hosil qiluvchi bezlarni hosil qiladi. Prolaktin gormoni bu bezlarda sut hosil bo'lishini stimullaydi. Alveola atrofida mushak tolalari joylashgan bo'lib, ular qisqaradi va sutni siqib chiqaradi. Oksitotsin gormoni mushak tolalari qisqarishini stimullaydi. Kichik naychalar yoki o'tish yo'llari alveoladan sutni chiqaradi. Areola ostida o'tish yo'llari kengayib, sut sinuslarini hosil qiladi. Bu yerda emizishga tayyorgarlik vaqtida sut to'planadi. So'rg'ich orqali o'tib, naychalar torayadi.

Sekretor alveolalar va naychalar tutib turuvchi biriktiruvchi to'qima va yog' bilan o'ralgan. Aynan shu to'qimalar ko'krak bezi shaklini va o'lchamini aniqlaydi. Ham kichik, ham katta

ko'krak bezlari bir xil miqdordagi ko'p sut ishlab chiqaruvchi bezlarni tutadi.

❖ **Prolaktin**

Bola ko'krakni emayotgan vaqtida so'rg'ichdan impulslar sut bezlariga keladi. Bu impulsarga javoban, gipofizning oldingi bo'lagi prolaktinni ishlab chiqaradi. Prolaktin qondan sut bezlariga kelib, sekretor sut bezlarini stimullaydi va sut ishlab chiqariladi. Bola keyingi safar ovqatlantirilganda ko'krak beziga kelib tushgan sutni so'radi. Biz bilamiz, bola qanchalik ko'p emsa, sut bezlaridan shunchalik ko'p sut ishlab chiqariladi. Shunday qilib, bola qanchalik ko'p emsa, shunchalik ko'p sut ishlab chiqariladi.

Prolaktin tunda ko'p ishlab chiqariladi, bundan chiqdi, sut ishlab chiqishini saqlab turish uchun tunda emizish foydali.

Prolaktin onani bo'shashtiradi va ba'zida uyquchanlikni chaqiradi. Shuning uchun tunda, hatto emizayotgan vaqtida u, odatda, yaxshi dam oladi.

Prolaktinaga tegishli gormonlar ovulatsiyani susaytiradi, shu tarzda ko'krak bilan emizish onani yangi homiladorlikdan saqlaydi. Bu hollarda tunda ko'krak bilan emizish muhim.

Ko'pchilik ayollarda bolasiga kerakligidan ko'p sut ishlab chiqariladi. Agar onaning egizak bolasi bo'lib, ular ko'krakni emsa, ko'krak bezlari ikkalasi uchun sut ishlab chiqaradi. Ko'pchilik onalarda ikkita bolaga yetadigan sut ishlab chiqariladi.

Agar bola kam emsa, sut bezlari kam sut ishlab chiqaradi.

Agar bola emishni to'xtatsa, sut bezlari tez orada sut ishlab chiqarishni to'xtatadi.

Oksitotsin refleksi

Bola ko'krakni emish vaqtida sensor impulslar so'rg'ichdan bosh miyaga keladi. Bunga javoban gipofiz orqa bo'lagi oksitotsinni ajratadi. Oksitotsin sut bezlari qon tomirlariga tushadi va alveolalar atrofidagi mushak tolalari qisqarishini stimullaydi. Alveolalarda to'plangan sut naychalar orqali sut sinuslariga o'tadi. Ba'zida sut tashqariga oqadi. Mana shu oksitotsin refleksi yoki sut haydash refleksi deyiladi.

Oksitotsin prolaktinga qaraganda tez ishlab chiqariladi. U ayni oziqlantirish uchun sutning sut bezlariga kelishini stimullaydi. Oksitotsin bola ko'krakni emishidan oldin ishlab chiqariladi, ya'ni ona emizishga tayyorgarlik ko'rayotganda. Oksitotsin refleksi ishlab chiqarilmay qolgan hollarda, bolada sutni olishida qiyinchiliklar paydo bo'lishi mumkin. Sut bezlari sut ishlab chiqarishni to'xtatgandek ko'rinishi mumkin. Ammo sut bezlari sut ishlab chiqarishni davom ettiradi, lekin oqmaydi. Oksitotsin uchun keyingi muhim dalil shuki, u tug'ruqdan keyin bachadon qisqarishini ta'minlaydi. Bu, o'z navbatida, bachadondan qon ketishini to'xtatadi, lekin ba'zida bir necha kunlar davomida bachadonda og'riq va qon quyilishi bo'lishi mumkin, og'riq ancha kuchli bo'ladi.

❖ Oksitotsin refleksini kuchaytiruvchi va to'xtatuvchi faktorlar

Yaxshi hissiyotlar, masalan, ona bolasidan ko'ngli to'q bo'lganda, unga mehr bilan munosabatda bo'lsa yoki uning suti bolasi uchun eng yaxshi ozuqa ekanligiga ishonsa — oksitotsin refleksi ishi kuchayib, sut quyilib keladi. Bolaga tegish, ko'rish yoki uning yig'isini eshitish kabi sezgilar ham oksitotsin refleksini kuchaytiradi. Lekin yomon hissiyotlar, og'riq, hayajonlanish yoki sutning miqdoriga shubhalanish refleks ishini to'xtatishini mumkin va sut kelishi to'xtaydi. Lekin bu vaqtinchalik hodisadir.

Oksitotsin refleksini tushunishda ona va bola o'rtasidagi munosabatga tegishli **ikkita asosiy band muhimdir**:

— onalar bolasini ko'rishi, unga tegishi va qayg'urishi uchun bolani doimo yonida tutishi lozim. Bu ko'krak sutining kelishini ko'paytirib, onani emizishga yo'naltiradi. Ona bolasidan alohida bo'lgan hollarda oksitotsin refleksi bunday tez ishlab chiqarilmaydi;

— siz ona bilan suhbatlashayotgan vaqtingizda uning hissiyotlarini tushunishingiz kerak. Uning kayfiyatini ko'tarib, ishonchini oshirishingiz muhim va shu bilan birga, ko'krak suti kelishi ta'minlanadi. Kayfiyatini buzadigan yoki sut kelishiga shubhalanishga majbur qiluvchi so'zlarni ishlatish kerak emas.

Onalar, ko'pincha, oksitotsin refleksini bilishadi. Oksitotsin refleksining ular yoki siz bilib olishingiz mumkin bo'lgan bir nechta belgilari mavjud.

❖ **Faol oksitotsin refleksining belgilari va sezgilari**

Ona anglashi mumkin:

- bolani emizish vaqtida yoki emizishdan oldin sut bezlari siqilishi yoki igna sanchiganday bo'lishi;

- bola yig'isini eshitganda yoki u haqda o'ylaganda ko'krak bezlaridan sut ajralishi;

- bola ko'krakni emayotgan vaqtida, ikkinchi ko'krakdan sut ajralishi;

- emizish vaqtida agar bola ko'krakni qo'yib yuborsa, ko'krak bezlaridan sutning otilib chiqishi;

- birinchi hafta davomida emizish vaqtida bachadon qisqarishi tufayli og'riq, ba'zida qon ketish tarzda kuzatilishi mumkin;

- bolaning sekin, chuqur so'rishi va yutishi, uning og'ziga sut kelayotganligini bildiradi.

Bir necha belgi, sezgilar yoki hissiyotlar bo'lganda, ona o'zida faol oksitotsin refleksi va ko'krak suti kelayotganligiga ishonishi mumkin. Ammo onada faol oksitotsin refleksi bo'lsa ham, u bu hissiyotlarni sezmasligi va belgilarni o'zida kuzatmasligi mumkin.

❖ **Ko'krak suti ishlab chiqarishini to'xtatuvchi faktorlar (ingibitorlar)**

Sut ishlab chiqarishni sut bezlarining o'zi nazorat qiladi. Ko'krak suti o'zida sut hosil bo'lishni qisqartiradigan yoki to'xtatadigan moddalarni tutadi. Ko'krakda ko'p sut qolgan hollarda ingibitor bezli hujayralarda uning sekretsiasini to'xtatadi. Bu sut, ayniqsa, bezlarining haddan tashqari to'lib ketishidan himoya qiladi. Bu agar bola o'lgan yoki boshqa sabablarga ko'ra ko'krakni emishni to'xtatgan holatlarda juda muhim. Agar ko'krak suti emganda yoki sog'ganda sut bezlaridan chiqsa, ingibitorlar ham chiqib ketadi. Shunda sut bezlari ko'p sut ishlab chiqara boshlaydi. Bola ko'krakdan emishni to'xtatgandan, ko'krakda sut bezlari sut ishlab chiqarishni to'xtatadi. Agar bola, asosan, bitta ko'krakni emsa, bu holda bir ko'krakdagi sut bezlari ko'p sut ishlab chiqaradi, hajmi bo'yicha ham boshqasidan katta bo'ladi. Sut bezlarida sut hosil bo'lishi davom etishi uchun, ularni doim bo'shatib turish

kerak. Agar bola hech qaysi ko'krakni emmasa, bu holda sut ishlab chiqishni saqlab qolish uchun uni sog'ish lozim.

❖ Bolaning reflekslari

Asosiy uchta refleks mavjud: qamrab olish (izlash), so'rish va yutish. Bolaning labi yoki lunji biror narsaga tegsa, og'zini ochadi va boshini burib ko'krakni izlaydi. U tilini pastga tushiradi va oldinga harakatlantiradi. Bu harakat «qamrab olish yoki izlash refleksi» deyiladi. Tabiiyki, bola «qamraydigan» ko'krak bo'lishi kerak. Bola tanglayiga biror narsa tegsa, so'rib boshlaydi va og'zi sutga to'lgach yutadi.

❖ Ko'krakka to'g'ri qo'yish

Bola areolaning katta qismini va uning ostidagi to'qimani og'zi bilan ushlaydi. Sut sinuslari areola osti to'qimasida joylashgan. U ko'krak to'qimasini uzun «so'rg'ich» shaklida tortadi. Haqiqiy so'rg'ich bu «so'rg'ich»ning uchdan bir qismini tashkil etadi.

Bola so'rg'ichni emas, ko'krakni emadi.

Bola tilining holatiga e'tibor bering:

– til oldinga itarilib, pastki milk va sut sinuslari orasida joylashgan. U ko'krak to'qimasi «so'rg'ichida» chashkasimon shaklga kirgan;

– so'rganda u ko'krak to'qimasini «so'rg'ich» shaklida tortib, og'zida tutadi;

– oksitotsin refleksi tufayli sut sinuslariga tushadi;

– til bosimi ostida sut sinuslaridan sut bola og'ziga tushadi.

Agar bola ko'krakni to'g'ri olgan bo'lsa, u sutni yengil siqadi va bu jarayon «*samarali emish*» deyiladi. Ko'krakni to'g'ri emish tashqi belgilariga ahamiyat berish lozim:

– og'zi katta ochilgan;

– pastki labi tashqariga qayrilgan;

– tili ko'krak atrofida;

– iyagi ko'krakka tegib turibdi;

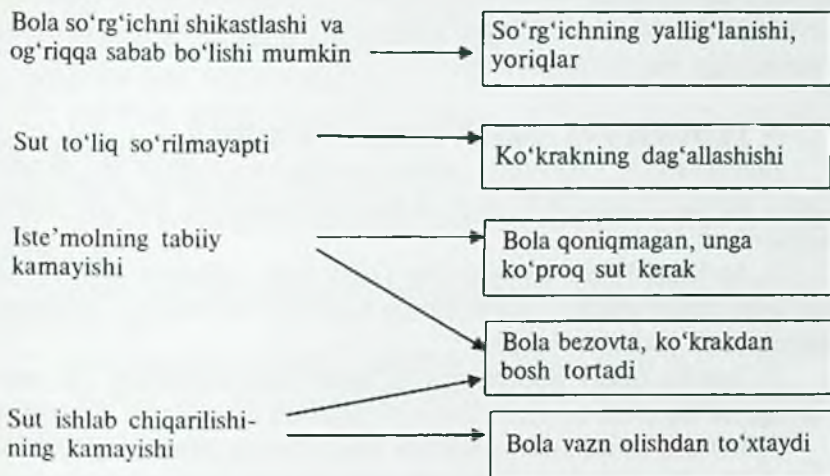
– areola ko'proq bola og'zining yuqori qismida ko'ringan.

Yana shuni tushunish muhimki, bunday ko'krakni so'rganda, bola og'zi va tili so'rg'ichni va ko'krak terisini shikastlamaydi.

Bola ko'krakni noto'g'ri emganda, areolaning katta qismi hamma tomondan ko'rinadi.

Asosiy lahza: agar siz areolaning ko'p qismini ko'rsangiz, bu bola ko'krakka noto'g'ri tutilgani emas. Ba'zi bir onalarda areola juda katta bo'ladi, siz uni bola ko'krakka to'g'ri tutilganda ham ko'rishingiz mumkin. Bola og'zi ustidagi va ostidagi areola qismini solishtirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

KO'KRAKKA NOTO'G'RI QO'YISHNING OQIBATLARI



❖ Sog'liqni saqlash amaliyoti

Salomatlikni himoya qilish bo'yicha amaliy mashg'ulotlar ko'krak bilan oziqlantirishga katta ta'sir etadi. Sog'liqni noto'g'ri saqlash tajribasi ko'krak bilan oziqlantirishga halaqit beradi va sun'iy ovqatlantirish tarqalishini ta'minlaydi. Sog'liqni to'g'ri saqlash tajribasi ko'krak bilan ovqatlantirishni qo'llab-quvvatlaydi. Onalikni himoya qiluvchi xizmatlar tug'ruqdan keyin darhol ko'krak bilan emizishni boshlashlari uchun onalarni tayyorlashga yordam beradi.

Bu davrda ko'krak bilan emizishni yo'lga qo'yishda onalarga yordam beradi. Boshqa sog'liqni saqlash organlari bolaning ikki

yosh va undan ortiq ko'krak bilan emizilishini davom ettirishiga yordamlashishda muhim rol o'ynaydi.

1989-yilda JSST va UNISEF «Ko'krak bilan emizishni qo'llab-quvvatlash, himoyalash va hamkorlik: tug'ruqqa yordam ko'rsatuvchi xizmatlarning muhim roli» nomi ostida hamkorlikdagi hisobotini nashrdan chiqardi. Unda onalikni himoya qiluvchi xizmatlar ko'krak bilan ovqatlantirishni qanday qo'llab-quvvatlashlari mumkinligi yozilgan. «O'n qadam» hamkorlikdagi hisobot asosiy tavsiyalarining qisqacha ta'rifini taqdim etadi. Ular, asosan, «Bolaga do'stona munosabatdagi shifoxonalar» uchun xizmat qiladi. Agar onalikni himoya qiluvchi xizmatlardan birortasi «bolaga do'stona munosabat» nomini olmoqchi bo'lsa, «O'n qadam»ning hammasiga rioya etishi kerak.

❖ Muvaffaqiyatli emizish tomon «10 qadam»

Homiladorlik, tug'ishda tibbiy yordam ko'rsatish va chaqaloqni parvarishlash bo'yicha xizmat ko'rsatuvchi har bir tibbiy muassasa:

1) ko'krak bilan emizish bo'yicha joriy qilingan qoidalarga qat'iyon amal qilishi, ularni tibbiy xodimlar va tuqqan ayollarga muntazam yetkazib turishi;

2) barcha tibbiy xodimlarni ko'krak bilan emizishni ish jaryoniga tatbiq etish borasida zarur bo'lgan ko'nikmalarga o'rgatishi;

3) barcha homilador ayollarni emizishning afzalliklari hamda qanday emizish kerakligidan xabardor qilishi;

4) bola tug'ilganidan so'ng yarim soat ichida emizishni boshlashda onalarga yordam berishi;

5) onalarga qanday emizishni hamda o'z farzandi bilan vaqtincha bo'la olmagan holda ham sut hosil bo'lishini quvvatlab turishni ko'rsatishi;

6) tibbiy ko'rsatmalardan tashqari hollarda chaqaloqqa ona sutidan boshqa hech qanday ovqat va ichimlik bermasligi;

7) onalar va chaqaloqlarning bir palatada kun-u tun birga bo'lishini amaliyotga kiritishi;

8) go'dakni rejali emas, balki talabiga ko'ra emizilishini rag'batlantirish;

9) ko'krak bilan emizilayotgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ona ko'ragini rad etuvchi hech qanday tinchlantiruvchi vositalar moddalar (so'rg'ich) berilmasligi;

10) emizishni qo'llab-quvvatlovchi guruhlar tuzilishini rag'batlantirishi hamda tug'ruqxonadan yoki shifoxonalardan chiqarilayotgan onalarni shunday guruhlarga yuborishi lozim.

❖ **Ko'krak bilan emizishda antenatal tayyorgarlik**

Onalar guruhi bilan:

- ko'krak bilan emizish afzalligini tushuntiring;
- ko'krak bilan emizish bo'yicha oddiy ma'lumotlarni bering;
- tug'ruqdan keyingi bo'ladigan voqealarni tushuntiring;
- onalar savollarini muhokama qiling.

Har bir ona bilan alohida:

- ko'krak bilan emizishda oldingi tajribasi haqida so'rab-surishtiring;
- unda biror-bir savol yoki xavotir bor-yo'qligini so'rang;
- agar u sut bezlari bo'yicha xavotirda bo'lsa, ularni ko'zdan kechiring;
- onada ishonch paydo qiling va siz unga ko'maklashishingizni tushuntiring;
- laktatsiyadan oldingi davrda ovqatlanish xavfi;
- bolaga ilk ko'krak bilan emizishdan avval hech nima bermang.

Laktatsiyadan oldingi ovqatlantirish xavfi quyidagilardan iborat:

- *u og'iz suti* – bolaning eng dastlabki ozuqasi o'rmini oladi;
- bolada diareya, septitsemiya va meningit kabi infeksiyalar rivojlanish ehtimoli yuqori;
- bolada sun'iy ozuqa proteinlarni qabul qilolmaslik, allergiya, masalan, ekzema paydo bo'lishi ehtimoli yuqori;
- *u so'rishni shakllantirishga xalaqit beradi;*
- bolaning ochligi qoniqtirilganligi sababli, u so'rishni unchalik istamaydi;
- agar bola so'rg'ichli shishachadan sun'iy ozuqa bilan ovqatlantirilsa, ko'krakni olishi qiyinroq bo'ladi.

- bola sut bezlarini kam so‘radi va kam stimulatsiya qiladi;
- sut kelishi uchun ko‘p vaqt talab etiladi va bu ham ko‘krak bilan emizishda qiyinchilik tug‘diradi.

Agar bola, hattoki bir necha marotabagina laktatsiyadan oldin ovqatlantirilsa, onada sut bezlaridagi qiyinchiliklar, masalan, sutning dimlanib qolish kabi holatlar kuzatilishi mumkin. Ko‘krak bilan emizishni ertaroq to‘xtatish ehtimoli istisnosiz ko‘krak bilan emizishga qaraganda, ertaroq paydo bo‘ladi.

❖ **Ona va bola birga bo‘lishining va bolaning talabiga ko‘ra emizishning afzalliklari**

Ona va bolaning birga bo‘lishi va talabiga ko‘ra emizish ruhiy bog‘liqlik va ko‘krak bilan emizishni shakllantirishda yordam beradi.

Birgalikda bo‘lishning afzalliklari:

- ona bolasini ko‘rib turadi, bu ruhiy bog‘liqlik paydo bo‘lishiga yordam beradi;
- bola kam yig‘laydi, uni shisha idishdan ovqatlantirish sababi kamayadi;

- ona ko‘krak bilan emizishga ko‘proq ishonch hosil qiladi;
- ko‘krak bilan emizish davomliroq bo‘ladi.

Talabiga ko‘ra emizishning afzalliklari:

- ko‘krak suti tezroq keladi;
- bolaning vazni tez oshadi;
- ko‘krak bezi dag‘allashish muommolari kamayadi;
- bolani ko‘krak bilan emizishga o‘rgatish osonroq.

❖ **Ko‘krak bilan emizishning erta bosqichida onaga qanday yordam berish**

- *shoshilmang va shovqin ko‘tarmang:*
- hatto bir necha daqiqa vaqtingiz bo‘lganda ham, xotirjam va shoshilmasdan gapiring;
- *onadan u o‘zini qanday his qilayotganligini va ko‘krak bilan emizish qanday kechayotganligini so‘rang;*
- unga qandaydir ma‘lumot berish yoki taklif qilishdan oldin ona o‘zini qanday his qilayotganligini aytishiga imkon bering.
- *ko‘krak bilan emizishni kuzating:*

– onani ko‘krak bilan emizayotgan vaqtida xotirjam kuzatishga harakat qiling. Agar bolaning joylashuvi yaxshi va ko‘krakka to‘g‘ri tutilgan bo‘lsa, onaning harakatlarini ma‘qullang. Ortiqcha ko‘rsatmalarning hojati yo‘q.

– *agar zarur bo‘lsa, qulay joylashib olishga yordam bering:*

– agar onada noqulaylik bo‘lsa yoki bola ko‘krakka noto‘g‘ri tutilgan bo‘lsa, unga kerakli yordamni ko‘rsating.

– *onaga o‘rinli ma‘lumotni bering:*

– onada talabga ko‘ra emizish bo‘yicha bolada ovqatlanishga xohish borligini bildiruvchi belgilar haqida bilimi borligiga ishonch hosil qiling.

– *onaning savollariga javob bering:*

Onada so‘ramoqchi bo‘lgan bir qancha savollari bo‘lishi mumkin. Yoki suhbat jarayonida uni nimadir bezovta qilayotganligini bilib olasiz. Unga qanday ma‘lumot kerak bo‘lsa, oddiy va aniq qilib tushuntiring.

❖ Eslatma

1. Ko‘krak suti go‘dak hayotining dastlabki olti oyi mobaynida o‘ta muhim yagona ozuqa hisoblanadi. Go‘dak olti oylik bo‘lgunga qadar ko‘krak sutidan tashqari hech qanday ovqat yoki suyuqlikka, hatto suvga ham muhtojlik sezmaydi.

2. Dunyoga kelgan yangi go‘dak o‘z onasi yonida bo‘lishi va tug‘ilganidan keyin bir soat ichida onasini emishni boshlashi zarur.

3. Bolani tez-tez emizish natijasida ko‘krak suti ko‘payib boradi. Odatda, har bir ona go‘dakni o‘z ko‘krak suti bilan emizishga qodir.

4. Go‘daklarni ona suti bilan boqish chaqaloqlar va yosh bolalarni xavfli kasalliklardan saqlashda yordam beradi. Bu, shuningdek, ona va bolani o‘ziga xos mehr rishtalari bilan bog‘laydi.

5. Go‘dakni shisha idish bilan so‘rg‘ich orqali emizish uning kasallanishiga, hatto ko‘ngilsiz holatlar yuz berishiga olib keladi. Agar ona o‘z bolasini emiza olmasa, chaqaloqqa ko‘krak suti yoki uning o‘rnini bosadigan ozuqalarni sanitariya va gigiyena qoidalariga rioya qilgan holda berishi kerak.

6. Bola 6 oylik bo'lgach, turli qo'shimcha ozuqalarga muhtoj bo'ladi, biroq u ikki yoshgacha va undan keyin ham ma'lum muddat emizilishi kerak.

❖ Masalalar

1. A. ismli tuqqan ayol, chilla davrining ikkinchi kuni umumiy ahvoli yaxshi bo'lib, harorati 36,6 gradus, tomir urishi minutiga 68 ta. Ichki a'zolarida o'zgarishlar yo'q. Ko'krak bezlari sal kattalashgan, uchlari yaxshi, qizarmagan. Bachadon yaxshi qisqargan. Bachadon tubining yuqorigi nuqtasi kindik atrofida bo'lib, paypaslaganda og'rimaydi. Loxiya qon aralash qizil rangda oz miqdorda, siyishi yaxshi. Ichi o'tgani yo'q (yozilmagan).

1. Diagnostika.

2. Chilla davrida bachadon og'irligining o'zgarishi.

3. Chilla davrining birinchi kunlari ko'krak bezlari nima ishlab chiqaradi, og'iz sutining tarkibini aytib bering.

2. S. ismli tuqqan ayol, chilla davrining beshinchi kuni umumiy ahvoli yaxshi bo'lib, harorati 36,8 gradus, tomir urishi minutiga 64 ta. Ichki a'zolarida o'zgarishlar yo'q. Ko'krak bezlari sal kattalashib, qattiqlashgan, uchlari yaxshi, qizarmagan. Bachadon yaxshi qisqargan. Bachadon tubining yuqori nuqtasi kindik bilan qov o'rtasida bo'lib, paypaslaganda og'rimaydi. Loxiya oz miqdorda bo'lib, qon aralash sarg'ish tusda, siyishi yaxshi. Kuniga bir marta yoziladi.

1. Diagnostika.

2. Chilla davrida loxiya xususiyatlarining o'zgarishi.

3. Chilla davrining 5-kunlarida ko'krak bezlari nima ishlab chiqaradi?

X. HOMILADORLIKNING ILK TOKSIKOZLARI

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

Homiladorlik erda toksikozlariga quyidagi asoratlar kiradi:

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

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

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

Oʻrta ogʻirlik darajali homiladorlar qusishi ovqatlanishdan qatʼi nazar, sutkasiga 10–12 martagacha oshishi bilan xarakterlanadi. Bemor isteʼmol qilingan ovqatni ushlab qololmaydi. Bemorning umumiy ahvoli sezilarli yomonlashadi. Soʻlak ajralishi paydo boʻladi, organizmning suvsizlanishi boshlanadi, tana vazni oyiga 2–3 kg gacha kamayadi. Kasallik rivojlanganda uglevod, yogʻ, suv-tuz va elektrolitlar almashinuvida oʻzgarishlar kuzatiladi. Bemorlar holsizlikka, adinamiya va apatiyaga shikoyat qiladi. 5–7% bemorlarda sariqlik, 20–30% – giperbilirubinemiya (40 mk mol/ml gacha) va 20–50% – atsetonuriya kuzatiladi.

Homiladorlar tinimsiz qusishida sutkasiga 20–25 martagacha takrorlanadi va organizmning ogʻir intoksikatsiya belgilari bilan kechadi. Bemorning umumiy ahvoli ogʻir. Tana harorati Selsiy boʻyicha 38 daraja va undan yuqoriga koʻtariladi, taxikardiya rivojlanadi – daqiqasiga 120 ta va undan ortiq, yurak tonlari boʻgʻiq, AQB 30 mm sim. ust. gacha kamayadi.

Bemorlar tana vaznini anchagina yoʻqotadi (haftasiga 2–5 kg gacha) apatiya va adinamiya rivojlanadi.

Ayollar tekshiruvdan oʻtkazilganda teri qoplamining quruqligi, turgorning pasayishi yaqqol namoyon boʻladi. Teri va skleralarning sariqligi, ogʻizdan atseton hidi, glossit, gingivit paydo boʻladi. Diurez sutkasiga 300–400 ml gacha kamayadi, qonda qoldiq azot, mochevina va bilirubin (40–80 mk mol/l gacha) miqdorining patologik oshishi kuzatiladi, albumin, xolesterin, kaliy va xloridlar miqdorining pasayishi sodir boʻladi. Proteinuriya, silindruriya paydo boʻladi. Atsetonga reaksiya keskin musbat.

Soʻlak ajralishi, koʻpincha, qusish bilan birgalikda kechadi. Soʻlak ajralishi homilador ogʻiz boʻshligʻida soʻlak miqdorining oshishi va koʻp miqdorda suyuqlik yoʻqolishi (sutkasiga 1 litrgacha) bilan boshlanadi. Ayol soʻlakni yutadi va natijada oshqozonning soʻlak bilan toʻlishiga olib keladi.

Bu, oʻz navbatida, qusishni chaqiradi va bemor ahvolini ogʻirlashtiradi. Baʼzi hollarda ptializm mustaqil kasallik sifatida namoyon boʻlishi mumkin va oʻrtacha miqdorda soʻlak ajralganda nisbatan oson kechadi. Ptializmning ogʻir shaklida soʻlakning sutkalik ajralishi bir necha litrga yetishi mumkin. Bu oqsil, uglevod,

vitaminlar, tuzlar yo'qotilishiga va organizmning suvsizlanishiga olib keladi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi.

Tashxislash. Bu patologik holatlarni tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. To'liq yig'ilgan anamnez va bemorni kuzatish orqali aniq tashxis qo'yish hamda patologik jarayonning og'irlik darajasini baholashga imkon beradi. Bu patologik holatlarni tashxislashda qon va siydik tahlillarining ko'rsatkichlari muhim hisoblanadi. Qon tahlilida yuqori gematokrit, qoldiq azot, bilirubin miqdorining oshganligi, xloridlar miqdorining kamayganligi va atsidozning paydo bo'lganligi kuzatiladi. Siydik tekshirilganda atseton topiladi, normal tahlilda bu bo'lmasligi lozim. Toksikozning og'ir shakli kuzatilgan bemorlarda atseton miqdori 100–150 mg% va undan ham oshadi. Tahlillarda atsetondan tashqari, oqsil va silindrlar paydo bo'ladi.

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

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

- NSD bo'lgan ayollarda;
- surunkali tonzillit;
- oshqozon-ichak trakti a'zolarining kasalliklarida (gastrit, xoletsistit, o't chiqaruv yo'llarining diskineziyasi, pankreatit, yara kasalligi);
- algodismenoreya, kechki menarxe, infantilizm tipi bo'yicha hayz sikli buzilishi, semizlik kuzatilgan ayollar;
- allergik kasalliklarda, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida;

– oral kontraseptivlarni ko'tara olmaydiganlar, chekuvchilar.

Homiladorlar qusishida kompleks davoning maqsadi:

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

2) organizmning suvsizlanishini bartaraf qiluvchi vositalarni qo'llash;

- 3) desensibilizatsiyalovchi terapiya qo'llash;
- 4) organizmda dezintoksikatsiyani o'tkazish;
- 5) uzoq muddatli ochlik oqibatlarini yo'qotish.

Ptializmda xuddi homiladorlar qusishdek kabi davo o'tkaziladi. Qo'shimcha ravishda so'lak ajralishini kamaytirish uchun 0,1% atropin eritmasini kuniga 1 ml dan 2 marta mushak orasiga yuboriladi. Og'iz bo'shlig'ini 1% mentol eritmasi, shalfey va romashka damlamasi bilan tez-tez chayib turish orqali subyektiv yengillikka erishiladi. Shuningdek, fizioterapevtik usullar orqali nerv sistemasiga ta'sir etish ham qo'llaniladi — bo'yin simpatik tugunlar sohasiga galvanizatsiya va diatermiya.

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

Klinik nuqtayi nazardan quyidagi kombinatsiyalar eng samarali:

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

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

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

Og'ir darajali (tinimsiz) qusishda — qusish markazining qo'zg'alishini so'ndirish uchun aminazinning 2% eritmasini muskul orasiga kuniga 2 mahal yuboriladi. Samarasi bo'lmaganda aminazinning 1–2 ml 2,5% eritmasini 500,0 ml 5% glukoza eritmasiga qo'shib, venaga tomchilatib yuborish ham mumkin. So'nggi yillarda homiladorlarning to'xtovsiz qusishida droperidol

neyroleptigi qo'llanilmoqda. Droperidol bosh miya po'stlog'i va retikular formatsiyaga ta'sir qilib, qusishga qarshi ta'sirga ega va vazomotor reflekslarni so'ndiradi, vazodilatatsiya hisobiga periferik qon aylanishini yaxshilaydi.

Desensibilizatsiya va moddalar almashinuvini izga solish maqsadida spleninni 10–12 kun davomida teri ostiga yoki mushak orasiga ineksiya ko'rinishida buyuriladi. Suningdek, buyrak usti bezi po'stlog'ining gormonlarini DOKSA (dezoksikortikosteron atsetat) yoki AKTG kun ora mushak orasiga yuborish mumkin.

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

❖ TESTLAR

1. I og'irlik darajali homiladorlar qusishi klinikasini ko'rsating:

- a) qusish kuniga 2–5 marta, siydikda atseton yo'q;
- b) qusish kuniga 20 marta, siydikda atseton bor;
- c) qusish 10 martagacha, siydikda atseton bor;
- d) qusish kuniga 2–4 marta, siydikda atseton bor;
- e) qusish kuniga 4–6 marta, siydikda atseton yo'q*.

2. II og'irlik darajali homiladorlar qusishi klinikasini ko'rsating:

- a) qusish kuniga 10 martagacha, siydikda atseton yo'q*;
- b) qusish kuniga 2–5 marta, siydikda atseton yo'q;
- c) qusish 20 martagacha, siydikda atseton bor;
- d) qusish kuniga 2–4 marta, ba'zan siydikda atseton bor;
- e) qusish 2–4 marta, siydikda atseton yo'q.

3. III og'irlik darajali homiladorlar qusishi klinikasini ko'rsating:

- a) qusish 20 martagacha, siydikda atseton bor*;
- b) qusish 2–5 marta, siydikda atseton yo'q;
- c) qusish 10 marta, siydikda atseton yo'q;
- d) qusish 2–4 marta, ba'zan siydikda atseton bor;
- e) qusish 2–4 marta, siydikda atseton bor.

4. Homiladorlarning haddan tashqari qusishiga qaysi belgi eng xos:

- a) atsetonuriya*;
- b) glukozuriya;
- c) proteinuriya;
- d) leykotsituriya;
- e) siydikda safro pigmentlari.

5. Quyida keltirilgan qaysi belgilar homiladorlar qusishining yengil shakli uchun xos emas:

- a) homiladorlar qusishi;
- b) normal tana harorati;
- c) holsizlik;
- d) uyquchanlik;
- e) siydikda atseton*;
- f) qusish kuniga 4 marta.

6. Davolash samarasiz bo'lgan homiladorlarning to'xtovsiz qusishida vrach taktikasi:

- a) yanada faolroq dezintoksikatsion terapiya tavsiya etish;
- b) homiladorlikni to'xtatish*;
- c) homiladorlikni saqlashga qaratilgan terapiya;
- d) v/i qo'shimcha gemodeza 400,0 yuborish;
- e) nerv sistemasi faoliyatini regulyatsiya qilish.

7. Homiladorlar erta toksikozi uchun qaysi belgilar xos:

- a) yashirin shishlar;
- b) proteinuriya;
- c) tana vaznining kamayishi*;
- d) so'lak oqishi*;
- e) AQB oshishi;
- f) terining quruqligi*.

8. Keltirilgan qaysi belgilar toksikozlarning nisbatan kam uchraydigan shakli hisoblanadi:

- a) dermatozlar*;
- b) homiladorlar qusishi;
- c) homiladorlar shishi;
- d) muskullar tetaniyasi*;
- e) jigar gepatozi*;
- f) ptializm.

9. Homiladorlar qusishi klinikasiga xos:

- a) AQB oshishi;
- b) AQB pasayishi*;
- c) atsetonuriya*;
- d) shishlar;
- e) epigastriyda og'riq;
- f) teri qoplamining quruqligi*.

10. Homiladorlik 7 hafta. Tinimsiz qusishda vrach taktikasi:

- a) vitaminoterapiya*;
- b) nerv sistemasi faoliyatini normallashtirish*;
- c) infuzion terapiya*;
- d) homiladorlikni saqlashga qaratilgan terapiya;
- e) ambulator sharoitda kuzatuv;
- f) antibakterial terapiya.

XI. HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV HOLATLARI

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar uchrashi 7% dan 16% gacha o'zgarib turibdi va uning ko'p uchrashi, ayniqsa, rivojlanayotgan davlatlarda kuzatilmoqda. Onalar o'limining sababi sifatida homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligida 24% ni tashkil etadi, masalan Rossiyada 26,3%. O'zbekistonda 15,4% ga yetib, uchinchi o'rinni egallab turibdi. Ma'lumki, uzoq vaqt davomida onalar o'limi sabablari orasida akusherlik qon ketishlarni egallar edi, lekin onalar o'limining qon ketish sababi tahlil qilinganda o'lgan ayollarning umumiy sonidan yarmi (46,7%) homiladorlik davrdagi gipertenziya holati bilan bog'liq bo'lganligi aniqlandi. O'zbekiston bo'yicha homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarda onalar o'limi birinchi tug'uvchilar orasida 27,5%, Rossiya Federatsiyasida 54,8%; qayta tug'uvchilar orasida ushbu ko'rsatkich 17,1% va 38,7% ni tashkil etdi, tez-tez va ko'p tug'uvchilar orasida esa 33,2%. Perinatal o'lim homiladorlik davridagi gipertenziya holatlarida 5,3% (1830%), kasallanish esa 30% (640780%), homila rivojlanishining orqada qolishi 40% ni tashkil etadi. So'nggi yillarda dunyoda homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari ko'payib borayotgani, jarayonning tezlashishi va asoratlarining tez rivojlanishi bilan kechishi qayd etilmoqda.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar, ko'pincha, ekstra-genital patologiyali ayollarda rivojlanadi (64%). Ekstragenital kasalliklar fonida birgalikda kechadigan homiladorlik davrida gipertenziv holatlar uchrashining ko'payishiga moyilligi aniqlanmoqda, bu esa ma'lum darajada oqibatlari og'irlashishiga olib kelmoqda.

GIPERTENZIV HOLATLARNING ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Homiladorlik davridagi gipertenziya holati — bu mustaqil kasallik emas, balki ona organizmining moslashish imkoniyati bilan rivojlanayotgan homila ehtiyojlarini qondirish orasidagi nomutanosiblik sindromi hisoblanadi. Homiladorlik davridagi gipertenziya holati yangi bachadon — platsenta — homila qon aylanishi shakllanishi bilan bog'liq homiladorlikdan kelib chiqqan asorat, gemostaz tizimidagi tomir trombotsitlar halqasining buzilishi, giperagregatsiya va patologik giperkoagulatsiya jarayonlarining kuchayishidir. Homiladorlik davridagi gipertenziya holati qon tomirlar torayishi va hayotiy zarur a'zoldagi perfuziyasi buzilishi bilan ifodalanadi. Bunda paydo bo'lgan patologik simptomkompleks hayotiy zarur a'zolar faoliyati buzilishiga (markaziy nerv sistemasi, buyrak, jigar, fetoplatsentar kompleks) va poliorgan yetishmovchilikka olib keladi.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar rivojlanishida platsentaga asosiy rol ajratiladi, chunki yo'ldosh ajralgandan so'ng kasallik simptomlari yo'qoladi. Platsentar nazariyasi tarafdorlari homiladorlik davridagi gipertenziv holatlarining rivojlanishidagi turtki hisoblanadigan platsentadan kelib chiqqan gumoral omillarga katta ahamiyat berishadi. Homiladorlik davridagi gipertenziv holati rivojlangan bemor ayollarda, balki gestatsiyaning ilk bosqichlarida immunologik va genetik xususiyatlarga ko'ra bachadon qon tomirlariga trofoblastning migratsiyasi yuz beradi, bu esa normal kechayotgan homiladorlikka xos.

Bunda bachadonning spiralsimon qon tomirlari homilador bo'lmagan ayollarning morfologik tuzilishini saqlab qoladi; ularda mushak qavati transformatsiyasi sodir bo'lmaydi. Bachadonni spiralsimon qon tomirlarining morfologik xususiyati homiladorlik avj olgan sari ularning qisilishiga, vorsinkalararo qon aylanishi buzilishi va perfuziyaning buzilishiga moyillik yaratadi.

Bachadon-platsentar kompleksida rivojlanayotgan gipoksiya, qon tomirlar endoteliasining jarohatlariga olib keladi, ularning vazoaktiv xususiyatlari buzilib, qon tomirlar tonusi va mikrosir-

kulatsiyaning boshqarilishida asosiy rol o'naydigan qator mediatorlar ajrala boshlandi. Hozirgi vaqtda ko'pchilik tadqiqotchilar quyidagi xulosaga keldilar: homiladorlik davrida gipertenziv holatlar rivojlanishida bir mexanizm yo'q, ammo etiopatogenezig ko'p omillar birga ta'sir ko'rsatishi kuzatiladi: neyrogen, gormonal, immunologik, platsentar.

Etiologiyasiga ko'ra, homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar patogenezi negizida tarqalgan qon tomirlar spazmi yotadi, bu esa to'qimalardagi ishemik o'zgarishlarga va hayotiy organlarda, platsenta funksiyasi buzilishiga olib keladi.

Homiladorlik davrida gipertenziv holat har doim buyraklar faoliyatining og'ir buzilishi bilan birgalikda kechadi, ular boshqa a'zolardan ko'ra ertaroq va ko'proq jarohatlanadi. Buyrakdagi asosiy o'zgarishlar mikrosirkulatsiya darajasidagi buyrak gemodinamikasining buzilishi, buyrak parenximasida qon perfuziyasi pasayishi, buyrak koptokchalaridagi filtratsiya tezligi pasayishi, koptokchalar filtri o'tkazuvchanligi oqsillar uchun oshishi, kontsentratsion va suv chiqarish faoliyati buzilishi bilan ifodalanadi. Mikrotromboz sohalari naychalarda va koptokchalarda ishemik, shishli va distrofik o'zgarishlar bilan birgalikda kechadi.

Naychalar o'tkazuvchanligining oshishi oqsilning siydik bilan yo'qolishiga olib keladi.

Buyraklar arterial qon bosimining boshqaruvida asosiy rol o'ynashi sababli, buyrakdagi patologik jarayonlar gipertenziya rivojlanishiga va uzoq muddat ustun turishiga sharoit yaratadi.

Buyrakning chiqaruv funksiyasi buzilganligi sababli gipokaliyemiya va gipernatremiya rivojlanadi, magniy yetishmovchiligi paydo bo'ladi.

Jigardagi gipoksiya sharoiti va mikrosirkulatsiyaning buzilishi va qon aylanishining surunkali buzilishi, qonda oqsillar miqdori pasayishi oqibatida jigarda patomorfologik o'zgarishlar yuzaga keladi: jigar nekrozlari; ko'p sonli qon quyilishlar, ayniqsa, subkapsular turi, jigarning fibroz qavatining taranglanishi bo'lib, hatto uning yorilishigacha; jigarning tizinli yog' bosishi, jigarning o'tkir gepatozi, gepatotsitlarning parenximatoz va yog'li disgrofiyasiga olib keladi.

Surunkali qon tomirlar ichidagi qon ivishning borligi o'pkani katta miqdordagi tromblar, toksinlar, mikroblar bilan «ifloslaydi». O'pka qon tomirlarida immun komplekslar, fibrin tolalari cho'ka boshlaydi, kapillarlar va alveolar membranalarining o'tkazuvchanligi ortib boradi. O'pka parenximasi jarohatlanadi. Lekin nafas yetishmovchiligi simptomlari homiladorlik davridagi gipertenziya holatining oxirgi bosqichida kech namoyon bo'ladi.

Homiladorlik davridagi gipertenziya holatida bosh miyaning funksional va strukturali o'zgarishlari, boshqa a'zolaridagi kabi mikrosirkulatsiyaning buzilishi, qon tomirlarda trombozlar paydo bo'lishi bilan nerv hujayralarida distrofik o'zgarishlar va perivaskular nekrozlar bilan ifodalanadi.

Xuddi shu vaqtda mayda nuqtali yoki mayda o'choqli qon quyulishlar rivojlanadi. Miya shishi (ayniqsa, og'ir homiladorlik davridagi gipertenziya holatlarida) va bosh miya bosimi ko'tarilishi xos. Ishemik o'zgarishlar kompleksi oxir natijada eklampsiyaga olib kelishi mumkin.

Homiladorlik davridagi gipertenziv holatning uzoq davom etishi, noadekvat terapiya, platsentada, bosh miyada, buyraklarda, jigarda borgan sari kuchaygan strukturali funksional patologiya, turli ko'p miqdordagi «patologik aylanma»lar rivojlantirishiga sharoit yaratadi va patologik o'zgarishlar doirasiga yangi sohalarni jalb etadi.

Xulosa qilib aytganda, homiladorlik davrida gipertenziv holatlar ona va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uzoq muddatli buzilishlar va o'limning asosiy sabablari bo'lishi mumkin. Gipertenziv kasalliklar onalar o'limi (17,8%) ga to'g'ridan-to'g'ri sabab bo'lib, homiladorlikning 2–8% igacha bo'lgan preeklampsiya bilan kechadi. Preeklampsiya ona o'limining asosiy sababdir (masalan, insult, jigar yorilishi) va perinatal o'lim (masalan, chalalik yoki homilaning rivojlanishi orqada qolishi).

CMAGE 2011 (onalar o'limi bo'yicha konfidensial so'rovlarga asosan Britaniya hisoboti) hisobotida tasvirlangan preeklampsiya bilan bog'liq 22 o'limdan 20 tasida tibbiy yordam standartlarga javob bermadi. O'limning asosiy sababi sifatida davolanish standartlarga mos kelmasligi o'limning 63 foizini tashkil qildi va

bularning barchasi «oldini olish mumkin» hisoblangan. Shunday qilib, gipertenziv holatlar tufayli o'limlarning ko'pchiligi o'z vaqtida va samarali davolash bilan oldini olish mumkin edi.

HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV HOLATLAR TASNIFI, KLINIKASI VA TASHXISI

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti konsensusga erishish maqsadida homiladorlik davridagi gipertenziv buzilishlarning quyidagi tasnifini keltirgan GXKT 10:

1. Avval mavjud bo'lgan (surunkali) gipertenziya (homiladorlikning 20 haftasigacha kuzatilgan yoki tug'ruqdan keyin 6 hafta o'tgach saqlangan).

2. Avval mavjud bo'lgan gipertenziya proteinuriya qo'shib kechishi bilan (surunkali gipertenziyaga preeklampsiyaning qo'shilishi).

3. Gestatsion gipertenziya (homiladorlik 20 haftasidan so'ng paydo bo'lgan gipertenziya, proteinuriyasiz).

4. Preeklampsiya (homiladorlik 20 haftasidan so'ng paydo bo'lgan gipertenziya, proteinuriya bilan): yengil va og'ir darajasi.

5. Eklampsiya.

Amerika akusherlik va ginekologiya kollejining homiladorlik davrida gipertenziya bo'yicha maqsadli guruhi, homiladorlik paytida to'rtta gipertenziya turini aniqlash uchun yangi tushunchalar ishlab chiqdi:

(1) homiladorlik gipertenziya, (2) preeklampsiya (yengil, og'ir) / eklampsiya, (3) surunkali gipertenziya, (4) surunkali gipertenziya, preeklampsiya.

Gipertenziyaning asl ko'rsatkichi bo'lib diastolik bosim hisoblanadi, u periferik qarshilikni ko'rsatadi va ayolning emotsional holatiga sistolik bosimga qaraganda bog'lik emas.

1. Arterial gipertenziyani sistolik qon bosimi darajasi ≥ 140 mm sim. ust. deb hisoblash kerak va diastolik qon bosimi ≥ 90 mm sim. ust. bo'lgan, boshqa ma'lumotlarga ko'ra, xuddi shu qo'lda (II–2V) kamida 15 daqiqali interval bilan 2 marta o'lchangan, yoki qon bosimi o'lchash oraliq'i 4 soat.

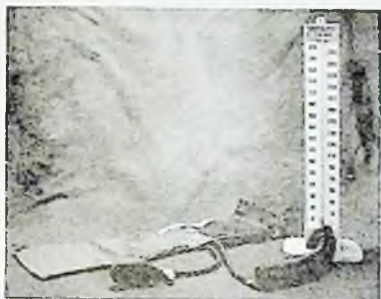
2. Og'ir arterial gipertenziyani $SQB \geq 160$ mm sim.ust. va $DQB \geq 110$ mm sim.ust. aniqlanganda hisoblanadi qon bosimi o'lchash oralig'i 15 daqiqali interval bilan 2 marta o'lchangan (II–2V) yoki boshqa ma'lumotlar bo'yicha 4 soatdan kam bo'lmaganda o'lchash.

3. Sistolik qon bosimi ≥ 160 mm sim.ust. va / yoki diastolik qon bosimi ≥ 110 mm sim.ust, 15 daqiqa yoki undan ko'p vaqtdan davom etsa, gipertonik kriz deb hisoblanadi.

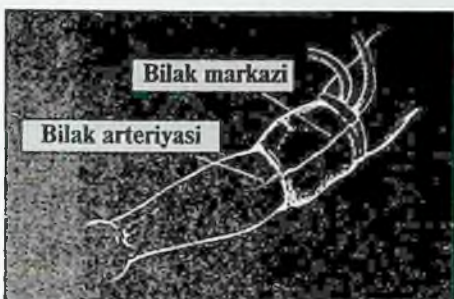
Qon bosimi (QB)ni to'g'ri o'lchash gipertoniya kasalligining oldini olish uchun juda muhimdir. Avtomatik qurilmalar preek-lampsi bo'lgan ayollarda qon bosimini past darajada baholashi mumkin; natijalarni simobli sfigmomanometr ko'rsatkichlari bilan solishtirish tavsiya etiladi. Gipertenziya diagnostikasi olingan qon bosimini o'lchash ko'rsatkichlariga asoslangan bo'lishi kerak. Qon bosimini to'g'ri baholash uchun tavsiyalar:

- tor kiyimni yechish;
- o'ng qo'li qulay va yurak sathida ekanligiga ishonch hosil qiling;
- ayolning arterial bosimi o'tirgan holatida o'lchanishi kerak;
- kerakli o'lchamdagi manjetadan foydalaning (tonometr manjetasining uzunligi yelka aylanasi bilan taxminan 1,5 baravar ortgan bo'lishi kerak);
- standart manjetning pastki tomoni (kengligi 12–13 sm, uzunligi 35 sm) tirsak qatlamasidan 2 sm balandlikda bo'lishi kerak;
- manjetdagi bosimni palpatsiya qilinyotgan sistolik bosimdan ko'ra 20–30 mm sim. ust. dan oshiring.
- bir sekundiga 2 mm sim. ust. bilan bosimni sekinlik bilan pasaytiring;
- birinchi tovushlarning paydo bo'lishi Korotkov tovushining birinchi bosqichiga to'g'ri keladi va sistolik qon bosimini ko'rsatadi;
- diastolik qon bosimini ovoz yo'qolishi bilan o'lchab ko'ring (Korotkov tovushining beshinchi bosqichi);
- agar bir tomondan bosim boshqasining ustidagi bosimdan yuqori bo'lsa, unda eng yuqori bosimga ega bo'lgan qo'lni qo'shimcha o'lchovlar uchun qo'llash kerak;

- qon bosimini o'lchash uchun simob va aneroid manometrlardan foydalanish tavsiya etiladi (avtomatik tonometrlar AKB oshiradi).



Simobli sfigmomanometr



Manjetani holati



Stetoskop holati



Homilador ayolda AB ni o'lchash

Proteinuriya. Normal kechayotgan homiladorlikda buyraklar orqali oqsil ajratilishi ortadi, lekin proteinuriya patologik hisoblanmaydi, agar u 24 soat ichida 300 sg ga teng yoki oshgan bo'lmasa, yoki 300 mgl teng yoki oshgan bo'lsa, yoki 1 reagent qog'ozchalari ishlatilganda «botirish» testi toza ifloslanmagan siydikda (faqat yangi olingan siydikning o'rta porsiyasi) hech bo'lmaganda ikki martalik siydik tahlilida (va siydik yo'llari infeksiyasi bo'lmaganda).

Proteinuriyaning paydo bo'lishi homiladorlik davridagi gipertenziv holatining kechki simptomi hisoblanadi va homila uchun xavfi ortiq noxush oqibatlar bilan bog'liq. Arterial qon bosimining oshishi protennuriya bilan birgalikda kechishi preeklampsiya

rivojlanishi to'g'risida ma'lumot beradi. Siydik tahlili homiladorlar gipertenziyasining skrinigining ajralmas kismi hisoblanadi. Proteinuriyaning aniq topilishi uchun 24 soat mobaynida to'plangan siydikni ishonchli miqdoriy tekshiruv o'tkazish zarur.

Shishlar. O'rta darajali shishlar homiladorligi fiziologik kechayotgan 50–80% homiladorlarda kuzatiladi va ular, odatda, oyoqlarga, qorin bo'shlig'iga, yuziga tarqaladi. Ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, shishlari bor pshertoshm yoki protennuriyasiz homiladorlar, shishlari yo'q homiladorlarga qaraganda yirikroq bolalarni tug'ishadi. Bu shishlarni homiladorlik davridagi moslashuv mexanizmlarining bir qismi hisoblanishining ishonchli isboti bo'ladi. Shishlar homiladorlik davridagi gipertenziya holati ayollar-ning 85% ida uchratiladi va odatda, tana vaznining tez oshishi bilan bog'liqdir va uni oddiy homiladorlikdagi shishlardan ajratish qiyin. Perinatal o'lim gipertoniya bilan shishlar birikishidan ko'ra, faqat gipertoniya pastroq bo'lishi kuzatiladi. Shishlarsiz o'tayotgan preeklampsiya, shishlar bilan birga kechayotgan preeklampsiyadan ko'ra ona va bola uchun xavfliroqligi tan olinganiga ancha bo'ldi.

Surunkali gipertenziya: gipertenziya homiladorlikdan avval tashxis qo'yilgan yoki 20 haftagacha homiladorlik davrida sodir bo'lgan.

Surunkali gipertoniya salbiy natijalaridan yuqori xavfi bilan bog'liq ayolni xabardor qilish zarur: 20% ayollarda preeklampsiya qo'shiladi, 33% — erta tug'ruq, 1,8% — normal joylashgan yo'l-doshning barvaqt ko'chishi, 15% — homila o'sishining orqada qolishi, antanatal o'lim sodir bo'lishi mumkin.

Surunkali gipertenziya birlamchi va ikkilamchi (buyrak patologiyasi, endokrin kasalliklar, aorta koarktatsiyasi) turda uchraydi.

Gestatsion gipertenziya (homiladorlik tufayli paydo bo'lgan): gipertenziya 20 haftadan ko'proq vaqt ichida namoyon bo'ladi.

Surunkali va gestatsion gipertenziyaning yagona klinik belgisi arterial qon bosimning ortishi bo'lib, proteinuriya aniqlanmaydi.

Homiladorlikning kech muddatlarida (20 haftadan keyin) surunkali va homiladorlik gipertenziya o'rtasida farqlash qiyin. Oxirgi tashxis faqat tug'ruqdan keyingi davrda retrospektiv tarzda

bajarilishi mumkin (surunkali gipertenziya tugʻriqdan keyin yoʻqolmaydi).

Yosh ayollar orasida gipertenziyaga xavf omillari (semizlik, diabet) boʻlmaganlarda surunkali gipertoniya gestatsion gipertenziyaga koʻra kamroq.

❖ **Gipertenziya boʻlgan ayollarni davolash boʻyicha asosiy tavsiyalar:**

1. Toʻgʻri tekshiruvlar oʻtkazing.
2. Toʻgʻri tashxisini aniqlang.
3. Onaning prenatal davolash boʻyicha qarori qabul qilish.
4. Tugʻruq muddati toʻgʻrisida qaror qabul qilish.
- 5 Toʻliq kuzatuv.
- 6 Homila holatini kuzatish va korreksiya.
7. Tugʻruqdan keyingi davrda davolash toʻgʻrisida qaror qabul qilish.

8. Homiladorlik vaqtida ayol va uning oilasiga yordam berish.

Surunkali, gestatsion arterial gipertenziyasi bor homiladorlarni ayollar shifoxonaga yotqizish va toʻliq tekshirish oʻtkazish, homilaning holatini baholash zarur:

- umumiy tekshirish va akusherlik tekshiruvi;
- qon bosimini kuniga 4 marta oʻlchash;
- umumiy siydik tahlillari, sutkali proteinuriya tahlili;
- umumiy qon tahlili (gemoglobin, leykotsitlar, trombositlar miqdori);

- koagulogramma (MNO, ACHTV, fibrinogen);
- bioximik tahlil (ALT, AST, bilirubin, mochevina, kreatinin);
- EKG;
- somatik patologiyaning turiga qarab terapevt va qoʻshimcha mutaxassislarning tekshiruvi;

- homiladorlikning 20 haftasidan soʻng – gravidogramma.

Homilaning holati oʻzgarganda:

- homila oʻsishini, amniotik suyuqlik yoki amniotik suyuqlik indikator (ASI)ni aniqlash uchun ultratovush tekshiruv oʻtkaziladi;

- KTG va kindik arteriyasi dopplerometriyasi.

❖ **Surunkali va gestatsion gipertoniya uchun antigipertenziv davo**

Sistolik qon bosimi qiymatlari 160 mm sim. ust. dan yuqori va / yoki diastolik qon bosimi 110 mm sim. ust. dan ortiq bo'lgan ayollarda antigipertenziv terapiya boshlanishi kerak. Bundan tashqari, terapiya ichki organlarga shikastlanishning boshqa belgilari bo'lgan ayollarda, hatto sistolik va diagnostik qon bosimining nisbatan past darajasida ham boshlanishi mumkin. Bu ayollarda haftada bir marta KVPga tashrif etish, AQB haftada uch marta o'lganilishi, haftada 2 marta sutkalik siydik tahlilini proteinuriyaga tekshirish zarur. Antigipertenziv terapiyaning asosiy maqsadi yuqori qon bosimida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan tomirlar yorilishining oldini olishdir.

SOCG 2014 tavsiyalari:

- antigipertenziv terapiya — SQB ≥ 160 mm sim. ust. bo'lgan homilador ayollarda ko'rsatiladi va / yoki DQB ≥ 110 mm sim. ust. (I A);
- shifoxona sharoitida Nifedipin bilan davolashni boshlash yoki parenteral Gidralazin yuborish tavsiya etiladi;
- tomir ichi nitroglitserin (I — B), Labetalol (I — B) va / yoki klonidin (III — B) va tug'ruqdan keyingi Kaptopril (III — B) — alternativ antigipertenziyasi dori hisoblanadi;
- refrakter gipertenziya natriy nitroprussidni (III — B) tomir ichiga yuborish yo'li bilan to'xtatilishi mumkin;
- antigipertenziv terapiya qon bosimi qiymatini SQB 130–155 mm sim. ust. DQB 80–105 mm sim. ust. oralig'ida ushlab turish uchun qo'llanilishi kerak (I — B);
- atenolol va Prazopin foydalanish, tug'ruq sodir bo'lguncha qadar tavsiya etilmaydi (I — D);
- homilador ayollarda antigipertenziv davo o'tkazyotganda SQB darajasi < 140 mm sim. ust. va DQB < 90 mm sim. ust. ni saqlash maqsadli hisoblanadi (III — C).

❖ **Og'ir gipertenziyani davolashda antigipertenziv dori tanlash**

Homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrda og'ir gipertenziyani davolash uchun birinchi qatorli standart dorilar Labetalol vena

ichi va gidralazin vena ichi hisoblanadi. Bronxial astma va yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda labetaloldan foydalanish mumkin emas.

Vena ichi qilish ilojisi bo'lmagan bemorlar uchun qisqa muddatli Nifedipin og'iz orqali 10 mg dozada boshlang'ich davolanish sifatida foydalanish mumkin.

- *Labetalol*: 20 mg vena ichiga boshlang; agar ta'sir etmasa, qo'shimcha dozani 20–80 mg qo'shing (har 10–30 daqiqada), maksimal kiritilishi mumkin bo'lgan miqdor 300 mg gacha. Bronxial astma va yurak yetishmovchiligi bo'lgan ayollarga labetalolni buyurmang. Labetalol neonatal bradikardiyaga olib kelishi mumkin.

- *Nifedipin*: 10 mg dan og'iz orqali boshlang va kerak bo'lganda har 30 daqiqada takrorlang. Til ostiga preparatni tavsiya etilmaydi. Nifedipin va magniy sulfatning bir vaqtida tayinlanishi jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin. Shunga qaramay, ushbu dori-darmonlarning ikkalasi bir vaqtning o'zida ishlatilishi mumkin (JSST tavsiyalari, 2011).

- *Gidralazin*: vena ichiga 5 mg yoki mushak ichiga 10 mg dan boshlang. Agar istalgan qon bosimi darajasiga pasaymasa, 20–30 daqiqali interval bilan (5 dan 10 mg gacha, vaziyatga qarab) takrorlang. Bosim darajasi kamaytirilgach, kerak bo'lganda qayta qo'llaniladi (odatda, 3 soatdan keyin). Natija bo'lmasa (20–30 mg ga), boshqa preparatni qo'llang.

- Natriy nitroprussid 0,25 mikrogram/kg/min dozadan boshlang maksimal 5 mikrogram/kg/min ga. Agar 4 soatdan ko'proq vaqt davomida ishlatilsa, homilani sianid bilan zaharlanish rivojlanishi mumkin.

Atenolol, APF va diuretiklar homiladorlikda qo'llanmaydi, chunki homilaning o'sishi orqada qolishi, ko'psuvlik, homilada buyrak yetishmovchiligi va homila o'limiga olib kelishi mumkin.

❖ Surunkali va gestatsion gipertenziya tug'dirish muddati

- Agar qon bosimi $\geq 160/110$ mm sim. ust. va davolashning samaradorligi bo'lmasa, homiladorlikni to'xtatishni taklif qilish. Homiladorlik <34 hafta bo'lsa, kortikosteroidlar kursi tayinlanadi.

- Agar qon bosimi $<160/110$ mm sim. ust. bo'lsa, homiladorlik <37 hafta – induksiyaga ko'rsatma bo'lmasa (nazorat qilinish zarur).

- Agar qon bosimi $<160/110$ mm sim. ust. bo'lsa, homiladorlik > 37 hafta – ayollarning individual xususiyatlarini muhokama qilish. JSST 2014 – ayolga tug'ruq induksiyasi tavsiya etiladi.

❖ Preeklampsiyaga

Preeklampsiya homilador ayollarning 3% i uchraydi va dunyo bo'ylab yiliga taxminan 100,000 onalar o'limiga sabab bo'ladi. Perinatal o'limni 5 marta oshiradi. O'lik tug'ilish xavfi 9,6 marta oshadi. Har yili 5000 ayol (miya ichiga qon quyilish va o'pka asoratlardan) o'ladi. 20% chaqaloqlarda psixoemotsional, fizik rivojlanish buzilib, bolalar kasallanishi ortadi.

Preeklamsiyaga olib kelishi mumkin bo'lgan omillar:

- o'ta yosh homilador ayollar, 35 yoshdan oshgan ayollar homilador bo'lsa;

- past sotsial iqtisodiy sharoit;

- anamnezida og'ir preeklampsiya;

- EGK (qandli diabet, buyrak kasalliklari, surunkali gipertoniya yurak kasalliklari);

- ko'p homilali homiladorlik;

- yelbo'g'oz;

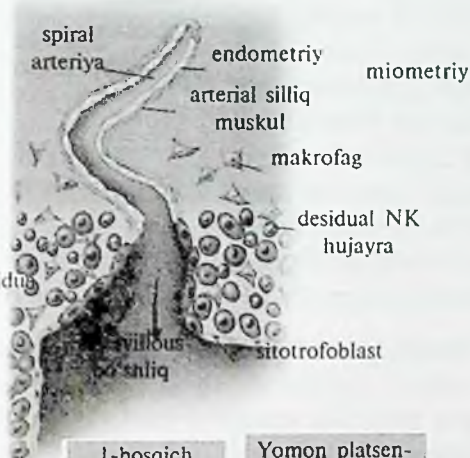
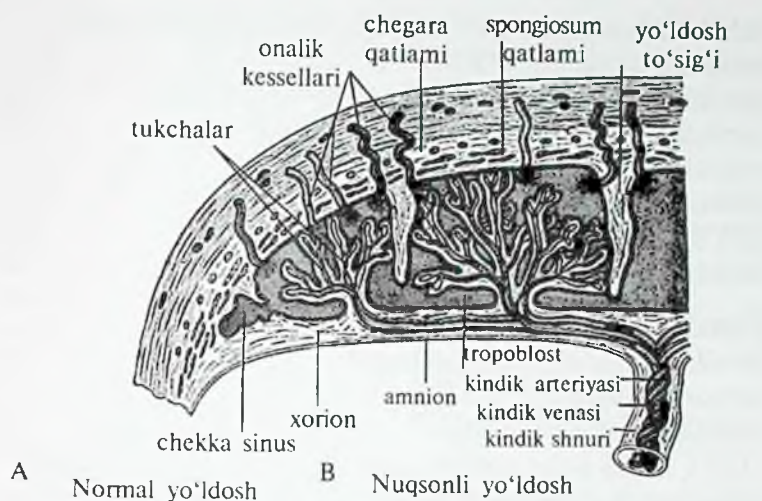
- rezus moskelmaslik;

- semirish.

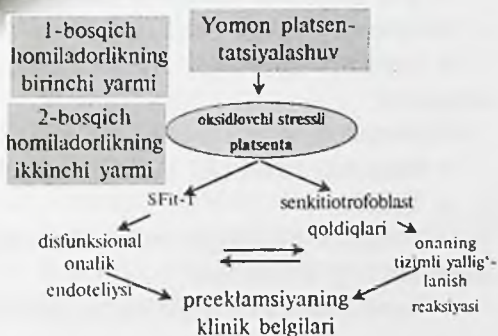
Preeklampsiya pategezida bachadonning spiralsimon arteriyalaridagi trofoblast invaziyasining buzilishi tufayli bachadon platsentar qon aylanishining rivojlanuvchi obstruktsiyasi va tomirlardagi (tomir spazmi, tomir qarshiligining qon oqimiga nisbatan ortishi, suyuqlik hajmining o'zgarishi (interstitsial shish, PX pasayishi), gemokontsentratsiya, qon stazi, mikrotromboz (surunkali DVS) buzilishining generalizatsiyasi rivojlanadi.

Perfuziyaning buzilishi distrofiya bilan nekrobiotik omillar, to'qimalar infarkti, platsentar yetishmovchilik va hayotiy kerakli organlarni yetishmovchiligiga olib keladi.

Bu, o'z navbatida, **onada quyidagi asoratlarni** chaqiradi:



Bachadonning spiral arteriyalaridagi trofoblast invazyasining buzilishi



- MNS (eklampsiya, qon quyilish, ko‘rishning buzilishi);
- buyrakda (nekroz, O‘BE);
- jigarda (gematoma, yorilishi);
- yurakda (o‘tkir yurak yetishmovchiligi);
- o‘pkada (o‘pka shishi, O‘RDS);
- gemostaz tizimida (surunkali va o‘tkir DVS);
- NJYBK;
- NELLP sindromga.

❖ **Homilada asoratlar:**

- homila o‘shining chegaralanishi;
- perinatal o‘lim;
- chalalik (25% <1500 g);
- JSST tomonidan tavsiya etilgan tushuncha: preeklampsiya – homiladorikni 20 haftasidan so‘ng proteinuriya (24 soatda $\geq 0,3$ g) bilan bog‘liq gipertenziya. Preeklampsianing yengil va o‘g‘ir darajasi mavjud.

Yengil preeklampsiya – homiladorikning 20 haftasidan so‘ng diastolik qon bosim (DQB) 110 mm sim. ust. ga teng bo‘lsa yoki oralig‘i 2 soat bilan 2 marta o‘lchanganda 90 sim. ust. dan ko‘p yoki unga teng bo‘lsa va proteinuriya (siydikda oqsil miqdori 0,3 gl va undan yuqori). Ko‘pincha, simptomsiz o‘tib ketadi, lekin tez jadallab og‘ir shaklga o‘tishi mumkin.

Sistolik bosim (SQB) 140 dan 160 mm sim. ust.

❖ **Yengil preeklampsiyani statsionar sharoitida tekshiruv:**

- umumiy tekshirish va akusherlik tekshiruvi;
- qon bosimini kuniga 4 marta o‘lchash;
- umumiy siydik tahlillari, sutkali proteinuriya tahlili;
- umumiy qon tahlili (gemoglobin, leykotsitlar, trombositlar miqdori);
- koagulogramma (MNO, ACHTV, fibrinogen) haftada 3 marta;
- bioximik tahlil (ALT, AST, bilirubin, mochevina, kreatinin);
- EKG;
- somatik patologiyaning tabiatiga qarab terapevt va mutaxassislarning tekshiruvi;
- homiladorlikning 20 haftasidan so‘ng – gravidogramma.

❖ **Homilaning holati o'zgarganda:**

- homila o'sishini, amniotik suyuqlik yoki amniotik suyuqlik indikatorini (IOL) aniqlash uchun ultratovush tekshiruv o'tkaziladi;

- KTG va dopplerometriya.

Yengil preeklampsiyada dori-darmonlar (magneziya, diuretik, gipotenziv, sedativ preparatlar) qo'llash man etiladi, chunki bu preparatlarning qo'llanishi og'ir preeklampsiyaga o'tish belgilarini vaqtincha yashiradi va keyinchalik preeklampsianing kechishi og'ir formada bo'ladi.

❖ **Yengil preeklampsiyada tug'dirish muddati:**

- homiladorlik muddati 37 haftadan kichik bo'lganda – tekshiruv va kuzatuv;

- agar homiladorlik muddati 37 yoki undan ortiq bo'lsa, tug'dirish masalasi ko'rib chiqiladi. Tug'ruq tabiiy yo'llardan va og'riqsizlantirilgan holda tavsiya etiladi (JSST 2014).

SOCG 2014 ning tavsiyalariga muvofiq:

Preeklampsiyada RDSni antenatal profilaktikasi 34 haftaga+6 kun (I A) kortikosteroidlar qo'llash kerak. RDSning antenatal oldini olish uchun gipertenziv holatlarda homilador ayollarga kortikosteroidlar 38 hafta homiladorlik + 6 kun gacha tavsiya qilish mumkin, agar kesar kesish operatsiyasi rejalashtirilgan bo'lsa.

❖ **Og'ir preeklampsiya**

Og'ir preeklampsiya hayot uchun tahlikali bo'lib, favqulodda akusherlik holati deb qaralishi kerak.

Og'ir preeklampsiya uchun mezonlar:

- 20 haftadan keyin proteinuriya 0.3 g / l dan keyin arteriyal gipertenziya (SQB 160 mm sim. ust. yoki undan yuqori yoki DQB 110 mm sim. ust. yoki undan yuqori) va boshqalar;

- yengil yoki o'rtacha gipertoniya, shuningdek, xavfli belgilarining biri;

- boshqa qon kasalliklari bo'lmasa, trombotsitopeniya;

- jigar funksiyasining buzilishi (jigar kasalliklarining boshqa turlari bo'lmaganida, jigar fermentlarining konsentratsiyasi anormal o'sish, me'yordan ikki barobar ortiq);

- dorilarga javob bermaydigan epigastral og'riq — boshqa gastrointestinal kasalliklar bo'lmasa;
- progressiv buyrak yetishmovchiligi bo'lsa, qon zardobida ikki barobar kreatinin kontsentratsiyasi mavjudligi.

❖ **Og'irlashuv simptomlari:**

- giperrefleksiya;
- bosh og'rishi;
- ko'rishning xiralashishi;
- oliguriya;
- epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi yoki qayd qilish;
- o'pka shishi;
- trombositopeniya 100×10^9 l dan kam;
- obirdaniga yoki keng tarqalgan shishlar (Mixelis romb sohasida, yuzida, anasarka).

❖ **Og'ir preeklampsiya bo'lgan ayollarni davolash bo'yicha prinsiplar:**

- 1) baholash;
- 2) kuzatish/monitoring;
- 3) ko'rik;
- 4) qon bosimini nazorat qilish (antigipertenziv davo);
- 5) eklampsiyaning oldini olish (magnezial davo);
- 6) homila RDS (kortikosteroidlar)ning oldini olish;
- 7) suv balansini nazorat qilish;
- 8) tromboprofilaktika;
- 9) homiladorlikni to'xtatishni hal qilish;
- 10) doimiy hushyorlik;
- 11) uzoq muddatli asoratlarning oldini olish.

❖ **Kasalxona sharoitida og'ir preeklampsiyada bemorning holatini kuzatish:**

- qon bosimi o'lchami: stabilizatsiyaga qadar har 15 daqiqada, keyin har 30 daqiqada;
- umumiy qon tahlili;
- jigar funksiyasining tekshiruvi;

- buyrak funksiyasining tekshiruvi;
- diurezni kateter orqali har soat qattiq nazorat qilish;
- qonda kislorod saturatsiyasini kuzatuv har soat;
- KTG, fetometriya, homila yurak urishini eshitish, gravidogramma homila o'sishining chegaralinish sindromiga shubha bo'lsa, ASI aniqlash;
- kindik tomiridagi qon oqimining dopplerometriyasi;
- koagulogramma, mochevina, kreatinin, ALT, AST, bilirubin, elektrolitlar: har 12–24 soatda.

Arterial bosim ayolning ahvoli barqarorlashgunga qadar har 15 daqiqada, so'ngra muntazam ravishda har 30 daqiqada kuza-tilishi kerak.

Agar ayol statsionarda davolanayotgan bo'lsa, uning holati barqaror va uning patologik belgilari yo'q, uning qon bosimi har 4 soatda o'lchab turilishi kerak.

❖ Og'ir preeklampsiyada antigipertenziv terapiya

Bosh miyaga qon ketishining oldini olish uchun samarali antigipertenziv davolashni tezda amalga oshirish kerak. Qo'llaniladigan antigipertenziv dorilarning har qanday usulini tug'ruq paytida davom ettirish kerak. Og'ir preeklampsiyada qon bosimini kamaytirish uchun tanlab olingan dorilar – labetalol, gidralazin, nifedipin.

Talvasa tutishining oldini olish maqsadida magnezial davo o'tkaziladi.

Yuklama doza – 4 g magniya sulfatni quruq moddasi t/i 20 minut davomida (20 ml 25% magneziya sulfat va 20 ml 0,9% fiziologik eritma).

Ushlab turuvchi doza: 400 ml 0,9 fiziologik eritmasida 100 ml 25% magneziya sulfat uzliksiz 24 soat davomida t/i tomchilash 1–2 g/soatiga (7–14 t 1 minutada) (**Zuspan sxemasi**).

Agar eklampsiya magnezial davo fonida paydo bo'lsa, qo'shimcha 2–4 g sulfat magniya quruq moddasini yuborish zarur.

Odatda, magniy sulfat bilan davolash tug'ruqdan keyin yoki eklampsiyadan so'ng yana 24–48 soat mobaynida davom ettiriladi.

Nazorat: tizza refleksini tekshirish, nafas tezligini sanash (daqiqada 16 tadan kam bo'lmاسligi kerak), oxirgi 4 soat mobaynida siydik miqdorini o'lchash.

Magneziya sulfatning antidoti — glukonat kalsiy doimo qo'l ostida bo'lishi kerak!

Pritchard sxemasi: *yuklama doza:* 1–2 ml lidokain har bir dumba sohasiga, 20 ml 25% magneziya sulfat har bir dumba sohasiga. *Ushlab turuvchi doza:* har 4 soat 20 ml 25% magneziya sulfat dumbaga 24 soat mobaynida.

Tug'dirish usuli gestatsiya muddati, homila holati, bachadon bo'yni holati va shoshilinchligiga bog'liq bo'lib, individual ko'rsatkichlardan kelib chiqadi.

Homiladorlik muddati 34 haftadan kichik bo'lsa:

– agar ona va homila holati stabil bo'lib, eklampsiya belgilari kuzatilmasa, faqat 3-darajali muassasalarda ona va homila holatini sinchiklab kuzatish va homiladorlikni davom ettirish masalasini ko'rib chiqish mumkin;

– kortikosteroidlar yordamida chaqaloqlar RDSni profilaktika qilish;

– agar og'ir giperteziya kuzatilsa, ($SQB \geq 160$ mm sim. ust. yoki $DQB \geq 110$ mm sim.ust.) boshqarib bo'lmasa yoki o'pka shishi, NJYBK, homilaga xavf soluvchi holatlar, jigar va buyrak faoliyati buzilishi avj olishi, miya shishi belgilari. HELLP sindrom bo'lsa, homilador ahvoli turg'un bo'lishi bilan shoshilinch tug'dirish maqsadga muvofiq;

– agar qog'anoq suvlarining muddatidan oldin ketishi, homila kindigi arteriyasida nulli-revers qon aylanishi yoki homilaning o'sishi orqada qolishi (5-persentildan kam), o'ta kamsuvlik bo'lsa, RDS profilaktikasidan so'ng tug'dirish;

– agar homilaning ahvoli shubhali bo'lsa, RDS profilaktikasi tugamasdan zudlik bilan tug'dirish lozim.

Homiladorlik muddati 34–36 hafta bo'lsa:

– agar ona va homila holati stabil bo'lmasa — ona holati stabil bo'lishi bilan tug'dirish.

Homiladorlik muddati 37 haftadan katta bo'lsa:

– 24 soat davomida tug'dirish;

– agar o'pka shishi, jigar va buyrak faoliyati buzilishi avj olishi, nostabil gemodinamika, homila ahvoli yomonlashishi bo'lsa, homilador ahvoli tug'un bo'lishi bilan tug'dirish.

Tug'dirish usuli gestatsiya muddati, homila holati, ona ahvoliga bog'liq bo'lib, tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiq:

– tug'ruq vaqti AQB – doimiy nazoratda bo'lishi lozim;

– tug'ruqni KTG bilan olib borish (agar KTG bo'lmasa, har 30 daqiqada yurak urishini eshitish);

– tug'ruq vaqtida magnezial terapiyaning ushlab turuvchi dozasi davom ettirish;

– AQB 160/110 mm sim. ust. dan yuqori bo'lganda antigipertenziv davoni davom ettirish;

– regional anesteziya usuli bilan tug'ruqni og'riqsizlantirish masalasini ko'rib chiqish;

– agar AQB nazorat qilinsa va boshqarilsa, tug'ruq vaqtini chegaralamaslik lozim;

– suyuqlik balansini nazorat qilish – hajmi 80 ml/kg dan oshmasligi kerak.

– kesar kesishga ko'rsatma bo'lganda – jarrohlikdan oldin ayolning ahvolini stabilash lozim.

– magnezial terapiya tug'ruqdan oldin, jarrohlik vaqtida va undan keyin 24–48 soat davom etadi.

❖ Suv muvozanatini nazorat qilish

Oxirgi 20 yil davomida o'pka shishi og'ir preeklampsiya va eklampsiyada o'limning muhim sabablaridan biri hisoblanadi. Shuning uchun suyuqlik to'g'ri yurakka ortiqcha yukni tushirish xavfini kamaytirishni tavsiya qiladi.

Infuzion moddalar sifatida faqat muvozanatli kristalloidlar tavsiya etiladi.

Sintetik va tabiiy kolloidlarni kiritish kristalloidlardan onalar va perinatal natijalarga nisbatan hech qanday afzalliklarga ega emas va faqat mutlaq ko'rsatmalar bo'lishi 1 ml/kg/s bilan chegaralanishi kerak.

❖ Tromboprofilaktika

Preeklampsiya (yengil, og'ir) va eklampsiya bo'lgan ayollar tug'ruqdan oldin va tug'ruqdan keyingi davrda yetarli tromboprofilaktika ko'rsatiladi.

Og'ir preeklampsiya bo'lgan ayolni tug'ruqdan so'ng davolash:

– kuniga kamida 4 marta qon bosimini 5 kun davomida o'lchab turing;

– tug'ruqdan so'ng, 2 kundan so'ng, qonda mochevina, kreatinin, bilirubin, ALT, AST va trombotsitlar sonini tekshirish;

– AQB 160/100 mm sim. ust. va yuqori bo'lsa, antigipertenziv dori vositalar qabul qilishini davom etiladi;

– AQB 140/90 mm sim. ust. va past bo'lsa, antigipertenziv dori vositalar miqdorini kamaytirish;

❖ Eklampsiya

Bu preeklampsiya fonida bemorlarda bir yoki bir nechta tutqanoqlarning paydo bo'lishi.

Homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda bo'lishi mumkin. Eklampsiya sababi miya shishi hisoblanadi. 10000 ayoldan 5 tasida rivojlanadi. Ba'zi ayollarda arterial bosim ko'tarilmaganda ham kuzatilishi mumkin. Agar tutqanoq sababi nomalum bo'lsa, eklampsiyadek olib boriladi va sababini aniqlanadi.

Eklampsiya holati 44% tug'ruqdan keyingi davrda, tug'ruqdan oldin 38% va tug'ruq vaqtida 18% ni tashkil etadi (Rnight va hamma lufar). 5–30% ayollarda davo o'tkazyotgan vaqtida eklampsiya xuruji takrorlanishi mumkin.

Eklampsiya xuruji vaqtida quyidagi asoratlarga tayyor bo'lish kerak: yo'ldoshning ko'chishi (7–11%), DVS – sindrom (8%), o'pka shishi (5%), o'tkir buyrak yetishmovchiligi (5–9%), HELLP sindrom (10–15%), jigarda gematoma (1%), aspiratsion pnevmoniya (2–3%), o'pka-yurak yetishmovchiligi (2–5%), homila distresi (48%).

❖ Eklampsiya xuruji ma'lum bir ketma-ketlikda rivojlanadi:

1. *Prodromal (Aura)* – 15–25 soniya yuz va qo'l mushaklari kichik fibrillar qisqarishi kuzatiladi, hushidan ketadi.

2. *Tonik* — 10–20 soniya, mushaklar qotishi va harakatsizlanishi, diafragma spazmi, nafas to'xtashi, lab shilliqlik qavatlari va oyoq-qo'llar ko'karishi, tanasi orqaga bukilishi, tishlar jipslanishi, ko'zlar bo'rtishi bilan kuzatiladi.

3. *Klonik* — 1–1,5 daqiqa davom etadi, mushaklarning kuchli qisqarilishi, ko'p so'lak ajralishi, og'izdan ko'pik kelishi, nafas qiyinlashishi, so'lak tiqilishi, tilini tishlab olishi mumkin.

4. *Tarqalish davri* — tutqanoqlar to'xtaydi, chuqur uzliqli nafas, og'izdan ko'pik chiqishi, ko'p hollarda qon aralash, nafasi davriylashadi, posteklampsik koma kuzatilishi mumkin, ba'zan yaxshi oqibatlar bilan tarqaladi va hushiga keladi. Tutqanoqdan so'ng amneziya boshlanadi. Agar atrofda hech kim bo'lmasa, faqat jarohatlariga qarab (lat yeyishlar, tili tishlangan) yoki koma holatidan bilish mumkin.

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



Eklampsiya

Eklampsida favqulodda yordam:

A) Kerakli xodimlarning yordamga chaqirish:

- eng tajribali akusher;
 - eng tajribali akusher-ginekolog;
 - eng tajribali anesteziolog;
 - tibbiyot hujjatlarni to'ldirishda yordam berish uchun qo'shimcha akusher va xodimlar;
 - akusher-ginekolog, anesteziolog, ma'muriyatiga xabar berish.
- ### **B) Eklampsiya xuruji vaqtida:**

- uskunalar (vozduxovod, so'rg'ich, niqob va Ambu qopchasi, kislorod)ni tayyorlang va 4–6 l/min tezligida kislorod bering;
- ayolni jarohatdan saqlang, ammo uni faol tutmang;
- oshqozon, qusish va qonning aspiratsiyasi xavfini kamaytirish uchun ayolni chap tomonga yotqiziladi.

C) Eklampsiya xuruji to'xtaganda:

- havo yo'llarini tezda bo'shatib, og'zini oching va pastki jag'ni oldinga itarib, og'iz bo'shlig'ini aspiratsiya qiling;
- darhol talvasaga qarshi va antigipertenziv davolash boshlanadi.
- qaytalansa, yana 2 g (8 ml), 25% magniy sulfat t/i yoki 1,5 barobar dozada 25% magniy sulfat dozasini ko'paytiriladi 1,5 – 2,0 g/soat (11–14 tomchi bir daqiqada);
- talvasalar to'xtamasa diazepam bir marta 10 mg t/i yoki tiopental natriy 50 mg t/i bir marta kiritish mumkin.

D) Eklampsiya xuruji to'xtamasa:

- intubatsiya va sun'iy nafas, reanimatsiyaga o'tkazish.

Eklampsiya xurujida yordam ko'rsatish uchun shifoxonada tibbiy xodimlar, dori-darmonlar va zarur jihozlar doimo mavjud bo'lishi kerak. Guruhga akusher-ginekolog, anesteziolog, akusher, neonatolog (agar boshqa ko'rsatmalar bo'lsa) kiritishi kerak. Favqulodda vaziyatda, protokolning chek varaqasi aniq ta'rifini tekshirish uchun juda foydali bo'lishi mumkin.

Eklampsiyada tezkor yordam berish uchun chek-varaqa namunasi:

1. Rahbar tayinlash.
2. Ro'yxatga oluvchi (tibbiy yordamning barcha bosqichlarini qayd etish uchun) tayinlash.

3. Ijrochilarni tayinlash.
4. Nafas olishni muhofaza qilish.
5. Yotgan joyida bemorning xavfsizligini ta'minlash, yotqizilgan yumshoq yon panelli materialni ko'tarish va yumshatish.
6. Chap yon tomonga burish.
7. Onani pulsoksimetriya qilish.
8. T/i foydalanishni ta'minlash.
9. Kislorod yetkazib berish.
10. Ambu qopchasi bilan o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish.
11. So'rg'ich tayyorlash.
12. Homila holatini kuzatish.

Eklampsiyada birinchi qatorli preparat 25% sulfat magneziya bo'lib, yuqorida aytib o'tilgan dozalarda qilinadi. Magniy sulfat boshqa antikonvulsantlardan afzalroq. Antigipertenziv davo nifedipin, labatalol, gidralizin t/i. AQB har 10 minutda o'lchanadi. Nevrologik status har 15 minutda. Laboratoriya tadqiqotlari gemoglobin, gematokrit, trombotsitlar, kreatinin, qonda glukoza, elektrolitlar (natriy, kaliy, magniy), ALT, AST, LDG, protrombin vaqti, fibrinogen, o'z ichiga olishi kerak. Siydik tahlil soatlik diurezni tasavvur qilish uchun Folley kateteri qo'yish, diurez har 2 soatdan kam bo'lmagan muddatda baholanadi. Diurez soatiga 30 ml dan kam bo'lsa, o'rta mutaxassis shifokorga xabar berishi kerak. Siydik zichligini tahmin qilish uchun urometrdan foydalanish imkoniyati ko'rib chiqilishi mumkin. Eklampsiyaga qarshi kurashda yordam ko'rsatishda amalga oshirilgan harakatlarning ehtiyotkorlik va to'liq hujjatlari muhim ahamiyatga ega.

Homilaning tug'ilishi patogenetik asoslangan davo, lekin ayolning nostabil holatda tug'ishi xavfli. Talavasa to'xtatilib, gipertenziya va gipoksiya korrektsiyalangandan so'ng tug'dirish mumkin. Eklampsiyada xuruj boshlanganda 12 soatdan kechikmasdan tug'dirish lozim. JSST tavsiyasiga ko'ra, 12 soat ichida tug'dirish ilojisi bo'lmasa, kesar kesish qilish lozim.

Preeklampsiya/eklampsiyaning asoratlari:

A) Onada:

- intrakranial qon ketishi;
- platsentaning ajralishi;

- eklampsiya;
- HELLP sindromi;
- DVS;
- buyrak yetishmovchiligi;
- o'pka shishi;
- o'tkir nafas yetishmovchilik sindromi;
- muddatidan erta tug'ruq.

B) Homilada:

- homila o'sish chegaralanish sindromi;
- kamsuvlik;
- disstres sindromi;
- chalalik.

Tug'ruqdan so'ngi davrda gipertenziv holatlarda davolash:

- eklampsiya tug'ruqdan so'ng ko'proq paydo bo'ladi (44%);
- intensiv terapiya bo'limida ayolning ahvolini kamida 24 soat kuzatish kerak;
- tajribali xodimlar tomonidan nazoratni ta'minlash kerak;
- qon bosimini kuniga kamida 4 marta 5 kun davomida o'lchab turiladi;
- tug'ruqdan 2 kun keyin mochevina, kreatinin, bilirubin, ALT, AST va trombotsitlar soni bo'yicha qon tekshiruvini takrorlanadi;
- agar qon bosimi 160/110 mm sim. ust. dan baland bo'lsa, antigipertenziv dorilarni qabul qiling;
- agar qon bosimi darajasi 140/90 mm sim. ust. bo'lsa, antigipertenziv dori dozasini kamaytiring;
- magnezial davo 24 soat davomida;
- tromboprofilaktika;
- suyuqlik muvozanati nazoratini ta'minlash;
- ayol holati stabillashgan va AQB 140/90 mm sim. ust. pastlaganda uyga javob beriladi.

Preeklampsiya/eklampsiya fonida tuqqan ayollar semirish, qandli diabet, insult, yurak ishemiyasi kabi kasalliklarga chalinishi mumkin, chaqaloqlarda esa metabolik, gomonal, yurak-qon tomir patologiyasi ko'p uchraydi va 20% chaqaloqlarda psixoeemotsional, fizik rivojlanish buzilib, bolalar kasallanishi ortadi.

– uyga ketishdan oldin ayollarga xavfli belgilar (bosh og‘rishi, ko‘rishning xiralashishi, diurezning kamayishi, epigastral sohada og‘riq, ko‘ngil aynishi yoki qayd qilish, AQB ortishi) va dispanser nazoratda turishi to‘g‘risida maslahat berish kerak;

– 2 haftadan so‘ng takroriy tekshiruv;

– gipertenziya 2 haftadan uzoq davom etgan holda terapevt konsultatsiyasini o‘tkazish;

– proteinuriya (0,3 g/l va undan yuqori) 6–8 haftadan uzoq davom etsa, nevrolog ko‘rigi;

– terapevt, akusher-ginekolog, dietolog nazoratida bo‘lishi to‘g‘risida maslahat beriladi.

Shunday qilib:

• gipertenziv holatlar tufayli samarali va o‘z vaqtida g‘amxo‘rlik ko‘rsatish orqali o‘limning oldini olish mumkin;

• kam doza aspirin, preeklampsiyaga xavfi yuqori bo‘lgan ayollarda xurujning oldini olish uchun tavsiya etiladi;

• homiladorlik (≥ 160 mm sim. ust. sistolik yoki ≥ 110 mm sim. ust. diastolik qon bosimi)da antigipertenziv davolash amalga oshirish kerak bo‘ladi.

• homiladorlikni to‘xtatish – preeklampsiya va eklampsiyani davolashning yagona samarali usuli;

• tug‘ruqdan oldin ayolning ahvoli barqaror bo‘lishi kerak;

• og‘ir preeklampsiyada magniy sulfatdan foydalanish;

• antigipertenziv davoni tug‘ruqdan keyin ham AQB monitoring asosida davom etish.

XULOSA

1. Xulosa qilib aytilganda, preeklapsiyaning hozirgi vaqtgacha patogenezi aniq emas, shu tufayli davolashning iloji yo‘q va yagona davolash usuli poliorgan yetishmovchiligi rivojlanmasdan – **homiladorlikni to‘xtatish!**

2. *Yengil preeklampsiyada dori-darmonlar (magneziya sulfat, diuretik, gipotenziv, sedativ preparatlar) qo‘llash man etiladi, chunki bu preparatlarni qo‘llanishi og‘ir preeklampsiyaga o‘tish belgilarini*

vaqtincha yashiradi va keyinchalik og'ir preeklampsianing kechishi juda og'ir formada bo'ladi.

3. Albatta, gipotenziv davo o'tkazish (diastolik bosim 110 dan yuqori bo'lsa), 140/90 dan pasaytirmaslik.

4. Magnezial davo faqat og'ir preeklampsiyada qo'llash.

5. Tashxisni gipertenziya va protenuriya mezonlari asosida qo'yish.

6. Doimo og'irlashtiruvchi belgilari tekshirish.

❖ **Kichik guruhlarda ishlash: vaziyatlar muammolarini hal qilish**

Vaqt taqsimoti:

1. Brifing — 5 daqiqa.

2. Flip chartga javob berish bilan situativ vazifalarni hal qilish — 25 daqiqa.

3. Javoblarni muhokama qilish — 30 daqiqa.

Vaziyatli masala № 1

- Shahnoz, 22 yoshda.

- Homiladorlik muddati 36 hafta.

- Salomatlik holati to'g'risida shikoyat mavjud emas.

- Oyoqlarda mo'tadil shish bo'ladi.

- Arterial bosim 150/100 mm sim. ust., ikki marta ketma-ket 4 soat davomida belgilanadi. Qon bosimi ko'tarilishi birinchi marta qayd etildi.

- Kunlik siydikda protein miqdori — 0,1 g/l.

- Homilaning qimirlashi yaxshi.

- Bachadonning tubi balandligi 34 sm.

Vaziyatli masala № 2

- Iroda, 31 yoshda.

- Homiladorlik muddati 31 hafta.

- Salomatlik holati to'g'risida shikoyat mavjud emas.

- Arterial bosim 150/100 mm sim. ust., ikki marta ketma-ket 4 soat davomida belgilanadi. O'tgan 4 hafta ichida AD balandliklari kuzatilgan.

- Kunlik siydikda protein miqdori 0,5 g/l dir.

- Bachadonning tubi balandligi 29 sm.

Vaziyatli masala № 3.

- Komola, 20 yoshda.
- Homiladorlik muddati 34 hafta.
- Bosh og'rig'i, epigastrik sohada og'riq, ko'ngil aynishidan shikoyat qilmoqda.
- Arterial bosim 180/110 mm sim. ust., 15 daqiqali interval bilan ikki marta aniqlangan.
- Kunlik siydikda protein miqdori 1,0 g/l.
- Homila harakati sust.

Javob berish kerak bo'lgan savollar:

1. *Tashxis.*
2. *Gospitalizatsiyaga zaruriyat.*
3. *Qo'shimcha tekshirish usullari.*
4. *Onaga tavsiya qilingan davo.*
5. *Tug'dirish.*

XII. AKUSHERLIK QON KETISHLAR

Akusherlikda qon ketish quyidagilardan iborat:

- homiladorlik davrda 20%;
- tug‘ruq jarayonida 10%;
- tug‘ruqdan keyingi davrda 70% uchraydi.

Shuni aytish joizki har yili butun dunyoda tug‘ruqdan keyingi qon ketishlar 14 million ayollarda kuzatiladi va tug‘ruqdagi qon ketishdan 128000 ayol vafot etadi.

Adabiyotlar ma’lumotlariga ko‘ra, odatda, normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi (NJYBK) 0,07–1,5% da sodir bo‘ladi. O‘zbekiston Respublikasida bu patologiya 1,5% tashkil etadi.

Perinatal va neonatal o‘limga 44,3–71,1% (A.S. Morduhovich, 1990 g) olib keladi, ayniqsa, ekstragenital kasalliklar fonida tez-tez uchraydi.

Bu og‘ir akusherlik asorati, onalar va bolalar o‘limiga olib keluvchi sabablar ichida asosiy o‘rinni egallab, O‘zbekistonda bu asorat iliq iqlim mintaqalariga nisbatan 10 marta ko‘proq uchraydi va NJYBK 28% hollarda o‘limga olib keladi.

Tomirlar tizimining o‘zgarishi bilan davom etadigan kasalliklarda yo‘ldosh barvaqt ko‘chadi. NJYBK, ko‘pincha, bachadon va yo‘ldoshda degenerativ va yallig‘lanish jarayonlari kuzatilganda yuzaga keladi.

Platsentaning ko‘chishiga bachadon platsentar tomirlarining devorlari yupqalashib, mo‘rtlashib, o‘tkazuvchanligi oshib, oson parchalanib qon ketishiga olib keluvchi yoki moyillik tug‘diruvchi omil bo‘lib **hisoblanadi**.

Homiladorlikdagi gipertenziv holatlar (preeklampsiya, eklampsiya), buyrak kasalliklari, gipertoniya, yurak nuqsonlari, kamqonlik, immunologik nizo bilan kechadigan homiladorlik, bachadon

anomaliyasi va o'smasi, giperstimulatsiya va boshqa kasalliklar oqibatida yo'ldosh tomirlarida o'zgarishlar ro'y berganligi tufayli yo'ldosh ko'chishi mumkin. Bachadon devori bilan yo'ldosh oralig'iga qon quyilishi sababli yo'ldosh yopishgan joyidan ko'chadi.

Kindik kalta bo'lganda (<50 sm) va homila qog'onoq pardasi kechikib yirilganda, ko'psuvlikda ham yo'ldosh ko'chishi mumkin.

Egiz homiladorlikda birinchi homila tug'ilgach, yo'ldosh ko'chishi kuzatilishi mumkin.

Kamdan kam sabablardan: jarohatlar, asab-ruhiy omillar bo'lishi mumkin.

Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi patogenezi qon tomirlar yorilishi bilan tushuntiriladi, bu vorsinkalararo qon aylanishi buzilishiga olib keladi va qon ketib retroplatsentar gematoma hosil bo'ladi.

❖ Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi quyidagi ko'rinishda bo'ladi:

- yengil (25%);
- og'ir daraja;
- to'liq ko'chishi;
- qisman ko'chishi:
 jadallashgan,
 jadallashmagan

Yo'ldosh barvaqt ko'chganda ro'y beradigan belgilar nihoyatda xilma-xil bo'lib, yo'ldoshning qisman yoki to'liq ko'chganligiga bog'liq bo'ladi.

Yengil daraja: tashqi qon ketish kuzatilmaslgi mumkin (yoki 250 ml dan kam). Homila ahvoli o'zgarmagan holda bachadon tonusi ortishi, bel sohasida noaniq og'riqlar bo'lishi mumkin, avj olmagan retroplatsentar gematoma, homila ahvoli yomonlashuvi belgilarisiz.

Og'ir daraja: bemorning rangi oqargan, sovuq ter bosgan, qon bosimi kamaygan, tomir urishi tezlashgan bo'ladi. Qorin devorlarini paypaslab ko'rilganda bachadon devorining taranglashgani, bachadonning yo'ldosh ko'chgan sohasi do'ppayib

- Qirg'oqdan ko'chishi (ayolda qindan qon ketadi) 80% uchraydi



- Markazdan ko'chishi (qindan qon kelmaydi, retroplatsentar gematoma hosil bo'ladi), 20% uchraydi



- Normal joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishini



chiqqani kuzatiladi. Homila yurak urishi tezlashadi, ba'zan eshitilmay qoladi.

Asosiy klinik belgilari: og'ir darajasi bemorlarning 20% ida uchrab, yo'ldoshning 40% dan ko'proq yuzasi ko'chadi. Yo'ldosh ko'chishining og'ir darajasi birdaniga ro'y berib, ayolning ahvoli nihoyatda og'irlashadi. Qorinning hamma sohasida qattiq og'riq sezadi, bel sohasida noaniq og'riqlar bo'lishi mumkin, hushidan ketib, qon bosimi pasaygan, tomir urishi sustlashgan, sovuq ter bosib, ranglari oqargan bo'ladi.

Demak, normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishining asosiy klinik belgilari quyidagilar hisoblanadi:

- bachadon gipertonusi, og'riq (retroplatsentar gematoma 150 ml va yuqori bo'lsa);
- qon ketish (tashqi) – platsenta qirg'oqdan ajraganda, ichki – markazdan ajraganda;
- gemodinamik o'zgarish belgilari (6 belgisi) (AQB pasayishi, puls tezlashishi, hushi o'zgarishi, nafas tezlashishi, diurezning kamayishi, teri rangining o'zgarishi).

Laborator tahlillar gemoglobin, gemotokrit ko'rsatkichlarning pasayishi.

❖ Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishining oqibatlari

Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi, o'z navbatida, quyidagi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin: gipovolemik shok, DVS sindrom, koagulopatik qon ketish, bachadon gipotoniyasi – Kyueller bachadon bo'lganda (8%), ichki organlarning ishemik nekrozi tufayli (buyrak, jigar, gipofiz, buyrak usti bezi) poliorgan yetishmovchilik, ona va homila o'limi.

Yo'ldosh barvaqt ko'chganda homilador ayol organizmida ro'y beradigan o'zgarishlar uning yo'qotgan qon miqdoriga, berilgan yordamning tezligiga, organizmning holatiga bog'liq bo'lib, ayol tug'ruqxonaga qancha tez yotqizilsa, og'ir asoratlar, shuningdek, onalar hamda bolalar o'limi shunchalik kamayadi. Har tomonlama o'z vaqtida tezkorlik bilan yordam ko'rsatilmasa, bachadonning qisman (gipototonik) va butunlay (atonik) qisqarmasligi, qon ivish

tizimining pasayib ketishi kuzatilishi mumkin. NJYBK xavfli asorat bo'lib, uning natijasida: DVS sindromi, Kyuveler bachadoni, gipo va atonik qon ketishi rivojlanadi.

Asosiy profilaktik choralar: buyrak va yurak tomir kasalliklari, gipertenziv holatlarni o'z vaqtida davolash, abortning oldini olish va boshqalardan iborat.

❖ **Milliy standart (2015) bo'yicha quyidagicha baholash va monitoring o'tkazish lozim:**

- onaning ahvolini baholash (pulsi, hushi, AKB, nafas soni, teri rangi, tana harorati);
- venalarga (periferik venalarga) 14–16 G kateter bilan tushish;
- qon tahlilini qilish: umumiy qon tahlili, **Hb**, **Ht**, qon guruh va rezus omil, koagulogramma, trombotsitlar soni, fibrinogen, ACHTV, MNO, krovatoldi testi (Li-Uayt);
- siydik qopini kateterizatsiya qilish va soatlik diurezni hisoblash;
- homila ahvolini baholash: kardiotokografiya, bachadon-homila-platsenta qon aylanishining dopplerometriyasi;
- qon guruhi mosligini aniqlash;
- ketgan qon miqdorini aniqlash.

❖ **Olib borish taktikasi**

Qabul bo'limida:

- mutaxassislarni: yuqori malakali akusher-ginekologni chaqirish;
- onaning ahvolini baholash (pulsi, AQB, xushi, teri rangi, nafas soni, tana harorati);

Qon ketib kelganda:

- qo'shimcha tibbiy xodimlarni yordamga chaqirish;
- onaning ahvolini baholash;
- ketgan qon miqdorini baholash;
- ikkita tirsak venalarni katta diametrli ignalar (G 14 yoki 16) yordamida kateterizatsiya qilish (imkon darajasida ayolni kasalxonaga olib kelishda bajarish lozim);
- tahlillarga qon olish (yuqoriga qarang);

- 20 daqiqa davomida 1000 ml hajmda fiziologik eritmalar quyishni boshlash;

- imkon bo'lganda va kuchli qon ketmaganda ayolni UTT va tashxis tasdiqlanganda reanimatsiya yoki tug'ruq bo'limiga o'tkazish lozim.

NJPBK yengil darajasida — **quyidagi hollarda tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish mumkin:**

- asosiy sharti — homilaning hayotiy faoliyatlari buzilmagan;

- **NJPBK va tirik homila** — akusherlik holatlar, gestatsiya muddati va mahalliy sharoitlardan kelib chiqib, tug'dirish;

- **NJPBK va o'lik homila** — tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish maqsadga muvofiq;

- NJPBKning avj olishini aniqlashda UTT asosiy mezon bo'lib hisoblanmaydi. Onaning gemodinamik ko'rsatkichlari va homilaning hayotiyligi zudlik bilan tug'dirishga asosiy ko'rsatma bo'lib hisoblanadi;

- Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirishga sharoit bo'lganda erta amniotomiya qilish, homila (uzluksiz KTG) va ayolning ahvolini monitoring qilish lozim;

- Tug'ruqning 2-davrida qin orqali tug'dirish jarrohliklari (akusherlik qisqichlari qo'yish, homila vakuum-ekstraksiyasi) faqat akusherlik ko'rsatmalar asosida bajariladi. Tug'ruqdan so'ngi tadbirda qon ketishning oldini olish bosqichlari kabi harakat qilinadi;

Diqqat: bu guruhdagi ayollarda koagulopatik qon ketish xavfi yuqori bo'ladi.

Tug'ruq yo'llari tayyor bulmaganda shoshilinch kesar kesish amaliyoti o'tkaziladi.

Qon ketishi davom etganda **jarrohlik bo'limiga o'tkaziladi;**

Jarrohlik xonasi tayyorlanadi;

- qon vositalari tayyorlanadi;

- anesteziyani tanlashda endotraxeal narkoz — maqsadga muvofiq;

- jarrohlik amaliyotini mavjud akusher-ginekolog shifokorlardan eng tajribalisi o'tkazishi lozim;

- lozim bo'lsa, qo'shimcha yuqori malakali mutaxassislarni chaqirish.

Qon ketishi to'xtamasa, ayniqsa, platsenta bachadonga o'sib kirganda, jarrohlik hajmini kengaytirish lozim — gisterektomiya.

Homilador ayolda NJPBK yengil darajasi yoki qon ketishi to'xtaganda:

Reanimatsiya, intensiv terapiya yoki bo'limga o'tkazish:

- > muddati 34 haftadan kichik bo'lsa, homila distressining oldini olish lozim;

- > 34 haftadan katta bo'lsa, akusherlik ko'rsatmalari bo'lmasa, homiladorlikni yetilgan muddatgacha davom ettirish.

Qon ketishi takrorlansa — kesar kesish yo'li bilan tug'dirish. Jarrohlik xonasida:

Qon ketishi davom etganda — laparotomiya, kesar kesish.

- onaning ahvolini baholash, gemodinamik ko'rsatkichlar;

- ketgan qon miqdorini baholash; to'liq klinik-laborator tekshirish;

- gemodinamik ko'rsatkichlarni kuzatish; gemoglobin, eritrotsitlar, trombotsitlar, fibrinogen miqdori;

- homila ahvoli (auskultatsiya, KTG, dopplerometriya);

- homiladorlik;

- siydik qopiga kateterni o'rnatish;

- qon tahlillarini kuzatish (gemoglobin, gematokrit, Li-Uayt buyicha qon ivishi);

- ketayotgan qon hajmi va miqdoriga mos ravishda jarrohlik tadbirlari bilan bir vaqtda infuzion-transfuzion dastur ham amalga oshiriladi (gemorragik shok bo'yicha standartga asosida).

- taxminiy ketgan qon miqdoriga nisbatan 3:1 hajmda fiziologik eritma quyish;

Jarrohlik vaqtida:

- bachadonni vizual baholash, bachadon qisqarishini baholash;

- ketgan qon hajmi va gemodinamikani baholash.

Og'ir darajali platsenta ko'chishida quyidagi shartlarga rioya qilish lozim:

- multidissiplinar brigada va tajribali yuqori malakali mutaxassislar yordami;

- > jarrohlik yo‘li bilan tug‘dirish (kesar kesish) umumiy anesteziya – endotraxeal narkoz ostida olib boriladi;
- bachadonni vizual baholash, bachadon qisqarishini baholash;
- ketgan qon hajmi va gemodinamikani baholash;
- 2–3 juft magistral qon tomirlarni bog‘lash (bachadon devaskulirizatsiyasi);
- samara bo‘lmaganda total yoki subtotal gisterektomiya qilish;
- ichki yonbosh arteriyalarni bog‘lash.

YAMP/SZP quyishga ko‘rsatma – gipokoagulatsiyaning laborator tasdiqlanishi (fibrinogen 1,0 g/l gacha, trombositlar < 50000 mkl, **MNO 1,5 barobardan kam**, qon ivishi 7–8 daqiqadan ortiq).

- gemotransfuziya: $N < 70$ g/l, $Ht < 25\%$ (gemorragik shok bo‘yi-cha standartga asosida);
- infuzion terapiyaning asosini quyidagi eritmalar tashkil etadi: kristalloidlar va kolloidlar (gidroksietilenkraxmal, GEK).

ILOVA: qon ketishi bilan homiladorlarni olib borish komponentlari, ya‘ni xabar berish, reanimatsion tadbirlar, kuzatish/tekshirish va qon ketishini to‘xtatish tadbirlari bir vaqtda olib borilishi shart.

YO‘LDOSHNING OLDINDA KELISHI

Yo‘ldoshning oldinda kelishi uning noto‘g‘ri joylashuvi bo‘lib, yo‘ldosh bachadon tanasining o‘rniga pastki segmentda joylashadi.

Etiologiyasi:

Ona tomonidan omillar:

Endometriy distrofiyasi bilan kechadigan travma va kasalliklar: bachadon shilliq qavatining yallig‘lanishi (surunkali endometrit), anamnezdagi abortlar, homila tashlash, tug‘ruqdan keyingi septik asoratlar, anamnezida ko‘p tug‘ruqlar (5 dan >), ko‘pincha, qayta tug‘uvchilarda, bachadon anomaliyalari va o‘smalari.

Gormonal yetishmovchilik, infantilizm.

Endometriyning qon bilan ta‘minlanishining buzilishiga olib keluvchi bachadon pastki segmentidagi jarrohlik amaliyotlari: kesar kesishdan keyin va boshqa operatsiyadan keyingi chandiqlar.

Yo'ldoshning oldinda yotishi urug'langan tuxum hujayradagi o'zgarishlar natijasida ham kelib chiqadi.

Trofoblastning nidatsion funksiyasi buzilishi, trofoblastning proteolitik faoliyati pasayishi va trofoblast fermentativ jarayonlari kechikib rivojlanishi, urug'langan tuxum hujayra o'z vaqtida bachadon tubiga yopisha olmaydi.

PLATSENTANING OLDINDA KELISHI SINFLANISHI:

- markazda (bachadon ichki bo'g'zini platsenta to'liq berkitishi *placenta previa centralis*);
- yonbosh yotishi (bachadon ichki bo'g'zini qisman berkitishi *placenta previa lateralis*);
- platsentaning qirg'og'i kelishi (platsentaning qirg'og'i ichki bo'g'izning qirg'og'iga joylashgan *placenta previa marginalis*);
- platsenta bachadonning pastki qismida joylashgan (platsentaning qirg'og'i ichki bo'g'izdan 7 sm pastroq bo'ladi).

Klinikasi

1. Homiladorlik davrida bachadondan tashqi qayta-qayta qon kelishi, ko'pincha, sababsiz va uyqu vaqtida, o'z-o'zidan to'xtab to'satdan boshlanadi, bachadon oddiy tonusda, og'riqsiz, odatda, 28–32-haftada sodir bo'ladi.



Platsentaning oldinda yotish variantlari

Homiladorlik vaqtida bachadon o'sishi yoki tug'ruqda bachadon bo'yni ochilib borgan sari platsentaning oldinda kelishi darajasi ham o'zgarib borishi mumkin. Qon ketish platsentaning bir qismining ko'chishi bilan bog'liq, platsenta to'qimasi cho'zilish xossasiga ega emas, shuning uchun bachadonning pastki qismi cho'zilganda platsenta ko'chadi, vorsinkalararo bo'shliq ochiladi, bachadon — platsenta — qon tomirlari yoriladi va ko'p qon ketadi.

2. Kamqonlik rivojlanishi.

3. Homila holatining yomonlashuvi, homila distressi.

4. Homila noto'g'ri, qiyshiq, ko'ndalang joylanishi mumkin.

Diagnostikasi

Yo'ldosh joylashuvi diagnostikasi hech qachon o'ziga xos qiyinchilik tug'dirmaydi. Tashqi tomondan paypaslab ko'rilganda homilaning kichik chanoq yo'li yoki bachadonda noto'g'ri joylashuvi aniqlanadi. Aniq usullardan biri ultratovush orqali tashxis hisoblanadi.

Yo'ldoshning oldinda kelishida yakuniy tashxis qin orqali tekshirib so'ngra qo'yiladi (statsionarda jarrohlik blokida). Bunda platsenta yoki uning cheti paypaslanadi. Bu tekshirish usuli qon ketishini kuchaytirish mumkin.

Quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy taqqoslash kerak:

1. Jinsiy a'zolarining mexanik shikastlari (tirmalish, qin shilliq pardasining yorilishi).

2. Poliplar.

3. Bachadon bo'yni raki.

4. Bachadon bo'yni psevdoroziyasi.

5. Normada joylashgan platsentaning barvaqt ko'chishi.

6. Bachadonning yorilishi.

❖ Platsentaning oldinda kelishida olib boriladigan taktika

Qabul bo'limi: mavjud hujjatlar bilan tanishish (almashinuv varaqasi yoki mavjud UTT xulosasi).

Tekshirilmagan ayollarda quyidagi hollarda:

— homiladorlikning ikkinchi yarmida qindan har qanday qon ketishlar (ayniqsa, och rangli qon);

– homila oldinda keluvchi qismining yuqorida turishi yoki homilaning noto'g'ri joylashishida **platsentaning oldinda keli-shiga shubha qilish lozim. Bu hollarda qin orqali ko'rish mumkin emas:**

– yuqori malakali mutaxassis akusher-ginekologni chaqirish lozim.

Ayol qon ketishi bilan kelganda:

- multidistsiplinar komanda a'zolarini chaqirish;
- ona holatini baholash (pulsi, AQB, nafas olish soni, teri rangi, hushi, tana harorati);
- qon ketish hajmini baholash;
- katta o'lchamdagi kateterlar (G 14 yoki 16) bilan 2 tirsak venalarini kateterizatsiya qilish;
- tahlil uchun qon olish (yuqorida keltirilgan);
- 20 daqiqada 1000 ml gacha hajmda fiziologik eritma quyishni boshlash.

• Qon ketish kuchli bo'lmaganda va gemorragik shok belgilari kuzatilmaganda imkon darajasida UTT o'tkazib, tashxis tasdiqlansa, reanimatsiya, tug'ruq yoki jarrohlik bo'limiga o'tkazish.

• Kuchli qon ketishi davom etayotganda jarrohlik bo'limiga o'tkazish.

- Jarrohlik xonasini tayyorlash.

Jarrohlik xonasida:

• **Kuchli qon ketishi davom etayotganda** – laparotomiya, kesar kesish;

- siydik qopi kateterini o'rnatish;
- ketayotgan qon hajmi va miqdoriga mos ravishda jarrohlik tadbirlari bilan bir vaqtda infuzion-transfuzion dastur ham amalga oshiriladi (gemorragik shok bo'yicha standart asosida).

Jarrohlik vaqtida:

- bachadonni vizual baholash;
- bachadon qisqarishini baholash;
- ketgan qon hajmini baholash va tiklash.

Qon ketishi davom etayotganda va nostabil gemodinamikada zudlik bilan laparotomiya qilish – bachadonning 3 juft magistral qon tomirlarini bog'lash (bachadon devaskularizatsiyasi), ayolning

ahvolini stabilashtirib, ichki yonbosh arteriyalarni bog'lash, zarur bo'lsa, gisterekтомиya qilish.

Reanimatsiya bo'limida:

> kam qon ketishi yoki qon ketishi to'xtaganda:

Agar homila tirik va gestatsiya muddati < 34 hafta bo'lsa:

- to'liq klinik-laborator tekshirish;
- monitoring: UTT, KTG;
- homiladorlikni davom ettirish va kuzatish, glukokortikoidlar bilan homila RDS profilaktikasini boshlash.

Agar homila tirik va gestatsiya muddati 34–37 hafta bo'lsa: homiladorlikni davom ettirish va kuzatish.

Jarrohlik yo'li bilan tug'dirishga tayyorlash:

Rejali ravishda: agar homila tirik va yetilgan bo'lsa.

Shoshilinch ravishda: homiladorlik muddatidan qat'iy nazar homila nobud bo'lgan yoki aniq nuqsonlar bilan bo'lsa, jarrohlik yo'li bilan tug'dirishga tayyorlash (**platsentaning to'liq oldinda kelishi**).

Qon ketishi to'xtaganda I-darajali kasalxonaga keltirilganda va to'liq yordam ko'rsatish imkoni bo'lmaganda yuqori darajali kasalxonaga o'tkazish masalasini ko'rib chiqish lozim.

Qon ketishi takrorlansa, kutish taktikasi davom etilganda ona va homila uchun afzallik va xavflarni solishtirib ko'rish lozim.

Ayol va homilaning holati qoniqarli bo'lsa, stabil gemodinamika va laborator ko'rsatkichlar bo'lganda homila yashashga layoqatli bo'lish muddatigacha homiladorlikni davom ettirish. Kesar kesish jarrohlik yo'li bilan tug'dirish.

Platsentaning to'liq oldinda kelishida kesar kesish yo'li bilan tug'dirish **mutlaq** ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Chala homila tug'ilish xavfini kamaytirish uchun rejali kesar kesish jarrohliligini o'tkazish muddati – 37 va **undan** ortiq hafta.

- 3-darajali kasalxonalarda tug'dirish maqsadga muvofiq.
- shoshilinch tug'dirish (kesar kesish)ga ko'rsatma: tashqi qon ketish yoki homila holatining yomonlashishi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida noma'lum (platsenta joylashishi) sababga ko'ra har qanday qon ketishida jarrohlik xonasini tayyorlamasdan **qin orqali ko'rish mumkin emas**.

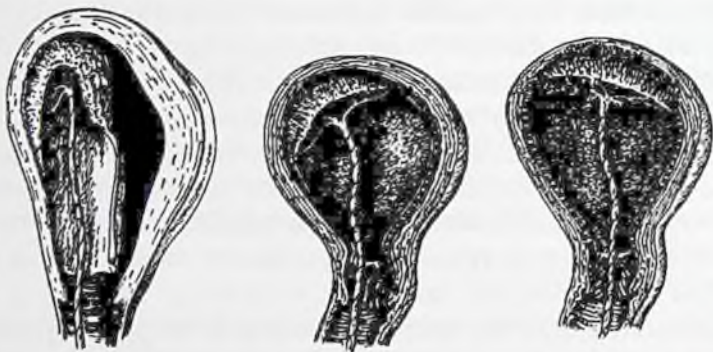
TUG'RUQNING UCHINCHI DAVRIDA QON KETISHI

Normal holatda tug'ruqda ayol 300–450 ml miqdorda qon yo'qotadi. Ma'lumki, platsenta joylashgan qismidan tug'ruqning I–II davrlarida bachadon devoridan ajralmaydi. Bunga sabab o'zidan ajralgan progesteron bachadonning bioelektrik holatini o'zgartiradi, uning birdaniga qisqarishini pasaytiradi, farmakologik reaktivligini susaytiradi, serotoninning tonusni oshirishini to'xtatadi.

Uchinchi davrda qon ketishi sabablari:

- yo'ldoshning bachadon devoriga patologik yopishishi;
- ajralgan yo'ldoshni bachadondan chiqara olmaslik (gipotoniya, bachadon bo'yni qisqarib qolishi natijasida);
- bachadon tanasi, bo'yni, qin devorining travmasi.

Yo'ldosh ajralish vaqtida qon ketish ayrim hollarda normaga nisbatan chuqurroq bachadon devoriga yopishgani bilan bog'liq.



Klinikasi

Platsenta bachadon devoriga patologik yopishishida qon ketish asosiy simptom hisoblanadi, 30 minut davomida qon ketish yoki platsenta ajralish belgilari kuzatilmasa, bachadon tonusini oshiruvchi vositalarning foydasi bo'lmasa, 10 minutdan keyin bachadon bo'shlig'i qo'l bilan tozalanadi. Qon ketishi 300 ml dan ko'p bo'lgan hollarda ham bachadon bo'shlig'i qo'l bilan tekshirib ko'riladi. Platsentaning chin yopishishi platsentani bachadon

devoridan jarrohlik yo'li bilan ajratish vaqtida bilinadi. Platsentaning qisman chin yopishishi uning bir qismi ko'chganligi uchun qon ketish kuzatiladi. To'liq zich birikishida majburiy ajratish usullari qo'llanilmasa, kuch ishlatilmasa, qon ketish kuzatilmaydi.

Tug'ruqning uchinchi davrida qon ketish kuzatilmasa, platsenta ajralish belgilari kuzatilmasa, hamma ayollarda platsenta qo'l yordamida ajratiladi.

Agar yo'ldosh ushlanib qolishi kontraksion halqa sababli vujudga kelsa, yoki tuqqanidan keyin bir necha soat yoki kun o'tgan bo'lsa, qo'l bilan bachadon bo'shlig'iga kirish imkoni bo'lmay qolishi mumkin. Yo'ldosh qismlarini ikki barmog'ingiz, to'mtoq qisqich yoki katta kyuretka yordamida olib tashlang.

Platsenta chin birikishi platsentani bachadon devoridan jarrohlik yo'li bilan ajratish vaqtida bilinadi. Platsentaning qisman chin birikishida uning bir qismi ko'chganligi uchun qon ketish kuzatiladi, to'liq zich birikishida majburiy ajratish usullari qo'llanilmasa, kuch ishlatilmasa, qon ketish kuzatilmaydi. Platsentani to'liq ajratishning iloji bo'lmasa, gemotransfuziya boshlab, bachadonni olib tashlash jarrohlik amaliyoti qo'llaniladi.

Agar qon ketishi davom etaversa, krovat oldi testidan foydalanib, qonning ivishini tekshiring. Qonning sekin ivishi (7 minutdan ko'proq) yoki qon yumshoq ivisa va tez buzilib ketsa, koagulopatiyani taxmin qilish zarur.

Agar infeksiyaning belgilari bo'lsa (tana harorati baland, qindagi ajralmalarning hidi sassiq), xuddi metritdagi singari antibiotiklar buyuring.

TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRDA QON KETISHI

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ekspertlarining fikriga ko'ra, har yili homiladorlik va tug'ishning asoratlaridan 500 mingdan ziyod ayollar o'lishadi.

Dunyoda onalar o'limining asosiy sabablari «katta beshtalik» — qon ketish, sepsis, eklampsiya, bachadon yorilishi, «xavfli» abort, ya'ni onalar o'limining 75 foizini tashkil qiladi.

Qon ketishdan har 3 daqiqada bitta ayol o'ladi. Turli mamlakatlarning onalar o'limining tarkibida qon ketish nisbati 10–60% ni tashkil etadi (VOZ, 1995–2005).

TKK (tug'ruqdan keyingi qon ketish)dan o'lim xavfi kam daromadli mamlakatlar bilan taqqoslaganda, yuqori daromadli mamlakatlarda (taxminan o'lim xavfi 1:100,000 tug'ilish) ancha past bo'ladi, kam daromadli mamlakatlarda TKK dan homiladorlik xavfi 1:1000 tug'ilishga yaqinlashadi.

Tug'ruqdan keyin qon ketish bola tug'ilgandan keyin qon yo'qotishi deb ta'riflanadi, unda ta'biy yo'llari tug'ruqda 500 ml va kesar kesish vaqtida 1000 ml qon yo'qotish ro'y berganda – tug'ruqdan keyin qon ketish hisoblanadi.

– **Erta tug'ruqdan keyin qon ketish (*birlamchi*)** – dastlab 24 soatdagi patologik qon ketish.

– **Kech tug'ruqdan keyin qon ketish (*ikkilamchi*)** – 24 soat dan 6 haftagacha patologik qon ketish.

Og'ir TKK – bu **1000 ml** va undan ortiq 24 soat hajmida qindan qon yo'qotish hisoblanadi.

Tug'ruqdan keyin qon ketish va og'ir TKK larning o'rtacha ko'rsatkichi tug'ilishning umumiy sonining 6% dan 1,9% gachasini tashkil etadi va TKK ning chastotasi dunyoning mintaqasiga qarab farq qilishi mumkin.

Tug'ruqdan keyin qon ketish tufayli ko'plab o'lim natijalari tug'ilgandan keyingi dastlabki 24 soat ichida ro'y beradi; tug'ruqning uchinchi davrida uterotoniklarni profilaktik ravishda qo'llash va faol olib borish, tug'ruqni to'g'ri boshqarishni hisobga olganda, ularning aksariyatining oldini olish mumkin edi.

Bundan tashqari, TKK tufayli sodir bo'lgan onalar o'limining ko'pchiligi – 60–80% ning oldini olish mumkin.

Tug'ruqdan keyin qon ketish tufayli sodir bo'lgan o'limlarning 60–80 foizida sifatsiz va **to'liqsiz tibbiy** yordam (past sifatli parvarish) quyidagi bosqichlarning birida yoki birortasida kamchiliklar bilan amalga oshiriladi:

1. Ketgan qon miqdorini o'z vaqtida baholanmaganligi sababli tashxis qo'yish va davolanishni kechiktirish

2. Oson tushunarli mahalliy protokollarning yo'qligi.

3. Yordam berishda jamoa a'zolarining bilimi yo'qligi.

4. Guruh a'zolari o'rtasida aloqa samarasizligi (logistika yo'qligi).

Erta tug'ruqdan keyingi qon ketish etiologiyasini to'rtta asosiy jarayonlardan birining buzilishi deb tushuniladi. Ushbu jarayonlarni yaxshiroq eslab qolish uchun ularni to'rtta «T» harfi bilan belgilash mumkin:

Tug'ruqdan keyingi qon ketish sabablari (70%) 4 T:

— yo'ldosh qismlari yoki pardalari qisman bachadonda qolib ketishi (T-To'qima) — 10%;

— Gipo va atonik qon ketishi (T-Tonus) — 70%;

— tug'ruq yo'llari jarohatlari (T-Travma) — 20%;

— koagulopatik qon ketishi TIQI (T-Tromb).

T-To'qima

■ Yo'ldosh qismlarini qolishi;

■ Ivigan qon qolishi.

To'qima (platsentaning qismlari qolgan bo'lsa):

■ tug'ilgan platsentada defekti bo'lsa — og'riqsizlantirgan holda qoldiqlarni qo'l bilan yoki kyuretka bilan tozalash.

■ agarda platsenta bachadon devoriga chin yopishgan bo'lsa — bachadondan to'liq platsentani ajratish ilojisi yo'q — operatsiya: bachadon amputatsiyasini o'tkazish.

T-Tonus (gipo va atoniya):

■ cho'zilgan bachadon (yirik homila, ko'p homilalik, ko'psuvlik);

■ qisqarish potents kamayishi (cho'zilgan yoki o'ta tezkor tug'ruq, balland paritet);

■ infeksiya (lixoradka);

■ funktsional/anatomik o'zgarishlar (chandiqlik, mioma, platsentaning qattiq yopishishi);

■ bachadon tanasi, bo'yni, qin devorlari, oraliq;

■ kesar kesish vaqtida travma;

■ bachadon to'ntarilishi;



T-Travma

Chora-tadbirlar:

- travmaning joyini aniqlash (bachadonda, bachadon bo'ynida, qinda, oraliqda va h.k.);
- travma aniqlangandan keyin — tiklash, tikish;
- bachadon yirtilganda — tezlikda laparatomiya.

❖ Qon ketishni tasniflash

Qon ketishni tasniflash maqsadi qon yo'qotish darajasi va olib borish taktikasini klinik baholashning standartizatsiyasidan iborat. Klinik va laboratoriya ko'rsatkichlaridagi o'zgarishlarning yuqori ijobiy prognoz ko'rsatkichlarini hisobga olgan holda, Amerika jarrohlari kollejining tavsiyalari asosida qon ketish bosqichlarining o'zgartirilgan tasnifi ishlab chiqilgan.

Qon ketish bosqichlarining tasnifi (Amerika jarrohlari kollejining modifikatsiyasi)

1-bosqich	● tabiiy yo'llar orqali bo'lgan tug'ruqda 500 ml va kesar kesish vaqtida 1000 ml qon yo'qotish ro'y berganda ● (hayotiy funksiyalari, klinik va laborator ko'rsatkichlar — normada)
2-bosqich	● qon yo'qotish 1000 dan 1500 ml gacha (hayotiy funksiyalari, klinik va laborator ko'rsatkichlar — normada)
3-bosqich	● davom etayotgan qon ketish (1500 ml yuqori) yoki profuz qon ketish (qon ketish tezligi 10 daqiqada 500 ml dan ko'proq) yoki patologik ko'rsatkichlar bilan kechayotgan qon ketish: — puls, AQB, shok indeksi, soatli diurez; — koagulogramma, pH, laktat, gematokrit va gemoglobin (40 g/l va ko'proq pasayishi)
4-bosqich	● Og'ir qon ketish fonida yurak-qon tomir kollapsi ● Og'ir gemorragik shok (ketgan qon tiklanmagan) ● Qog'anoq suvlar emboliyasi (yurak-qon tomir kollapsi o'ta og'ir qon ketish bilan birgalikda)

Bu tasnifga ko'ra, yo'qolgan qon hajmi o'lchov sifatida klinik (gemodinamik) va laboratoriya parametrlarining o'zgarishlari bo'lganigacha katta ahamiyat ega. Laborator va gemodinamik parametrlari yomonlashsa, avtomatik ravishda, qon ketishining miqdoridan qat'i nazar, qon yo'qotish darajasi ortadi. Bunday

holatda olib borish taktikasining sababi uning bosqichi va klinik ko'rsatkichlariga bog'liq bo'ladi.

Tug'ruqdan keyin qon ketishining isbotlangan oldini olish usuli faqat tug'ruqning uchinchi davrini faol olib borish hisoblanadi.

❖ **Tug'ruqnig uchinchi davrini faol olib borish bosqichlari:**

I. Uterotoniklar kiritish:

Bolaning tug'ilishidan oldin homila tug'ilgandan keyin birinchi daqiqada ularni ishlatish uchun uterotonik preparatlarini tayyorlang:

- Oksitotsin 10 Ed, yoki
- mizoprostol 3 tabletka (600 mg) yoki
- ergometrin 1,0 ml (0,2 mg).

2. Homila tug'ilganidan keyin bir daqiqa ichida, qorin paypaslanadi (yana bir bola bor-yo'qligiga ishonch bo'lishi uchun) va mushak ichiga 10 birlik oksitotsin kiritiladi.

II. Kindik tizimini kesishi:

Ona va bolaning holati yaxshi bo'lsa, tug'ilgandan keyin uch daqiqadan keyin (kindik pulsatsiyasining to'xtatishidan so'ng) kindik kesiladi.

Kindigiga qisqichlar qo'yib, uni kesib-kesib: birinchi qisqich bolaning qornidan ikki barmoq ustida va ikkinchi qisqichni – bolaning qornidan besh barmoq qalinligi masofada qo'yiladi.

Tug'ruqdan oldin 2 juft qo'lqop kiyib oling, kindikni kesishdan oldin bir juftni olib tashlang, chunki tozalik kindik tizimi infeksiyasining oldini olish uchun muhim ahamiyatga ega.

Kindik tizimchasini kesishdan oldin yuzingizni himoya qiling, manipulatsiya maydonini steril salfetka bilan yoping.

III. Kindik qoldig'idan nazorat ostida tortish bilan platsentaning tug'ilishi:

1. Kindik ichakehasidagi qisqichni oraliqqa yaqinroq joylash-tiring.

2. Bir qo'l bilan biroz tarang holda kindik tizimchasini ushlab turing.

3. Ikkinchi qo'l bilan bachadonni itarib turing, bu platsentaning ko'chishiga yordam beradi.

4. Bachadonning kuchli qisqarishini kuting (odatda, 2–3 daqiqadan soʻng). Agar bachadon qisqartirildi, deb his qilsangiz (u zich boʻlib, yumaloq), kindikni juda ehtiyotkorlik bilan pastga ushlab torting. Kindik tizimchasini tortishdan oldin, yoʻldoshning ajratilishi belgilarini kutmang. Shu bilan bir vaqtda, bachadon kontraksiyasi davom etadi. Agar siz qarshilik hissini sezsangiz yoki bachadonning qisqarishi boʻlmasa, kindik ichakchasidan tortmang.

5. Yoʻldosh nazorat ostida tortishda 30–40 soniya davomida tushmasa, boshqa tortmang.

6. Kindik tizmchasini ehtiyotkorlik bilan ushlang va bachadonning yana bir qisqarishini kuting.

7. Agar zarur boʻlsa, qisqichni iloji boricha yaqinroqqa oʻtkazing, chunki kindik tizimi uzayadi.

8. Keyingi bachadon qisqarishi davomida qarama-qarshi yoʻnalishda bir vaqtning oʻzida bachadon kontraksiyasi bilan nazorat tortishni takrorlang.

9. Platsentaning tugʻilishi vaqtida ingichka yoʻldosh pardalari yirtilishi mumkin, platsentani ikkala qoʻl bilan ushlang va pardalarni tugʻilmaguncha yumshoq tarzda aylantiring.

10. Platsentani asta-sekin torting. Platsentani ehtiyotkorlik bilan tekshirib koʻring. Platsenta sirtining bir qismi boʻlmasa yoki tomirlar bilan pardalarning yorilishi boʻlsa, bachadon boʻshligʻidagi platsentaning boshqa qismlari mavjudligiga shubha qilish uchun sabab bor. Bunday holatda tegishli choralar koʻrish zarur.

IV. Bachadonning tonusini tekshirish:

1. Bachadonning tubini toping, onaning qornini kindikdan biroz balandroq bosib koʻring.

2. Barmoqlaringizni pastga qaratib, bachadonning tubini sezing.

3. Bachadonning tonusini tekshiring.

4. Agar u yumshoq boʻlsa, bachadonni massaj qiling va qon ketishining sekinlashganligini kuzating.

5. Dastlabki ikki soat davomida har 15 daqiqada bachadonning tonusini tekshiring. Bachadonning holati yumshoqdan zich yoki zichdan yumshoqqacha oʻzgarishi mumkin. Bachadonning tonusini tekshirish va qayta tekshirish va qon ketishining darajasi

dastlabki 24 soat davomida juda muhim va dastlabki 2 soat ichida har 15 daqiqada amalga oshirilishi kerak.

- ❖ **Tug‘ruqdan keyin qon ketish miqdori 500 ml va yuqori bo‘lsa, standart protokol asosida chora-tadbirlarni bajarish kerak.**

Tug‘ruqdan keyin qon ketish (TKQK) bo‘yicha standartlash-tirilgan protokolning elementlari:

1. Xavf omillarini baholash.
2. TKQK tashxisi.
3. Umumiy universal harakatlar.
4. Jamiyatdagi logistika va aloqa.
5. Dastlabki baholash va dastlabki terapiya.
6. Gemostatik aralashuvlar.
7. O‘rin bosuvchi terapiya.

Xavf omillarini baholash

TKQK rivojlanishi uchun xavf omillari quyidagilardir:

1. Platsentaning oldinda yotishi.
2. Platsentaning bachadonga chin va soxta yopishishi.
3. Anamnezida kesar kesish.
4. Anamnezdagi miomaektomiya.
5. Homiladorlik vaqtida antikoagulantlar bilan davolanish.
6. Koagulopatiya borligi.
7. Jiddiy yurak-qon tomir va gematologik kasalliklar borligi.

TKQK xavf omillarini baholash antenatal davrda o‘tkazilishi kerak. Bu ko‘proq vaqtida TKQK aniqlashga imkon beradi. **TKQK** har qanday ayolda ham sodir bo‘lishi mumkin va boshqarish uchun standartlashtirilgan protokol barcha elementlariga qattiq amal qilishni talab etadi.

Shu bilan bir vaqtda, antenatal davrda **TKQK** uchun xavf omillarda aniqlash, **TKQK** oldini olish uchun bir qator maqsadli chora-tadbirlar imkon beradi:

1. Anemiyani davolash.
2. Platsentaning joylashishi va biriktirilishidagi anomaliyalarni tashxislash.
3. Koagulopatiyani davolash.

TKQKni tashxislash

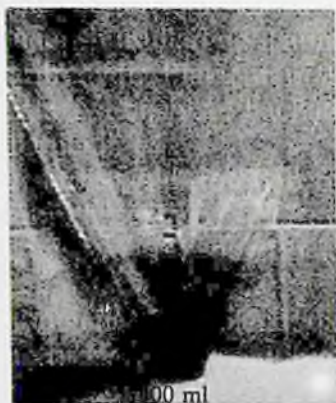
TKQKni tashxislashga tugʻruqdan keyin qon ketishini aniqlash va yoʻqotilgan qon hajmini baholash kiradi.

Oʻz vaqtida tashxis qoʻyish uchun tugʻruqdan keyingi davrda 24 soat uzluksiz monitoring olib borish kerak:

- dastlabki 2 soat davomida har 15 daqiqada;
- keyingi 2 soat davomida har 30 daqiqada;
- keyingi 4 soat davomida har soat;
- 16 soat davomida har 4 soatda.

Tugʻruqdan keyingi qon ketishishi aniqlash uchun 2 usul mavjud: miqdoriy va klinik.

Qon yoʻqotish hajmini baholashda nafaqat vizual usul, balki ketgan qon hajmini aniqlash uchun graduirlangan konteynerlardan foydalanish muhim ahamiyatga ega.



**Ketgan qon
hajmini aniqlash
uchun
graduirlangan
konteynerlar**

❖ Qon ketishini baholashning klinik usullari:

TKQKda monitoringni talab qiladigan asosiy hayotiy koʻrsatkichlar quyidagilardir: AQB, tomir urishi, soatli diurez, venoz va perefirik qon tomirlarda kislorod saturatsiyasi.

Ushbu koʻrsatkichlarni baholash ham qon ketish miqdorini bilvosita baholashga yordam beradi. Biroq qon yoʻqotishning klinik belgilari, bu juda ishonchsiz va ketgan qon hajmini 30–50% kam baholashi mumkin. Bir retrospektiv ishga koʻra, oʻlim muhim gemodinamik parametrlari minimal oʻzgarishlar boʻlganda ham

sodir bo'lishi mumkin, deb topildi. Sistolik qon bosimi 90 mm sim. ust. dan past holda, ko'pincha, faqat og'ir gemorragik shok uchraydi va 50% o'lim xavfi bilan bog'liq bo'ladi. O'rta qon ketish hollarida ham sistolik qon bosimi 123 mm sim. ust. bo'lganda 15% va sistolik qon bosimi 111 mm sim. ust. — 33% o'limga olib kelgan hollar bo'lgan.

Shunday qilib, normal hayotiy klinik belgilar, qon yo'qotish hajmini aniqlash uchun ishonchli ko'rsatkichlar emas, lekin g'ayritabiiy qon bosimi parametrlari, puls, siydik chiqish va saturatsiyaning pasayishi har doim og'ir gipovolemik shok belgisi hisoblanadi.

Gemoglobin va gematokrit laboratoriya parametrlari o'tkir qon yo'qotishda 4 soat yoki undan ko'proq vaqt davomida aniq pasayishi mumkin. Shunday qilib, gemoglobin va gematokrit normal diapazonda bo'lganligi og'ir qon yo'qotish dalda ko'rsatkichi bo'lishi mumkin emas, lekin anomal qiymatlar har doim og'ir qon yo'qotish bilan bog'liq va yanada agressiv aralashuvini talab qiladi.

❖ Qon ketish hajmini aniqlashning qo'shimcha mo'ljallari

1. Qon ketishni vizual hisoblash — real qon ketishga nisbatan 30% xato bo'ladi.

2. **Shok indeksi** 1.1 ortiq bo'lganda onalar o'limining ko'rsatkich darajasi oshganligi 8000 hollarda aniqlangan.

Algover shok indeksi — (puls/SAD) ko'rsatkich asosida yo'qotilgan qon hajmini aniqlash mumkin:

- $<0,8$ qon yo'qotish — <1000.0 ml;
- $0,9-1,2$ qon yo'qotish — <1500.0 ml;
- $1,2-1,5$ qon yo'qotish — <2000.0 ml;
- $>1,5$ qon yo'qotish — >2000.0 ml.

3. **MVB (markaziy venoz bosim)**

- $+40$ — qon yo'qotish — <1000.0 ml;
- $+20$ — qon yo'qotish — <1500.0 ml;
- <0 — qon yo'qotish — >2000.0 ml.

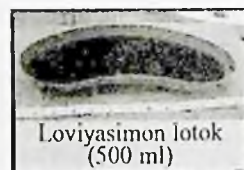
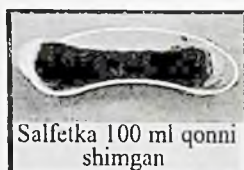
4. **Gematokrit:** har 3–4% ga kamayishi — 500 ml qon ketish.

5. **Jarrohlikda ishlatilgan salfetkalarining** vaznidan 57% ketgan qon miqdori.

Quruq salfetkalar	Vazni (g)
60x90 sm 1 plyonka vazni	80
50x50 sm 1 plyonka vazni	50
1 tampon «kukla» vazni	7
10 tupfer vazni	15

- 1. 100 ml qon = 120 g.
- 2. Ishlatilgan pelyonka, salfetkalarining vaznini aniqlash.
- 3. Ho'l salfetkalar vaznidan — quruq salfetkalar vaznini ayirish.
- 4. Lotokdagi qon vazni + ho'l va quruq salfetkalar farqi

Yo'qotilgan qon hajmini taxminiy baholash



Umumiy universal choralar

TKQK bo'lsa, birinchi navbatda, umumiy universal choralarni amalga oshirish kerak:

1. Multiditsiplinar guruhni chaqirish:
 - eng tajribali akusher;

- eng tajribali akusher-ginekolog;
- eng tajribali anesteziist;
- eng tajribali neonatolog;
- qo'shimcha yordamchi xodimlar.

2. Qon quyish xizmati bilan bog'lanish.

3. TKQKda yordam ko'rsatish bo'yicha tushunarli protokol, shuningdek, qon mahsulotlarini quyish bo'yicha protokol mavjud bo'lishi kerak.

Jamoada logistika va aloqa

Har qanday kritik vaziyatda sifatli yordamning muhim elementlari jamoa a'zolari o'rtasida samarali muloqot (aloqa) hisoblanadi. Jamoada samarali muloqot qilishning quyidagi tamoyillariga amal qilish lozim:

1. Muammoni qisqa vaqt ichida shakllantirish, muhim tafsilotlarni yo'qotmaslik (TKQK bo'yicha ma'lumot tarixining qisqacha mazmunini va hayotiy ko'rsatkichlarni baholashni o'z ichiga olishi kerak).

2. Jamoa ichida bir-biriga murojaat qilish uchun vizual aloqa ham kerak bo'ladi.

3. Jamiyat a'zosiga aniq yoki qisqacha, aniq va xotirjam bo'lgan tavsiyalar berish.

4. Agar uning ko'rsatmalari sizga tushunarsiz bo'lsa, jamoa yetakchisidan so'rang.

5. Har doim o'zingizning harakatlaringizni jamoada baland ovoz bilan ovozleng (bu barcha jamoa a'zolarining vaqtni tejash imkonini beradi, standartlashtirilgan protokol qanday bosqichlarni amalga oshirayotganini va qaysi biri qilinmaganligi bilib olasiz).

Asosiy davolash va dastlabki baholash

TKQK aniqlangandan so'ng uning korrektsiyasi asosiy davolash va dastlabki baholashni o'z ichiga olishi kerak.

Asosiy davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Vena ichi kateterizatsiya (qon bosimi va pulsning ko'rsatkichlaridan qat'i nazar, akusherlik qonashlarining har qanday turi uchun venaga kateter qo'yish maksimal 5 daqiqaga teng bo'lishi kerak).

2. Kristalloidlarni qo'llash — 15 daqiqa ichida 1 litr hajmdagi fiziologik eritma (infuzion davoning umumiy miqdori qon yo'qotish qiymatidan 3 marta, ya'ni 3:1 dan ortiq bo'lishi kerak).

3. Maska orqali kislorod yetkazib berish (10–15 l/min).

4. Siydik pufagi kateterizatsiyasi.

5. Qon ketishini to'xtatishning vaqtinchalik usullari (qorin aorta qisilishi va bemorning bimanal siqilishi).

6. Tananing Trendelenburg pozitsiyasi (oyoqlari ko'tarib va boshi pastga tushgan holatda).

TKQKda dastlabki baholash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Qon bosimi va yurak urishi.

2. Diurez.

3. Periferik yoki venoz qonning kislorod saturatsiyasi.

4. Nafas olishning tezligi.

5. Teri rangi, hushi.

6. Laboratoriya parametrlarni: gemoglobin darajasi, gematokrit, qon ivish vaqti, biokimyo va koagulogramma (protrombin vaqti, ACHTV, fibrinogen), mochevina va elektrolitlar, krovatoldi testi (Li-Uayt).

Unutmaslik kerak, ko'pincha, o'z vaqtida aniqlanmagan yengil TKQK, osonlik bilan og'ir TKQKga o'tishi mumkin. Og'ir TKQK intensiv davolash muhim sharti ayolni dastlabki baholashdan keyin darhol bir tizimli yondashuv «AVC» ga asoslangan bo'lishi kerak, ya'ni, bir vaqtning o'zida baholash va intensiv terapiya bir jarayon bo'lishi shart.

A va B (airway and breathing, havo yo'li va nafas olish,) — havo yo'li va nafasni baholash, ona qonida kislorod konsentratsiyasidan qat'i nazar, niqob orqali kislorod yuqori konsentratsiyasi (minutiga 10–15 litr) berish kerak. Agar behushlik sababli nafas olish qiyin bo'lsa, shoshilinch ravishda anesteziya qo'llanilishi kerak. Odatda, aylanma qon miqdori tiklanganidan so'ng, hushi va nafas olish darajasi tezda yaxshilanadi.

C (circulation) — qon aylanishini baholash. 14 yoki 16 kattalikdagi ikkita tomir kateterini joylashtiring. 20 ml qonni to'liq qon tahlili, qon ivish sinovi, mochevina, elektrolitlar va qonga mosligiga olinadi.

Vena ichiga suyuqliklar gipovolemiya uchun ustuvor ahamiyatga ega. Favqulodda infuzion suyuqlik (kristalloidlar: fiziologik eritma, Ringer-laktat) bemorning hayotini saqlab qolishi mumkin va zarur hollarda qon mahsulotlari tayyorlashga va gemostazga ta'minlash uchun vaqt beradi. Yuqori molekular preparatlar (masalan, dekstran yoki albumin)dan foydalanmang, dekstran katta dozalarda zararli bo'lishi mumkin, ularni pastmolekular preparatlarga ko'ra yaxshiroq deb hisoblash uchun hech qanday dalil yo'q. Infuzion dasturning yetarli darajada amalga oshirilishi, ayniqsa, dastlabki 30 daqiqada, TKQKda onalar hayotini saqlab qolishning juda muhim omilidir.

❖ Krovat oldi tekshiruv usuli:

1. Igna bilan 2 ml venoz qonni quruq, shaffof shisha sinov naychasiga soling.

2. 37° C haroratgacha sizning qo'lingizda oldindan yopiq sinov naychasini oling va qo'lingizda 4 daqiqa ushlab turing.

3. Keyin qonning ivishigacha probirkani har daqiqada 60–70° gacha egib turing.

4. Qon laxtasi sekin shakllanishi (7 daqiqadan ko'proq) yoki osongina buziladiganligi koagulopatiyani shubha ostiga qo'yadi.

Gemostatik aralashuvlar

Qon to'xtatuvchi choralar, asosan, TKQK sababiga bog'liq bo'ladi, shifokor darhol uni aniqlash uchun quyidagilarni sinash kerak:

1. Bachadonning yaxshi qisqartirilganligini aniqlang (TONUS).

2. Platsenta butunligini aniqlang (TO'QIMA).

3. Travmani aniqlash uchun tekshiring (TRAVMA).

4. Koagulopatiya borligini aniqlang (mayda qon tomirlardan, ineksiya o'rnidan qon kelishi, krovat oldi test natijasi) asosida.

Gemostatik choralarning miqdori va o'tkazish muddati qat'iy individualdir. Omillar – qon ketishi hajmi va tezligi, gemotransfuziya kerakligi, infuziya uchun kerakli preparatlarning mavjudligi, qo'shimcha resurslar, ya'ni Bakri balloni, bachadon arteriyasining embolizatsiyasi uchun radiologik apparatlar borligi, reproduktiv funksiyasini saqlab qolish zarurligini o'z ichiga oladi.

❖ **TKQK sababi bo'yicha gemostatik tashabbuslar:**

A) Platsenta hali tug'ilmagan va TKQK boshlangan bo'lsa:

- agar avval qilinmagan bo'lsa, mushak orasiga 10 birlik oksitotsin yuboring;
- siydik qopini bo'shating;
- bachadonni massaj qiling, agar bachadon qisqarsa, kindik tizimidan ushlab, nazoratli traksiyani bajarib ko'ring;
- agar yo'ldoshni ajratish imkoni bo'lmasa, qin orqali ko'ring (agar yo'ldosh bachadon bo'ynida aniqlansa, uni sekin barmoqlar bilan olib tashlang);
- agar bachadon bo'yni yoki qinda yo'ldosh aniqlanmasa, anesteziya ostida yo'ldoshni qo'l bilan ajrating va chi-qaring;
- bunda, albatta, antibiotikoprofilaktika o'tkazing – vena ichiga ampitsillinning bitta dozasini (2 g) yoki 2-avlod sefalosporinlarini vena ichiga (1 g) yuboring;
- agar yo'ldoshni ajratish imkoni bo'lmasa, (accreta/increta/percreta – jarrohlik davo (subtotal, total gisterektomiya) qilinadi.

B) Yo'ldosh tug'ilganda keyin, agar defekti bo'lsa (TO'QIMA):

1. Qolgan platsenta to'qimasini qo'lda yoki katta kyuretka yordamida olib tashlang.

2. Qon ketishi qoldiqlarini olib tashlangandan keyin ham davom etsa, ivish holatini baholash zarur bo'ladi.

3. Krovat oldi test – 7 daqiqadan so'ng tromblar hosil bo'lmasa, yoki yumshoq va oson buziladigan bo'lsa, koagulopatiya borligini tahmin qilish mumkin.

• Agar yo'ldoshning qolgan to'qimasini ajratish imkoni bo'lmasa, jarrohlik davo (subtotal, total gisterektomiya) qilinadi.

C) Agar platsenta to'liq tushib, bachadon ichi bo'sh bo'lsa:

TRAUMA bo'lishi mumkin va tug'ruq yo'llarini ko'zdan kechirish kerak.

D) Koagulopatiya kuzatilsa, xirurgik gemostaz (total gisteroektomi), qon o'rnibosuvchi preparatlarni infuzion [davo birgalikda].

❖ **Bachadon atoniya tufayli qon ketishda harakatlar algoritmi (TONUS)**

TKQKning eng ko'p tarqalgan sababi uterin bachadonni qisqarishini pasayishi (gipotoniya) va qisqarmasligi (atoniya). Bugungi kunda yetarli dalil deb bachadon atoniyasida gemostaz bosqichma-bosqich standartlashtirilgan protokol asosida o'tkazish zarur:

1. Tashqi bachadon massaji

Bachadon yaxshi qisqartirilganida, qon quyqalarini tashqariga chiqarish uchun bir harakatga bosing. Qonni yig'ish uchun idishni qo'ying. Yo'qotilgan qon hajmini baholash va natijalarni qayd etish.

2. Oksitotsin kiriting:

- boshlang'ich dozasi: 1 litr fiziologik eritmada 20–40 birlik oksitotsin t/i infuziyasi 60 tomchi 1 daqiqada;
- takrorlangan doza: t/i 1 litr fiziologik eritmada 20 ta oksitotsinni 40 tomchi/daqiqada tezda qon ketishi davom etsa;
- maksimal dozasi: oksitotsinni o'z ichiga oladigan 3 litrdan ortiq bo'lmagan t/i suyuqligi.

Hozirgi vaqtda qon yo'qotishi jihatidan t/i ineksiyasini tomir ichiga yuborish bilan taqqoslaganda oksitotsin infuzionini afzal ko'rgan holda foydalanishni tavsiya etish uchun yetarli dalillar mavjud emas. Shu bilan birga, istalmagan gemodinamik ta'sirlar (onaning qon bosimi ortishi), intravenoz davolash bilan bog'liq ayrim tashvishlarni e'tiborga olsak, administratsiyani past darajada o'tkazish kerak va tezkor davolashdan qochish lozim. Oksitotsin ta'sirining mexanizmi bachadonning taglik va tanasining qisqarishini rag'batlantirishdan iborat. Oksitotsinning parchalanish muddati (o'rtacha 3 daqiqa) bo'lgani uchun bachadon kesilmalarini himoya qilish uchun uzoq muddat intravenoz infuzyon kerak. Infuziya tomir ichiga kirganda, oksitotsinning ta'siri anchagina bo'ladi va uning maksimal kontsentratsiyasi 30 daqiqadan keyin amalga oshiriladi. Vena ichi infuziyadan farqli o'laroq, mushaklarning ta'siri sekinroq (3–7 daqiqa) namoyon bo'ladi, ammo klinik ta'sir uzoqroq davom etadi (60 minutgacha). Metabolizm oksitotsin jigarda uchraydi. Vazopressinning antidiuretik ta'siri deyarli 5% bo'lgan antidiuretik ta'sir, bu suyuqlikni ushlab turishga

olib kelishi mumkin. Suvning haddan tashqari yuklanish darajasi bosh og'rig'i, qusish, uyquchanlik va talvasa shaklida namoyon bo'lishi mumkin.

Shuning uchun uni mushak ichiga yoki tomir ichiga, lekin suyultirilgan shakldagi qo'llash yaxshidir.

Oksitotsin 25 °C gacha bo'lgan haroratga chidamli, ammo muzlatgichda saqlash uning foydasini uzaytirishi mumkin. Oksitotsinning yomon ta'siri yo'q va standart oksitotsin davolash afzalliklariga ega bo'lishi mumkin.

3. Agar qon ketish davom etsa ergometrin va/yoki prostoglandin: boshlash zarur

Ergometrinning α -adrenergik bo'lib, miometriy retseptorlarini stimulatsiya qilish orqali bachadonning uzoq muddatli tonik qisqarishiga olib keladi. 0,2 mg dozadagi mushak ichiga kiritilgach, terapevtik ta'sir 2–5 daqiqa ichida rivojlanadi. Ergometrin jigarda metabollashtiriladi va plazmadagi o'rtacha yarim umri 30 minut. Ammo ergometrinning klinik ta'siri taxminan 3 soat davom etadi. Ergometrin va oksitotsinning birgalikdagi tatbiq qilinishi qo'shimcha ta'sir qiladi, chunki oksitotsinning ta'siri mavjud va ergometrin uzoqroq ta'sir ko'rsatadi.

Umumiy qo'shimcha ta'siri: ko'ngil aynishi, qusish, bosh aylanishi. Preparat tomir ichiga yuborilsa, ushbu belgilar yanada ko'proq namoyon bo'ladi. α -adrenergik retseptorlarni stimulatsiya qilish natijasida qon tomirlarini toraytirganda, qon bosimi ko'tarilishi mumkin. Ergometrindan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar: yuqori qon bosimi (preeklampsiya, shu jumladan), yurak-qon tomir kasalliklari.

Vena ichiga yuborilganda preparatning samarasi deyarli birdan paydo bo'ladi va yurak urish va qon bosimi diqqat bilan kuzatilishi kerak. Ergometrin issiqlik va yorug'likka sezgir, shuning uchun uni 8 darajadan past haroratda va qorong'i joyda saqlash kerak.

- ergometrinning dastlabki dozasi: m/o ki t/i sekin 0,2 mg;
- takroran doza: 0,2 mg m/o ki t/i 15 daqiqa keyin, so'ng har 4 soatda;
- maksimal dozasi: 5 dozadan ko'p bo'lmasligi kerak (jami 1,0 mg).

Bachadon atoniyasini oksitotsin va ergometrin bilan davolash mumkin bo'lmasa, prostaglandinlar joriy etish (karboprost, dinoprost, dinoprostone, misoprostol) uchun harakat qilish kerak.

Karboprost (15-metil PGF_{2a}) yumshoq mushaklarni rag'batlantiradi va oksitotsin/ergometrine bilan davolash uchun javob bermaydigan tug'ruqdan keyingi bachadon atoniyasi davolashda ishlatiladi, ikkinchi o'rindagi agenti hisoblanadi. PGF_{2a} (dinoprost)ning analogi uning oldingi modelidan ko'ra uzoqroq ishlash muddatiga ega. U bir dona 0,25 mg dozada ampulada saqlanadi. Siz to'g'ridan-to'g'ri miometriyga chuqur yuborish yoki ineksiya qilishingiz mumkin.

Miometriyga kiritilishi afzalroq, bu tez terapevtik ta'sir ko'rsatadi. Kesar kesishda, miometriy aniq ko'rinadigan bo'lsa yoki vaginal tug'ilishdan keyin transvaginal tarzda bajarilishi kerak. 5 daqiqadan kamroq – to'g'ridan m/o ineksiya davomida maksimal plazma konsentratsiyasi 15 daqiqa. Karboprostning dozasi maksimal 2 mg (sakkiz) ammo tadqiqot natijalariga ko'ra, ko'pchilik bemorlarda faqat bitta

Uterotoniklar va ularning miqdori (VOZ, 2014)

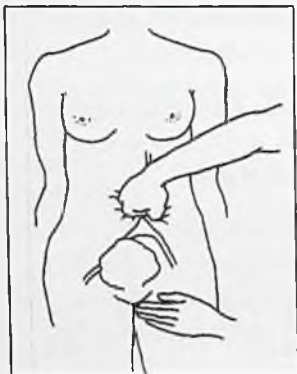
	Oksitotsin	Ergometrin/ metilergometrin	Prostaglandin F _{2a}
Miqdori va qo'llash usuli	20–40 Ed l l fiz. eritma 60 tomchi/min	M/i eki v/i sekin 0,2 mg	M/i 0,25 mg
Qayta qo'llash miqdori	20 Ed l l fiz. eritma 40 tomchi/min	0,2 mg m/i yoki v/i sekin 15 min so'ng	
Agar ehtiyoj bo'lsa – 0,2 mg m/i yoki v/i sekin har 4 s	V/m 0,25 mg har 15 daqiqada		
Maksimal miqdor	oksitotsinli 3,0 l fiz. eritma, v/i dan oshmaslik kerak	5 doz (1,0 mg)	8 doz (2,0 mg)
Ehtiyotlik chorolari va qarshi ko'rsatma	v/i bolyusli qo'llash tavsiya etilmaydi	Preeklampsiya, gipertenziya, yurak xastaliklari	Astma, v/i, kiritilmasin, o'lim xavfi mavjud

4. Vaqtincha qonni to'xtatish usullari: qorin aorta va bachadonni bimanual ezish.

Qorin aorta ezish bachadondan qon ketishning juda erta bosqichda tavsiya etiladi, ya'ni qon to'xtatuvchi chora-tadbirlarning boshlashga tayyorgarlik bo'lguncha.

❖ Qorin aortasini siqish usuli:

- qorin devoriga to'g'ridan-to'g'ri qorin aortasiga mushtni bosing;
- bosim nuqtasi kindik ustida va biroz chap tomonda;
- erta tug'ruqdan keyingi davrda aorta pulsatsiyasi oson qorin devori orqali aniqlanishi mumkin;
- qorin aortasi to'liq ezilganligini baholash uchun boshqa qo'l bilan femoral tomirida pulsatsiyani aniqlash;
- puls mavjud bo'lsa, bosim yetarli emas;
- puls aniqlanmasa, bosim yetarli;
- qorin aortasi qon to'xtaguncha eziladi.



❖ Bimanual bachadon kompressiyasi

- steril qo'lqoplarni kiyib, qo'lni musht qilib, bachadon ichiga kiriting.
- mushtingizni oldingi gumbazga qo'ying va u bilan qorinning oldingi devoriga bosing;
- boshqa qo'l bilan bachadonning orqasini qorin tomondan bachadonning orqa devoriga kuch ishlatib bosing;
- bachadon qisqarishni boshlamaguncha va qon to'xtamaguncha bosishni davom ettiring.



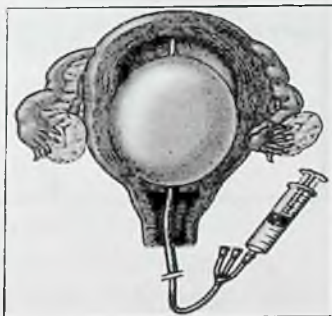
Bimanual bachadon kompressiyasi

Bachadon ichki massaj va bimanual kompressiyani taqqoslash:
nazariy analiz

Bachadon bimanual kompressiya	Bachadon ichki massaj
Afzalligi:	Kamchiliklar:
Bachadon bo'sh	Bachadon bo'sh emas
Qon ketayotgan joy qisilgan	Bachadon qisqarilishi bo'shlig'ida yot jism bor
Infeksiyaga xavf yo'q	Infeksiya xavfi bor
Tromboplastinlar ona qoniga tushmaydi	Tromboplastinlar ona qonigatushish xavfi bor
Anesteziya kerak emas	Anesteziya kerak
Kamchiliklar:	Afzalligi:
Bachadon bo'shlig'ida platsenta qoldiqlari yoki bachadon yorilishini aniqlashning ilojisi yo'q	Bachadon bo'shlig'ida platsenta qoldiqlari yoki bachadon yorilishini aniqlashning ilojisi bor

5. Ko'rsatilgan chora-tadbirlarning samarasizligi va qon ketishining davom etishi:

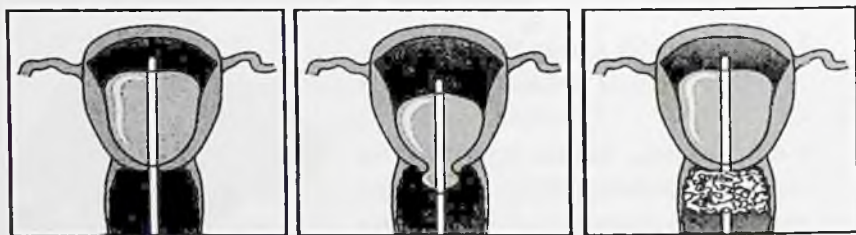
Bachadonning ballon tamponadasi konservativ gemostaz va tug'ruqdan keyingi qon ketishini to'xtatishning vaqtinchalik usullari to'g'ri ta'sirga ega bo'lmagan hollarda va jarrohlik gemostaziga ko'rsatma hali bajarilmagan bo'lsa, bajarilishi kerak. Ingliz akusher-



akusherlari bachadonning ballon tamponadasini uterotoniklarning ta'siri bo'lmaganda tug'ruqdan keyingi qon ketishini davolashda birinchi qadam sifatida tavsiya qiladilar. Bachadonning ballon tamponadasining ta'siri prinsipi: platsenta hududining qon tomirlari joylashgan yuzasiga to'g'ridan-to'g'ri bosim bachadon bo'ylab cho'zilgan ballon bilan amalga oshiriladi. Bachadonning ballon tamponadasi uchun anesteziologik yordam talab qilinmaydi. Bachadonning tamponadasi uchun dasturning samaradorligi uchun eng aniq asos Bakridir. Bu transvaginal yoki transabdominal ravishda o'rnatilishi mumkin. Koagulopatiyaning, DVC sindromining mavjudligi, shuningdek, Bakri balloni bilan bachadon tamponadasi gisterektomiya kabi jarrohlik gemostaziga bo'lgan ehtiyoj, bachadonning ballon tamponadasiga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Bachadon ballonini bachadon bo'shlig'iga kiritilgandan so'ng kerakli hajmda suyuqlik bilan to'ldirish kerak (maksimal — 500 ml). Bachadon bo'shlig'idagi ballonning maksimal vaqti 24 soatdan oshmasligi kerak. Ballonni olishdan keyin 1 soat davomida vena ichiga transfuziyani davom ettirish kerak.

Muassasada maxsus ballon bo'lmasa, prezervativdan foydalanish maqbul va samarali hisoblanadi (adabiyotda 6 dan 24–48 soatgacha bo'lgan ballon-kondomdan foydalanishning tavsifi mavjud). Keyin esa ballonni sekin 10–15 daqiqa davomida bo'shatish kerak.

Bakri ballonining bachadon bo'shlig'ida joylashishi



- A*
A — to'g'ri;
B — noto'g'ri;
C — marlya tampon bilan ushlab turish.

Tugʻruqdan keyingi qon ketish oksitotsin va boshqa uterotonik orqali toʻxtata olmasa yoki qon ketishi travma bilan bogʻliq, deb taxmin qilish hollarda **traneksamik kislota** ishlatiladi. Ushbu tavsiyanoma uchun dalil jarrohlik va travmatologiya boʻyicha adabiyot maʼlumotlari asosida, traneksamik kislota travma bilan bogʻliq qon ketishida xavfsiz vosita ekanligini koʻrsatdi. Traneksamik kislota 1 g (10 ml) dozada t/i 1 daqiqa davomida va 30 minutdan keyin bir xil dozada takrorlang.

Traneksamik kislotadan TKQKn oldini olish uchun ham foydalanish mumkin.

Traneksamik kislota jarrohlikda profilaktik tayinlash qon yoʻqotish miqdorini taxminan 30% kamaytiradi va tromboembolik asoratlarni hamda oʻlim xavfini kamaytiradi.

Traneksamik kislota profilaktikasi uchun koʻrsatmalar:

- qon mahsulotlarini quyishdan bosh tortadigan bemorlar;
- antikoagulantlarning terapevtik dozalarini qabul qiladigan bemorlar;
- platsentaning soxta va chin yopishishida TKQK uchun yuqori xavf boʻlganda.

Profilaktik maqsadlarda traneksamik kislota operatsiyadan oldin yoki tugʻruq paytida t/i 1,0 g miqdorida qoʻllaniladi.

Yuqoridagi chora-tadbirlar **bachadon atoniyasi** oqibatida qon ketishni toʻxtatishga qaratilgan: bachadon tashqi massaji, uterotoniklar qoʻllash, vaqtinchalik qon toʻxtatish usullari, traneksamik kislota va bachadon ballonli tamponada **konservativ gemostaz** usullari hisoblanadi.

Konservativ gemostaz bosqichida homiladorlarga yordam koʻrsatishda asosiy rol akusher-kalar zimmasiga yuklatiladi:

- tugʻruqning uchinchi davrini faol boshqarish;
- bachadonning tonusini tugʻruqdan keyin 2 soat davomida har 15 daqiqada tekshirib turish;
- TKQK erta tashxislash;
- TKQKda asosiy davolashni amalga oshirish;
- onaning holatini dastlabki baholashni amalga oshirish;
- qon ketishni toʻxtatish uchun vaqtincha usullardan foydalanish.

Bularning barchasi yetarlicha katta axborot va amaliy ko'nikmalar mahoratini egallashi talab qilinadi. Faqat yaxshi o'rgatilgan va malakali akusherlar ona sog'lig'i va hayoti bog'liq bo'lgan yordam ko'rsatadigan jamoaga to'laqonli a'zosi bo'lishi mumkin.

Konservativ choralar qon ketishini to'xtatmasa, tezroq jarrohlik gemostazaga o'tishi kerak, bemorda har doim ham bachadonni olib tashlash kerak bo'lmaydi. Jarrohlik davolashda doya bevosita ishtirok etmaydi, shu bilan birga, shifokor tomonidan amalga oshirilgan yordamni yaxshi tushunishi, bilishi kerak va agar zarur bo'lsa, operatsion xonaga bemorni transportirovka qilishda ko'maklashadi.

Garchi subtotal va total bachadon gisteroektomiyasi hali ham qo'llanilayotgan bo'lsa ham va foydali bo'lishi mumkin bo'lsa-da, favqulodda holatlarda ham qo'llanilishi kerak. Shu bilan birga, gisteroektomiya eng jiddiy holatlarga radikal usullargacha qoldirilmasligi lozim.

Esingizda bo'lsin, akusherlik qon ketishda, yomon oqibat-larning asosiy sabablaridan biri — jarrohlik gemostazasining juda kech bajarilishi.

O'zbekiston Respublikasining milliy standartida qon ketish hajmi, DVS sindrom bor yoki yo'qligiga qarab xirurgik gemostaz-ning usullari keltirilgan:

A) Ko'rsatilgan konservativ chora-tadbirlarning samarasizligi va qon ketish hajmi 1000 ml oshib, 1500 ml gacha bo'lsa:

zudlik bilan jarohlik xonaga o'tkazish, umumiy narkoz SO'V ostitida laparotomiya va bachadon saqlangan holda quyidagi jarrohlik usullarni qo'llash:

- bachadon magistral qon tomirlarini bilateral bog'lash;
- bachadon qon tomirlarining embolizatsiyasi;
- bachadonga kompression gemostatik chok qo'yish:
(B-Linch, Pereyra bo'yicha);
- ichki yonbosh arteriyani bilateral bog'lash.

B) Agar atonik qon ketish 1500 ml ortiq bo'lsa:

- ichki yonbosh arteriyani bilateral bog'lash;
- gisterektomiya (amputatsiya, ekstirpatsiya).

Ekstirpatsiya bachadonning pastki segmentidan qon ketsa (bachadon pastki segmentining yorilishi, platsentaning oldinda yotishi yoki yopishib qolishi), koagulopatik qon ketishida amalga oshiriladi.

Har bir tug'ruq qon ketish bilan asoratlanishi mumkin.

Meditsina xodimlari TKQKni davolash usullarini bilishi va multidissiplinar guruhda ishlab, o'z bilimlarini qo'llay olishi kerak.

Hamma bo'limlarda protokollar, chora-tadbirlar algoritmi bor stendlar osilgan bo'lishi lozim.

Har bir bo'limda shoshilinch yordam ko'rsatish uchun dori-darmonlar tayyor turishi kerak:

- NaCL 0,9% fiziologik eritmasi – 400 ml (umumiy hajmi 2 litr);

- Oksitotsin 5 ed – 10 ampula;
- Metilergometrin 0,2 mg – 5 ta gacha ampula;
- Mizoprostol 200 mg – 4 tabletka (jami 800 mikrogrammdan);
- Traneksamik kislota (tremin) 500 mg – 4 ampula;
- Shpirts 5,0 ml – 4 dona;
- Shpirts 10,0 ml – 4 ta;
- Vena ichiga infuziya uchun mo'ljallangan sistemalar – 3 ta;
- Angiokateter № 14–16–2 ta;
- Steril qo'lqop № 7–8–6 juft;
- Leykoplaster – 1 dona;
- Foley kateteri – 1 dona.

ESLAB QOLISH MUHIM:

- tug'ruqdan keyin qon ketish dunyoda onalar o'limining eng ko'p tarqalgan sababidir;

- Qaysi ayoldan qon ketishini oldindan aytish qiyin, shuning uchun har bir tug'ruqda qon ketishda amaliyot uchun kerakli barcha chora-tadbirlar o'tkazish uchun tayyorgarlik bo'lishi shart

- Komanda a'zolari o'zlarining vazifalarini standartlashtirilgan protokolga muvofiq aniq bajarishlari kerak

- Akusherkaning vazifasi TKQKni erta aniqlash, baholash va birlamchi boshlang'ich davosini o'tkazish.

XIII. REPRODUKTIV SALOMATLIK

Reproduktiv salomatlik — bu nafaqat kasallik va noxushliklarning mavjudligi yoki yoʻqligi, balki insonning ruhiy, jismoniy va maʼnaviy farovonligidir.

Inson oʻzidan nasl qoldirishi sogʻliq, tashqi muhit, jismoniy va ruhiy holati muvozanatiga, hayotining barkamolligiga va boshqa koʻp sabablarga bogʻliq. Bulardan, insonning oʻzi istagan maʼlumotlarga tayangan holda, oʻz salomatligini baholay olgan va tibbiy xizmatlardan manfaat ola biladigan holatlarda foydalanishi muhimdir. Bunda nafaqat ayol va oʻsmir qizlar, balki erkaklar, oila aʼzolari, qaynonalarning munosabati, reproduktiv salomatlik haqida tushunchasi eʼtibor markazida boʻlmogʻi zarur. (ARXX, 1994 R.7.2.)

Reproduktiv salomatlikning asosiy tamoyillari etib quyidagi yoʻnalishlar belgilangan:

- xavfsiz homiladorlik;
- bexatar onalik;
- chilla davridagi parvarish;
- koʻkrak suti bilan boqish targʻiboti;
- abortlarning oldini olish;
- tugʻruqlar oraligʻidagi intergenetik oraliqni saqlash;
- zamonaviy kontraseptiv usullar toʻgʻrisida aholiga toʻlaqonli maʼlumot berish;
- jnsiy yoʻllar orqali yuquvchi kasalliklarining oldini olish;
- bepushtlikning oldini olish;
- reproduktiv tizimning oʻsma oldi va oʻsma kasalliklarining oldini olish;
- onalik va bolalikni muhofaza qilishda erkaklarning tutgan oʻrni va ahamiyatini oshirish;
- oʻsmirlar reproduktiv salomatligi va sogʻlom turmush tarzi targʻiboti.

Reproduktiv huquq — har bir juftlikning kontrasepsiya usullari bo'yicha to'liq ma'lumot olish, qulay usulni ixtiyoriy tanlash va oiladagi farzandlar soni, farzand tug'ilish kabi muammolarni erkin hal qilish huquqidur. Bunda muloqotning pinhonligi kafolatlanadi.

Ayollar va juftliklar ixtiyoriy hamda tushungan holda kontrasepsiya usulini tanlashlari uchun yetarli bo'la oladigan to'liq ma'lumot olishga haqlidirlar. Kontrasepsiya vositasidan foydalanish maqsadida beriladigan ma'lumotlar o'z ichiga quyidagilarni olishi kerak:

- har bir usulning istalmagan homiladorlik bilan bog'liq bo'lgan asoratlari haqidagi solishtirma samaradorligi haqida tushintirishlar;

- usullarni to'g'ri qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar;

- usulning ta'sir qilish mexanizmi;

- kontraseptiv vositalarning mijozlarda uchrashi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlari;

- qo'llanilayotgan usulning mijoz salomatligi uchun ijobiy va salbiy ta'sirlari;

- uzluksiz xizmatlarning mavjudligiga va mijozlarning ularni bezovta qiluvchi savollari tug'ilgan vaqtda murojaat qilishlari mumkinligi;

- kelgusi homiladorlikni rejalashtirishni istagan ayollarga tanlangan usulning homilaga yoki homiladorlikning kechishiga ko'rsatadigan ta'siri va bu bilan bog'liq bo'lgan barcha savollarga javob berish tavsiya qilinadi.

❖ Zamonaviy kontraseptiv vositalarning tibbiy maqbullik mezonlari

Kontraseptiv vositalarning tibbiy maqbullik mezonilari bo'yicha Jahon so'g'liqni saqlash tashkilotining so'nggi ma'lumotlari qayta ishlandi va qayta ko'rib chiqildi.

❖ Toifalar tasnifi

Har bir vaziyat konkret shaxsning individual xarakteristikasi (masalan, yoshi, akusherlik anamnez va boshqalar) yoki mavjud tibbiy/patologik holati (masalan, qandli diabet, arterial gipertoniya)

bilan baholanadi. Mijozning anamnezi bilan tanishib chiqish ko'pchilik hollarda eng to'liq yondashish bo'lib hisoblanadi.

Har bir kontrasepsiya usulini qo'llash jarayonida kontrasepsiya vositasining har bir ayolga nisbatan maqbulligini 4 ta toifaga asoslangan holda tahlil qilinishi tavsiya qilinadi.

Toifalarga asoslangan holda kontrasepsiya vositalarining qo'llanilishi, har bir vositani qo'llashda, avvalambor, nojo'ya ta'sirlarning kam uchrashiga va uzoq muddatli qo'llanuvchi vositalarning organizmga ko'rsatadigan ta'sirini kamaytirishga olib keladi.

1-toifa. Kontrasepsiyaning ushbu usulini qo'llashga hech qanday moneliklar bo'lmagan holat. Usulning salomatlikka bo'lgan salbiy ta'siri yo'q.

2-toifa. Kontrasepsiyaning ushbu usulini qo'llashdan kutilayotgan natija nazariy yoki isbotlangan xavflardan ustun turuvchi holat. Bu nisbiy monelik bo'lishiga qaramasdan, ayol uchun kontrasepsiya ta'siri muhim ekanligi va usulni qo'llashdan bo'lgan ta'sir, istalmagan homiladorlikdan ko'ra foydali demakdir. Bunday holatlarda kontrasepsiya vositasidan foydalanish mumkin, ammo vaqti-vaqti bilan tibbiy maslahat va nazorat o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir.

3-toifa. Kontrasepsiyaning ushbu usulini qo'llashdan kutilayotgan natijadan nazariy yoki isbotlangan xavflar ustun turuvchi holat. Ya'ni kontrasepsiya vositasini qo'llashdagi organizmga bo'lgan ta'sir qisqa muddatda turli asoratlarga olib kelishi va kontraseptiv ta'sirda ustunlik qilishi demakdir. Bu holatda vositadan foydalanmagan ma'quldir.

4-toifa. Kontrasepsiyaning ushbu usulini qo'llash qat'iyman man etilgan holat. Kontrasepsiya vositasi qisqa muddatda qaytarilmas asoratlarga olib kelishi mumkin.

❖ **Bachadon ichi vositalari (BIV):**

BIV ning bugungi kungacha 3 ta turi mavjud:

1. Inert ashyodan (plastmassadan) tayyorlangan BIV.
2. Mis o'ramasi bilan ta'minlangan BIV.
3. Tarkibida gormon (progestin) bo'lgan BIV.

BIV ning deyarli barcha turlarida, ularga biriktirilgan 1 yoki 2 ta iplar bo'ladi. Ipchalarni ushlab ko'rib, BIV joyida ekanligiga ishonch hosil qilishi mumkin. Tibbiy xodim BIV ni ipchasidan xirurgik qisqich bilan tortib olib tashlashi mumkin.

Ta'sir mexanizmi:

BIV lar, asosan, mexanik va yot jism sifatida tuxum xujayralarning spermatozoidlar bilan uchrashishining oldini oladi va shu usul bilan tuxum hujayralarning urug'lanish imkoniyatini kamaytiradi.

Shuningdek, o'rnatilgandan so'ng bachadon shilliq qavatida aseptik yallig'lanish holatini keltirib chiqaradi, bu esa o'z o'rnida bachadon shilliq pardasining kimyoviy va fermentativ balansi o'zgarishiga olib keladi. Buning natijasida bachadonga tushgan urug' harakatlanishi yo'qotib, bachadon naylari tomon o'ta olmaydi.

BIV lardan foydalanish qoidalari:

- hayz davrining 1-kunidan 7-kunigacha;
- agar ayolda homiladorlik yo'qligiga to'liq ishonch bo'lsa, hayz davrining istalgan vaqtida;
- tug'ruqdan keyin 48 soat ichida yoki 6 haftadan keyin;
- laktatsion aminoreya usulidan foydalanayotgan bo'lsa, 6 oy muddatdan so'ng;
- asoratsiz abortdan so'ng darhol yoki 7 kun muddat o'tgach o'rnatish mumkin.

Samaradorligi:

Tarkibida mis bo'lgan TSu-380 A BIV— keng tarqalgan bo'lib, juda ham samarali hisoblanadi. Bu vosita tarkibida mis o'ramasining maydoni 380 kv.mm ni tashkil etadi. Bir yil davomida qo'llagan 100 ta ayoldan 0,6–0,8 tasida (Perl indeksi) homiladorlik kuzatilgan.

Afzalliklari:

- bir marta qabul qilingan BIV qator homiladorlikdan uzoq vaqt va samarali saqlanish imkonini berad;
- uzoq muddatli usul bo'lib, eng ko'p tarqalgan BIV TSU-380 A kamida 10 yil mobaynida ta'sir ko'rsatadi;
- juda ham samarali usul;
- BIV jinsiy aloqaga xalaqit bermaydi;

- BIV larning gormonal usullarniki kabi nojo'ya ta'siri yo'q.
- Fertillikning shu zahoti tiklanishi kuzatilib, BIV olib tashlangandan so'ng ayol BIV ni qo'llamaydigan ayollar kabi tezda homilador bo'lishi mumkin.

- BIV lar ko'krak sutining miqdori va sifatida ta'sir ko'rsatmaydi.

- BIV lar boshqa bironta dorivor vosita bilan o'zaro ta'sirga kirishmaydi.

Kamchiliklari:

Keng tarqalgan nojo'ya ta'sirlari (shu jumladan, kasallik simptomlari ham);

- uzoqroq va ko'p hayz ko'rishlar;

- hayz ko'rishlar o'rtasida qon surtmalarning paydo bo'lishi;

- hayz paytidagi spazmlar va og'riqlarning kuchayishi.

Boshqa keng tarqalmagan nojo'ya ta'sirlar va asoratlar:

- BIV o'rnatilgandan so'ng 3–5 kun davomida;

- kamqonlikning rivojlanishiga olib keluvchi, hayz ko'rish paytida yoki hayz ko'rishlar orasidagi qon ketishlar. Bunday nojo'ya ta'sirlar tarkibida mis saqllovchi yoki gormon ajratuvchi BIVlardan ko'ra ko'proq, inert BIV larni qo'llanganda kuzatilishi mumkin;

- bachadon devori perforatsiyasi (BIV to'g'ri o'rnatilganda kamdan-kam kuzatiladi).

- BIV lar jinsiy yo'l orqali yuquvchi infeksiyalardan (JYOYUK), shu jumladan, OITV/OITS lardan himoya qilmaydilar. Ushbu usul JYOYUK bilan kasallangan yoki bir nechta jinsiy sheriklari (sheriklarning ham bir nechta jinsiy sheriklari) bo'lgan ayollar uchun maqbul emas;

- BIV larni o'rnatish uchun tibbiy muolaja, shu jumladan, ginekologik ko'rikdan o'tish talab etiladi.

- BIV ni o'rnatib bo'lgan zahoti ayol og'riq sezishi, qindan qon oqishlari va qon surtmalari kuzatilishi mumkin. Odatda, ayolning ahvoli bir necha kun ichida normallasadi.

- BIV bachadondan tashqari homiladorlikdan himoya qila olmaydi;

– vaqti-vaqti bilan ayol BIV iplarini tekshirib turishi lozim. Buning uchun barmoqlarini qin ichiga kiritishi lozim. Ba’zi ayollar bunday qilishni xohlamasliklari mumkin.

❖ **Aralash tarkibli oral kontraseptiv vositalar**

Aralash oral kontraseptivlar (AOK) tarkibiga ayol organizmida ishlab chiqariladigan tabiiy gormonlarga yaqin bo’lgan ikki xil gormon moddasi kiradi. Bu estrogen va progesterondir.

Kam dozali ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar – etinilestradiol – 20 mkg dan 35 mkg gacha va progestagen xiliga qarab 0,075 mg dan 0,300 mg gacha miqdorda tashkil topgan.

Ichiladigan aralash kontraseptiv vositalarning turlari quyidagilardan iborat:

Bir fazali – 21 dona ta’sirchan tabletkada bir xil miqdorda estrogen va progestin bo’ladi.

Ikki fazali – 21 dona ta’sirchan tabletkada estrogen bilan progestin ikkita har xil kombinatsiyada bo’ladi (masalan, tabletkalarning 10 tasi 30–35 mkg etinilestradiol va 150 mkg levonogestrel. 11 tasi 35–40 mkg etinilestradiol va 250 mkg levonogestrel).

Uch fazali – 21 dona ta’sirchan tabletkada etinilestradiol va progestin miqdorlari 3 xil kombinatsiyada bo’ladi (masalan 6/5/10).

❖ **Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarning ta’sir mexanizmi:**

- ovulatsiyani so’ndiradi;
- bachadon bo’yni shillig’ini quyuqlashtiradi va buning natijasida erkak urug’ hujayralari uchun to’siq hosil qilinadi;
- endometriy (bachadon shilliq qavati)ga ta’sir qilib, uni yupqalashtiradi va urug’langan tuxum hujayraning bachadonda payvandlanishiga to’sqinlik qiladi.

❖ **Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni ichish qoidalari:**

- ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni ichishni har qanday vaqtda boshlash mumkin, lekin bunda ayolning homilasi yo’qligiga shubha bo’lmasa;

– ularni hayz davrining birinchi kunidan yettinchi kunigacha boshlash mumkin;

– ayol emizikli bo'lsa, 6 oy o'tgandan keyin ichiladi;

– ayol bolasini emizmaydigan bo'lsa, tug'ruqdan so'ng 6 hafta o'tgandan keyin ichiladi;

– abortan keyin darhol yoki 7 kun ichida ichiladi;

– ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar har kuni kechqurun ovqatdan keyin ma'lum bir vaqtda ichiladi;

– mijozga maslahat berilayotganda tabletkalarni ichish qoidalarini unga o'rgatish zarur. Tabletkalarni ichish vaqti o'tkazib yuboriladigan bo'lsa, hayz oralig'ida qon ketish holati sodir bo'lishini tushuntirish lozim;

– tabletkalarni ichish bir kun o'tkazib yuborilganda, ertasiga ikkita tabletka ichish lozim. Bordi-yu tabletkalar ikki kun davomida ichilmagan bo'lsa, keyingi ikki kunda ularni ikki tabletkadan ichish zarur, lekin vositalarning ichish tartibi buzilganda kontraseptiv vositalarning samarasi kamayadi va homilador bo'lish xavfi oshadi.

❖ **Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalardan qanday ayollar foydalanishi mumkin:**

– tug'ish yoshidagi ayollar va yuqori samarali kontrasepsiya usulidan foydalanishni istaganlar;

– kontrasepsiyaning boshqa usullaridan foydalana olmaydigan ayollar;

– emizikli ayollar (tug'ruqdan 6 oydan keyin);

– abortan keyin darhol;

– kamqonlikning og'ir darajasi bor ayollar;

– giperpolimenoreyaga uchragan ayollar;

– hayz davri og'riqli kechadigan ayollar;

– hayz davri izdan chiqqan ayollar;

– chanoq a'zolarining yallig'lanishi kasalliklari bilan og'rib qolganlar;

– anamnezida bachadondan tashqari homiladorligi bo'lgan ayollar.

❖ Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarning afzalliklari:

- samaradorligi yuqori (usuldan bir yil davomida foydalanilgan 100 ta ayol hisobidan olganda homiladorlik bo'lish holati 0,1–0,8 ta Perl indeksi);
- tabletkani ichishni boshlaganidan keyin ta'siri darhol boshlanadi;
- ginekologik ko'rikni talab etmaydi;
- kontraseptiv vositalarni dorixonadan retseptsiz olish mumkin
- nojo'ya ta'siri kam;
- o'rgatilgan o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimidan olish mumkin.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarning eng muhim afzalliklardan biri shuki, bu vositadan 1–2 yil davomida foydalanish endometriy va tuxumdonlarda saraton kasalligi xavfini 40–60% ga kamaytiradi.

Bu narsa ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar ta'siri tufayli anovulatsiya holati boshlanishiga bog'liq, chunki «uzluksiz ovulatsiya» yoki ovulatsiya jarayonining to'xtovsiz davom etib turishi tuxumdonlar epiteliysining tinmay o'sib borishiga olib keladi, follikulalarning o'sishi esa estrogenlar ortiqcha ishlab chiqishiga sabab bo'ladi.

Bu endometriyda saraton kasalligining boshlanishiga sabab bo'ladigan giperestrogenemiya holatiga olib kelishi mumkin. Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalardan foydalanilganda funksional holatdagi o'sma (kista) lar soni kamayadi.

Hayz boshlanishi oldidan qon zardobidagi prostoglandinlar miqdori ko'payib ketadi. Bu bachadon silliq mushaklar spazmi, ya'ni algodismenoreya holatiga olib keladi. Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalardan foydalanganda prostoglandin miqdori kamayadi, hayz davri oldidan bachadon spazmlarining kamayishi shunga bog'liq.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar ichib yurilganida endometriyda regressiv o'zgarishlar ro'y berishi munosabati bilan hayz davrida qon kelishi kamayadi, bu qondagi gemoglobin ko'rsatkichlarining yaxshilab borishini ta'minlaydi.

Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarning tarkibidagi progestagen ta'siri tufayli bachadon bo'yni shillig'ining quyuqlashishi kichik chanoq a'zolarida uchraydigan o'tkir bakterial kasalliklar xavfini 50% ga kamaytiradi. Bu bachadon bo'yni shillig'ining to'siq vazifasini bajarishi bilan bog'liq.

Aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni ichib yuradigan ayollarda bunday vositalarni ishlatmaydigan ayollarga nisbatan bachadondan tashqari homiladorlik xavfi 90% ga kamayadi.

❖ Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarning nojo'ya ta'siri:

— ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni ishlab chiqarish texnologiyasini takomillashtirish, yuqorida aytib o'tkanimizdek, estrogenlar dozalarini (20–30 mkg gacha) kamaytirishga, ya'ni qon zardobidagi estrogenlar miqdoridan ko'ra kamroq daraja tushurishga imkon beradi. Shu sababdan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar ichilganda ro'y beradigan nojo'ya ta'sir juda kam ifodalangan bo'ladi;

— ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar ishlatilganida uchrab turadigan nojo'ya ta'sirlar o'ziga xos ko'ngil aynishi, bosh og'rishi, sut bezlarining dag'allashishi va bezillab turishi, bosh aylanishi, hayz orasida qonga o'xshash surkalmalar kelishi bilan xarakterlanadi. Bunday holat 5–10% hollarda uchraydi, tabletkalarni ichishni boshlaganidan keyin 2–3 oy mobaynida kuzatilib, keyinchalik o'tib ketadi;

— kontraseptivlar bilan ba'zi bir dorilar ichilganda kontraseptiv vositalarning ta'siri susayadi. Masalan, karbamazepin, fenobarbital, benzoal singari talvasaga qarshi preparatlar ishlatilganda, shuningdek, rifampitsin va grizeofulvin singari silga qarshi preparatlar ichilganda ham shunday bo'ladi. Gipoglikemik va trankvlizatorlar ham kontraseptiv vositalar ta'sirini kamaytiradi;

— ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar uzoq muddat (5–10 yil) davomida ichilganda endometriyda regressiv o'zgarishlar ro'y berganligi uchun tug'ish faolligi bir muncha susayadi, lekin kontraseptiv vositalar odatdagi hayz davri 2–3 oy

ichmay turilganida endometriy asl holatiga keladi. Tuxum hujayraning payvandlanib olish uchun imkon beradigan bo'lib qoladi;

– ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni ichib yurgan ayollarning yurak-tomir sistemasida ham ba'zi nojo'ya holatlar kuzatilishi mumkin (bu vositalarni ichib yurgan 100 ming nafar ayolga 1/10 ta shunday holatlar to'g'ri keladi). Sababi shuki, estrogenlar jigarda protein sintezlanishini bir qadam jonlantiradi, shunda bu proteinlar fibrinogen, trombin, qon ivishda ishtirok etadigan VII va X omillar miqdorini ko'paytirib qo'yadi. Yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rib yurgan ayollarda miokard infarkti, insult, o'pka va bosh miya tomirlarining tromboemboliyasi kuzatilishi mumkin. Oxirgi 10 yil davomida tekshirishlar sog'lom ayolda kam dozali aralash tarkibli kontraseptiv vositalar qo'llanilganida qon quyilish tizimida aytarli darajada o'zgarishlar keltirib chiqmasligini ko'rsatib beradi, chunki bu ayollarda qon-koagulyatsion faolligining zo'rayib qolishini fibrinolizning tezlashuvi bosib ketadi;

– kontraseptiv vositalar lipidlar almashinuviga aytarli ta'sir o'tkazmaydi, zamonaviy aralash tarkibli kontraseptiv vositalar ba'zi hollarda lipidlarning aterogenligini susaytiradi degan ma'lumotlar bor;

– ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalar jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar OIV/OITS dan saqlamasligini esda tutish lozim.

❖ Ichiladigan aralash tarkibli kontraseptiv vositalarni ishlatishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar:

Aralash kontraseptiv vositalarni ichishga qaror qilinganida, ularning qaysi biridan foydalanish kerakligini juda yaxshi bilib olish lozim. Ularni ishlatishga yo'l qo'ymaydigan moneliklar va tibbiy holatlarni aniqlash uchun JSST tomonidan ishlab chiqilgan tibbiy maqbulliklar mezonidan foydalanish lozim.

Ularning to'g'ri kelish-kelmasligini belgilaydigan tibbiy maqbullik mezonlari ayollarda uchraydigan kasalliklarni hisobga olib tuzilgan. Bundan tashqari, tibbiy nuqtayi nazardan muammosi

bo'lgan va alohida ehtiyojlari bor bo'lgan ayollar kontraseptiv vositalar xilini tanlashdagi masalaga shifokor alohida e'tibor berishi kerak.

❖ Kam dozali oral kontraseptivlar

Ta'sir mexanizmi:

- ovulatsiyani sekinlashtiradi (tuxumdondan tuxum hujayralari ajralib chiqishini);
- bachadon shilliq qavatini yupqalashtiradi;
- servikal kanal shillig'ini quyuqlashtirib, bachadonga spermatozoidlar o'tishini qiyinlashtiradi.

Samaradorligi:

Odatdagicha qo'llanganda samaradorlidir — yil davomida qo'llagan 100 ta ayoldan 6—8 tasida homiladorlik kuzatilgan.

Afzalliklari:

- to'g'ri qo'llanilganda juda ham samarali;
 - jinsiy aloqa paytida biron-bir chora ko'rishga ehtiyoj yo'q;
 - hayz ko'rishlar muntazam, hayz paytida qon ketishlar kamroq, hayz davomiyligi qisqaroq, hayz paytidagi og'riqlar kamroq va kuchsiz;
 - ayol homiladorlikdan qancha vaqt saqlanishni xohlasa, shuncha vaqt davomida qo'llashi mumkin. Qabul qilish paytida tanaffus qilishga ehtiyoj yo'q;
 - barcha yoshda — o'smirlikdan menopauzagacha qabul qilish mumkin;
 - tuqqan va tug'magan barcha ayollar qabul qilishlari mumkin;
 - tabletkalar qabul qilish to'xtatilganidan so'ng, tez vaqt ichida fertillik tiklanadi;
 - temir tanqisligi anemiyasining oldini olish yoki uning kechishini yengillashtirishi mumkin.
- Quyidagi holatlarning rivojlanish xavfi kamayadi:
- tuxumdon kistasi;
 - tuxumdonlar raki;
 - endometriy raki;
 - yallig'lanish kasalliklari.

Kamchiliklari:

– eng ko‘p tarqalgan nojo‘ya ta’sirlari (lekin kasallik simptomlari emas) ko‘ngil aynish (ko‘pincha, birinchi uch oylikda) birinchi uch oylikda hayz ko‘rish oralig‘ida qindan qon surkalishlari kuzatilishi mumkin;

– tabletkalarni ichish yoki ularni kechiktirib ichish;

– kuchli bo‘lmagan bosh og‘riqlari;

– tana vaznining biroz ortishi (ba’zi ayollar buni afzallik deb hisoblaydilar);

– amenoreya (ba’zi ayollar bu holatni afzallik deb hisoblaydilar);

– tabletkalar kunda qabul qilinmasa, ularning samaradorligi susayib ketadi. Ba’zi ayollar uchun tabletkalarni har kuni qabul qilishni esda saqlash qiyinchilik tug‘diradi;

– navbatdagi 28 kunlik davrni boshlash ishlash mijozda tabletkalarning yangi o‘rami bo‘lishi kerak;

– tabletkalar emizuvchi ayollar sutining sifati va miqdoriga ta’sir ko‘rsatganligi uchun emiziklilarga tavsiya etilmaydi;

– ba’zi ayollarda kayfiyatning o‘zgarib turishi, jumladan, depressiyalar, shuningdek, jinsiy aloqaga bo‘lgan qiziqishning susayishlari kuzatiladi;

– kamdan-kam hollarda insultning, oyoqlar chuqur venalari trombozining yoki miokard infarktining sababchisi bo‘lishi mumkin. Eng ko‘p xavf ostida qon bosimi yuqori, 35 yoshdan katta, 15 va undan ko‘p sigaret chekuvchi ayollar bo‘ladilar;

– JYOYUKni, shu jumladan, OITV/OITSni yuqtirishdan himoya qilmaydi.

❖ Maqbullikning tibbiy mezonlaridan foydalanish

Quyida ushbu usulni qo‘llashga monelik qiluvchi ma’lum holatlar yoki kasalliklarning ayolda mavjudligini aniqlash uchun zarur bo‘lgan savollar ro‘yxati keltirilgan. Bu savollar maslahat berishning o‘rnini bosa olmaydi. Ro‘yxatdagi savollar ma’lum holatlar yoki kasalliklarga taalluqlidir. Odatda, ular haqida ayolning o‘zidan so‘rab bilish mumkin. Laborator tahlillar va tibbiy ko‘riklarga zaruriyat yo‘q.

SOF PROGESTINLI KONTRASEPTIVLAR

Sof progestinli oral kontraseptivlar tarkibida juda ham kam miqdorda bitta gormon — progestin bo'ladi. Sof progestinli oral kontraseptivlarni **mini pililar** ham deb ataydilar.

Sof progestinli oral kontraseptivlar — emizuvchi ayollar uchun eng maqbul usuldir. Olingan ma'lumotlarga qaraganda, ular ona suti miqdorini kamaytirmaydi. Ushbu bobda, asosan, emizuvchi ayollar tomonidan toza progestinli oral kontraseptivlar qo'llanilishi ko'rib chiqiladi, ammo emizmaydigan ayollar ham undan foydalanishlari mumkin.

Ta'sir mexanizmi:

— sof progestinli oral kontraseptivlar servikal shilliqni quyuqlashtirib, spermatozoidlarning bachadon ichiga o'tishini qiyinlashtiradi;

— hayz siklining taxminan yarimida ovulatsiya (tuxum hujayraning tomonidan chiqishi)ni susaytiradi. Emizish xuddi shunday usul bilan homiladorlikning oldini oladi;

— bachadon shilliq qavatini yupqalashtiradi.

Sof progestinli oral kontraseptivlar mavjud homiladorlikka ta'sir ko'rsatmaydi.

Samaradorligi:

Emizuvchi ayollar uchun odatdagicha qo'llanilganda juda ham samarali — bir yil davomida qo'llangan 100 ta ayoldan taxminan 1 tasida homiladorlik kuzatilgan.

Sof progestinli oral kontraseptivlar noto'g'ri qo'llash, aralash oral kontraseptivlarga nisbatan ko'proq homiladorlikka olib keladi, ammo sof progestinli oral kontraseptivlarni qo'llash oson bo'lib, chunki ayol bir kunda bir xildagi tabletkalardan bittasini ichadi va sikl orasida tanaffus qilishi kerak emas.

Muhim ma'lumot:

Progestinli oral kontraseptivlarni har kuni bir vaqtda qabul qilinsa, samaradorligi yuqori darajada bo'ladi.

Afzalliklari:

— emizuvchi onalar sof progestinli oral kontraseptivlarni tug'ruqdan so'ng 6 hafta o'tgach qabul qila boshlashlari mumkin.

SPOK sutning sifati va miqdoriga ta'sir ko'rsatmaydi. (AOK ona sutini biroz kamaytirishi mumkin). Estrogen sababchi bo'lgan nojo'ya ta'sirlar kuzatilmaydi. Estrogen qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan, infarkt yoki insult kabi asoratlar rivojlanishi xavfini ko'paytirmaydi;

– ayollar kunda bir tabletkadan, tanafussiz qabul qiladi. Sof progesterinli oral kontraseptivlar qo'llash usuli, 21 kunlik o'ramdagi AOK ni qo'llash usulidan osonroqdir;

– progesterin bilan bog'liq bo'lgan xusunbuzarlar toshishi va tana vaznining biroz ko'payishi xavfi kabi asoratlar SPOK qo'llanilganda, AOK dan foydalanilgandagiga qaraganda ko'proq kuzatiladi.

Sof progesterinli oral kontraseptivlar quyidagi xavflar rivojlanishini kamaytiradi:

- sut bezlari o'smalari;
- endometriy va tuxumdon saratoni;
- kichik tos organlarining yallig'lanish kasalliklari.

Kamchiliklari:

Emizmaydigan ayollarda eng ko'p tarqalgan nojo'ya ta'siri kuzatilishi mumkin (ular kasallik simptomlaridir):

– hayz ko'rish xarakterining o'zgarishi, shu jumladan, nomuntazam hayz ko'rishlar;

– qon surtmalari yoki hayz ko'rishlar o'rtasidagi qon oqishlar;

– ba'zan bir necha oy mobaynida kuzatiladigan amenoreyalar (ba'zi ayollar hayz ko'rishlar yo'qligini afzallik deb biladilar).

Ayollarning ma'lum bir qismida hayz ko'rishlar uzoqroq vaqt davom etishi yoki ko'proq qon ketishi mumkin. Emizuvchi ayollarda bir necha oy mobaynida, ularning toza progesterinli oral kontraseptivlarni qo'llash-qo'llamasliklaridan qat'i nazar, muntazam hayz ko'rishlar bo'lmasligi kuzatiladi.

Shuning uchun ham ular sof progesterinli oral kontraseptivlar qo'llash natijasida yuzaga kelgan hayz ko'rish xarakteridagi o'zgarishlarni sezmasliklari mumkin yoki bu holatda ularda bezovtalik uyg'otmaydi, shuningdek, sof progesterinli oral kontraseptivlar emizuvchi ayollarda amenoreya davrini uzaytirishi mumkin.

Bosh ogʻriqlar va sut bezlaridagi ogʻriqlar kamroq kuzatiladigan nojoʻya taʼsirlardan hisoblanadi.

Maksimal samaradorlikka erishish uchun sof progestinli oral kontraseptivlar har kuni bir vaqtda qabul qilinishi lozim. Emizmaydigan ayollar uchun tabletka qabul qilishni bir necha soatga kechiktirish, homilador boʻlish xavfining yuzaga kelishiga, 2 yoki undan koʻproq tabletkalarni qabul qilmaslik esa homilador boʻlish xavfini keskin oshirib yuborishga olib keladi.

Sof progestinli oral kontraseptivlar bachadondan tashqari homiladorlik rivojlanishining oldini olmaydi.

❖ **Maqbullikning tibbiy mezonlaridan foydalanish**

Mijozda sof progestinli oral kontraseptivlar qoʻllashga monelik qiluvchi holatlar yoki kasalliklar borligini aniqlash uchun zarur boʻlgan savollar roʻyxati quyida keltirilgan, ammo bu savollar maslahat berishning oʻrmini bosa olmaydi. Roʻyxatdagi savollar maʼlum holatlar yoki kasalliklarga taalluqlidir. Odatda, ular haqida mijozning oʻzidan bilish mumkin. Laboratoriya tashxislariga yoki tibbiy tekshirishlarga, odatda, ehtiyoj boʻlmaydi.

❖ **Sof progestinli oral kontraseptivlar**

Homiladorlikdan saqlovchi ushbu usul ayollarga ineksiya sifatida qilinadi. Ularning suvli va yogʻli eritma shakllari mavjud.

DMPA ineksiyasi suspenziya tarzida boʻlib, har 3 oyda bir marta qilinadi. DMPA tarkibida ayol organizmida ishlab chiqariladigan tabiiy gormonga oʻxshash modda — progestin bor. Ineksiyadan soʻng DMPA asta-sekinlik bilan qon-tomir tizimiga oʻtadi. DMPA, shuningdek, depomedroksiprogesteron atsetati deb ham ataladi.

Ineksion kontraseptivlarning boshqa turi ham mavjud. Masalan, NET-EN (shuningdek, Noristerat, noretindron enantat va noretisteron enantat deb ham yuritiladi) va ularning ineksiyalari yogʻli eritma tarzida boʻlib, ikki oyda bir marta qoʻllaniladi. DMPA ga tegishli maʼlumotlarning koʻpchilik qismi, shuningdek, NET-EN ga ham taalluqlidir. Baʼzi mamlakatlarda ineksion kontraseptivlarning bir oy mobaynida taʼsir etuvchilari ham qoʻllaniladi.

Ta'sir mexanizmi:

- DMPA, asosan, ovulatsiyani susaytiradi (tuxum hujayralarining tuxumdondan chiqishini);
- bachadon shilliq qavatini yupqalashtiradi;
- bachadon bo'yni shillig'ini quyuqlashtirib, spermatozoidlarning bachadonga o'tishini qiyinlashtiradi;
- DMPA mavjud homiladorlikka ta'sir ko'rsatmaydi.

Samaradorligi:

Juda ham samardor – bir yil davomida muntazam ravishda har 3 oyda bir marta ineksiya olgan 100 ta ayolda 0,3 ta homiladorlik kuzatilgan.

❖ Afzalliklari va kamchiliklari:

Afzalliklari:

- juda ham samardorli usul
- homiladorlikdan uzoq muddat saqlovchi vosita. Bitta ineksiya homiladorlikdan kamida 3 oy mobaynida saqlanishga imkon beradi.
- jinsiy aloqaga xalaqit bermaydi. Homilador bo'lib qolishdan xavfsirash bo'lmaganligi uchun, jinsiy aloqadan qanoatlanish tuyg'usi ko'proq bo'ladi. Har kuni tabletka qabul qilishga ehtiyoj yo'q.

– qayta tashriflar muddatida ma'lum bir o'zgaruvchanlikka yo'l qo'yiladi. Mijoz navbatidagi ineksiyani olish uchun berilgan muddatdan 2–4 hafta oldin yoki keyin (bunday holat ideal bo'lmasa ham) kelishi mumkin;

– Barcha yoshdagi ayollar tomonidan qo'llanilishi mumkin.

Ma'lumotlarga ko'ra, ko'krak sutining miqdori va sifatiga ta'sir o'tkazmaydi. Emizuvchi ayollar tug'ruqdan so'ng 6 hafta o'tgach qo'llay boshlashi mumkin. Estrogendagi kabi nojo'ya ta'sirlari yo'q;

– bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdonlar va endometriy raki, bachadon fibromalari rivojlanish xavfini kamaytiradi.

Kamchiliklari:

Eng ko'p kuzatiladigan nojo'ya ta'sirlari (kasallik simptomlari emas) – hayz paytidagi qon ketishlarning xarakteri o'zgarishi mumkin. Biroz qon ketishlar yoki qon surkalishlar paydo bo'lishi,

ko'pincha, DMPA qo'llanila boshlagandan kuzatiladi. Ko'p qon ketish holati ham uchraydi.

Amenoreya — normal holat, ayniqsa, DMPA bir yildan ko'p vaqt davomida qo'llanilayotgan bo'lsa (ba'zi ayollar amenoreyani afzallik deb hisoblaydilar).

Yiliga o'rtacha 1–2 kg vazn qo'shilishi mumkin.

Fertillik tiklanishining kechikishi (organizmda DMPA miqdori kamayguncha). Aralash oral kontraseptivlar, BIV, prezervativlar yoki vaginal usullarni qo'llagan ayollarga nisbatan homilador bo'lish taxminan 4 oy keyinroq ro'y beradi.

Ineksiyalarni har 3 oyda qaytarish zarur.

Ba'zi ayollarda bosh og'riqlar, sut bezida og'riqlar, kayfiyatning o'zgarib turishi, ko'ngil aynishi, sochlarning to'kilishi, jinsiy ehtirosning susayishi va husnbuzarlar paydo bo'lishi mumkin.

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalardan, shu jumladan, OITV/OITS dan himoya qilmaydi.

❖ **Maqbullikning tibbiy mezonlaridan foydalanish**

Quyidagi mijozda DMPA ni qo'llashga monelik qiluvchi ma'lum holatlar yoki kasalliklarni aniqlash uchun zarur bo'lgan savollar ro'yxati keltirilgan. Bu savollar maslahat berishning o'rnini bosa olmaydi.

Ro'yxatdagi savollar ma'lum holatlar yoki kasalliklarga taalluqlidir. Odatda, ular haqida mijozning o'zidan bilib olishi mumkin. Laborator tahlillar yoki tibbiy ko'riklarga, odatda, ehtiyoj yo'q.

Muhim ma'lumot:

DMPA tarkibida estrogen yo'q. Tarkibida estrogen saqlovchi aralash oral kontraseptivlarni qo'llashni cheklovchi ko'pchilik mezonlar DMPA ga taalluqli emas.

❖ **Shoshilinch kontrasepsiya (SHK):**

Kontrasepsiyaning ushbu usuli homiladorlikdan saqlanish maqsadida vositalarsiz jinsiy aloqa qilinganda (nomuntazam jinsiy hayot, zo'rlashlar va boshqalar) qo'llaniladi. SHK homiladorlikning oldini olishda muhim usul bo'lib, uning yordamida istalmagan homiladorlik masalalari bo'yicha murojaat etganlar taklif etiladigan

xizmatlar sifatini yaxshilash mumkin. SHK dan foydalanish uchun ma'lum qoidalar bo'yicha quyilagi usullar qo'llaniladi:

- AOK (kombinatsiyalashgan oral kontrasepsiya);
- TPOK (toza progesteronli oral kontrasepsiya);
- BIV (bachadon ichi vositalari).

Tarkibida 30 mkg etinilestradiol va 150 mg levonogestrel bo'lgan kam dozali KOK larni, himoyasiz jinsiy aloqalardan so'ng 72 soat mobaynida, boshlang'ich doza sifatida 4 tabletkani, 12 soatdan so'ng esa yana 2 tabletkani qabul qilish lozim.

Tarkibida 0,03 mg levonogestrel bo'lgan tabletkalarni, himoyasiz jinsiy aloqadan so'ng 72 soat mobaynida boshlang'ich doza sifatida 20 tasini, 12 soatdan so'ng esa yana 2 tabletkani qabul qilish lozim.

Ta'sir mexanizmi:

SHK tabletkalar ovulatsiyaning, urug'lanishning va implantatsiyaning oldini oladi deb hisoblanadi. SHK tabletkalari implantatsiya jarayoni boshlangan bo'lsa samarasizdir, shuning uchun ham ularni himoyasiz jinsiy aloqadan so'ng 72 soat mobaynida qabul qilish lozim. SHK tabletkalari abort keltirib chiqarmasligini esda tutish lozim.

Nojo'ya ta'sirlar:

– ko'ngil aynishi, odatda, 24 soatdan ortiq davom etmaydi. Bartaraf qilish: tabletkalarni ovqat bilan birga yoki uyqudan oldin qabul qilish ko'ngil aynishini kamaytiradi;

– mabodo qayt qilish SHK tabletkalarini qabul qilgandan so'ng 2 soat mobaynida boshlangan bo'lsa, dozani qayta berish lozim. Qayt qilish kuchli bo'lsa, tabletkalarni qin ichiga yuborish mumkin;

– bachadondan nomuntazam qon oqishlar: ba'zi ayollarda SHK tabletkalarini qabul qilgandan so'ng qon surtmalari paydo bo'ladi;

– SHK tabletkalarining boshqa nojo'ya ta'sirlari: ko'krakdagi og'riqlar, bosh og'rig'i, bosh aylanishi. Odatda, bunday nojo'ya ta'sirlar 24 soatdan ko'proq davom etmaydi.

Qarshi ko'rsatmalar:

SHK tabletkalarini homiladorligi tasdiqlangan ayollar qo'llashi mumkin emas. SHK tabletkalari faqatgina shoshilinch holatlarda qo'llash uchun mo'ljallangan.

SHK sifatida BIV larni qo'llash:

SHK maqsadida BIV larni himoyasiz jinsiy aloqadan so'ng birinchi 5 kun davomida kiritish lozim. Ushbu usulning samaradorligi 90% ga tengdir.

Ta'sir mexanizmi:

Bachadon naylari peristaltikasining kuchayishi va endometriyning gistoximik strukturasi o'zgarishi bilan bog'lanadi.

BIV larni SHK maqsadida tug'magan mijozlarga qo'llash tavsiya etilmaydi.

TO'SIQ SOLUVCHI USULLAR:

To'siq soluvchi usullarga quyidagilar kiradi:

1. Erkak va ayol prezervativlari.
2. Qin diafragmalari.
3. Servikal qalpoqchalar.
4. Spermitsidlar.

Prezervativlar — rezina (lateks)dan tayyorlangan yupqa qopcha ereksiya holatida olatga kiyg'iziladi. Prezervativlar ayollarning jinsiy yo'llariga sperma tushishiga imkon bermaydi, mikroorganizmlarning bir kishidan ikkinchi kishiga o'tishiga yo'l qo'ymaydi. Shu munosabat bilan jinsiy yo'l infeksiyalari, jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklardan, OIV infeksiyasidan xoli bo'lish uchun bu vositadan foydalanish muhim hisoblanadi.

Afzalliklari:

- jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar va OIV/OITS dan yagona himoya qiluvchi vosita;
- salomatlik uchun xavf-xatar solmaydi;
- ishlatishga qulay;
- ularni dorixonadan topish oson va retseptsiz sotiladi.

Kamchiliklari:

- samaradorlik darajasi o'rtacha (100 nafar ayol hisobidan olinganda 1 yil davomida homiladorlik hollari 2–12 tani tashkil qiladi) bo'lib, samadorligi ko'rsatmalarga qanchalik amal qilinishiga va nechog'lik to'g'ri foydalanishga bog'liq.

Spermatsidlar — erkak urug'i faolligini yo'qotuvchi kimyoviy moddalar. Ularning quyidagi xillari mavjud:

- aerozollar;
- qin tabletkalari;
- kremlar;
- plyonkalar;
- shamchalar va boshqalar.

Ta'sir mexanizmi – spermatsidlar spermatozoidlar membranasini yemirib yuboradi, natijada spermatozoidlar harakatchanligi susayib, tuxum hujayrani urug'lantira olmaydigan bo'lib qoladi. Spermatsidlar qinga qo'yilganidan keyin 10–15 daqiqadan so'ng ta'sir qila boshlaydi.

Quyidagi hollarda tavsiya etish mumkin:

- gormonal usullardan foydalana olmaydigan ayollar uchun;
- bachadon ichiga qo'yiladigan vositalarni ishlatishni yoqtirmaydigan ayollar uchun;
- emizikli ayollar uchun;
- homilador bo'lishdan vaqtincha saqlanib turishni xohlaydigan ayollar uchun.

Afzalliklari:

- darhol kor qiladi;
- ona sutiga ta'sir qilmaydi;
- foydalanish oson va salomatlikka zarar yetkazmaydi;
- spermatsidlar retseptsiz beriladi va ulardan foydalanish uchun ayol kishi tibbiy ko'rikdan o'tishi shart emas.

Kamchiliklari:

– samaradorlik darajasi o'rtacha ekanligi (shu usuldan 1 yil davomida foydalangan 100 nafar ayol hisobidan olganda homilador bo'lib qolish ehtimoli 3–21 tani tashkil qiladi). Samaradorligi nechog'lik yaxshi bo'lishi ularning ishlatilishiga doir ko'rsatmalarga qanchalik amal qilishga va ulardan to'g'ri foydalanishiga bog'liq;

– spermatsidlar har safar ishlatilganda faqat 1–2 soat davomida ta'sir ko'rsatadi;

– har bir yangi jinsiy aloqa uchun yangisidan foydalanish zarur;

– usul jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklardan va OIV/OITS dan saqlamaydi;

— allergik reaksiyalarga sabab bo'lishi mumkin. Allergik reaksiyalar sodir bo'lsa, saqlanishning bu usulidan voz kechib, kontrasepsiyaning boshqa usulidan foydalanish kerak.

IXTIYORIY JARROHLIK KONTRASEPSIYA USULI

Ixtiyoriy jarrohlik kontrasepsiya usuli (naylar okkluziyasi) doimiy usul bo'lib, fertillikning to'liq yo'qolishiga olib keladi. Mijoz ushbu usulni ongli va ixtiyoriy ravishda tanlashi lozim.

Uslublar:

1. Minilaporotomiya.
2. Laporoskopiya.

Erkaklarda vazektomiya amalga oshiriladi.

Ta'sir qilish mexanizmi: fallopiy naylarining yo'li to'silib, erkak urug'ining tuxumdonga o'tishi to'xtab, urug'lanish sodir bo'lmaydi.

Amaliyot o'tkazish vaqti:

— ayolning homilasi yo'qligiga to'la ishonch bo'lsa, hayz davrining istalgan kunida;

- hayz davrining 6-kunidan 13-kunigacha;
- tug'ruqdan keyin dastlabki 2 kunda;
- abortdan keyin darhol yoki 7 kun mobaynida.

Kimlarga tavsiya etiladi

- doimiy kontrasepsiya usulidan foydalanishni istagan tug'ish yoshidagi ayollarda (odatda 30—35 yoshdan katta bo'lganlarda);
- salomatligi uchun homiladorlik katta xavf solgan ayollarda;
- yetarlicha farzandlari bor, deb ishonch hosil qilgan ayollarda.

Afzalliklari:

- yuqori samarali (1 yil davomida qo'llovchi 100 nafar ayollardan 0,2—0,4 tasida homiladorlik bo'lishi ehtimoli bor);
- doimiy uslub;
- darhol ta'sir qiladi;
- jinsiy aloqaga bog'liq emas;
- salbiy ta'siri yo'q;

– mahalliy og‘riqsizlantirish sharoitida bajariladigan murakkab jarrohlik amaliyoti.

Kamchiliklari:

- doimiy usul bo‘lib, ayol keyinchalik afsuslanishi mumkin;
- muolajadan keyin qisqa muddatli noqulaylik;
- yuqori malakali mutaxassis tomonidan amalga oshiriladi;
- laporoskopik uchun qimmatli asbob-uskunalar zarur.

Ayollarda uchraydigan kasalliklar va tibbiy holatni nazarda olgan holda jarrohlik kontrasepsiyasini bajarishga oid ko‘rsatmalar va shartli holatlar

Quyida keltirilgan shartli belgilar sterilizatsiya bajarilishi mumkin yoki yo‘q degan ko‘rsatmadir. Tavsiya qilinmaydigan holatlarda, jarrohlikning bajarilmagani ma‘qul, chunki natijadagi asoratlarni qaytarilmas va ayol salomatligiga jiddiy ta‘sir ko‘rsatadi.

A	Usul maqbul	Sterilizatsiyani bajarishga tibbiy moneliklar yo‘q
C	Alohida ehtiyotkorlik lozim	Sterilizatsiyani oddiy klinika sharoitida xavfsizlikning qo‘shimcha choralarni ko‘rib bajarish mumkin
D	Kechiktirish tavsiya etiladi	Sterilizatsiyani to‘liq ko‘rikdan o‘tkazgunga va/ yoki patologik holat bartaraf etilguncha kechiktirish tavsiya etiladi
S	Maxsus sharoitlar lozim	Sterilizatsiya tajribali xirurg tomonidan, umumiy og‘riqsizlantirish ostida va boshqa barcha klinik sharoitlar mavjud bo‘lsagina bajarilishi lozim.

❖ **Qisqartirishlar ro‘yxati**

BAQK – bachadondan anomal qon ketishlar.

GGT – gipotalamo-gipofizar tizim.

JYOYUK – jinsiy yo‘l orqali yuqadigan kasalliklar.

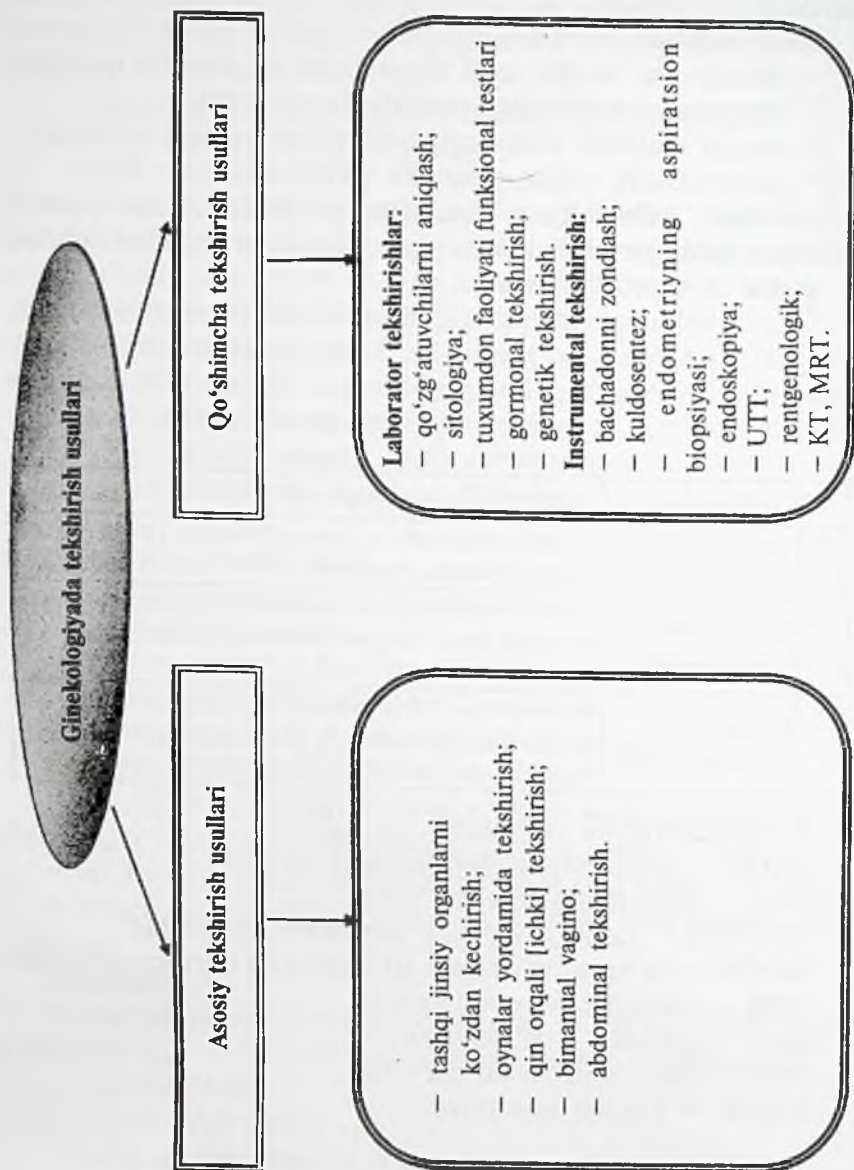
NJYBK – normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi.

SHK – shoshilinch kontrasepsiya.

BIV – bachadon ichki vositasi.

EPP – Effektiv perinatal parvarish.

YUQK – Yuvenil qon ketish.



**Tuxumdon faoliyatining
funktsional diagnostik
testlari**

Bazal haroratni aniqlash
Ovulatsiya paytida tana
harorati $0,5^{\circ}\text{C}$ ga yuqori
bo'ladi

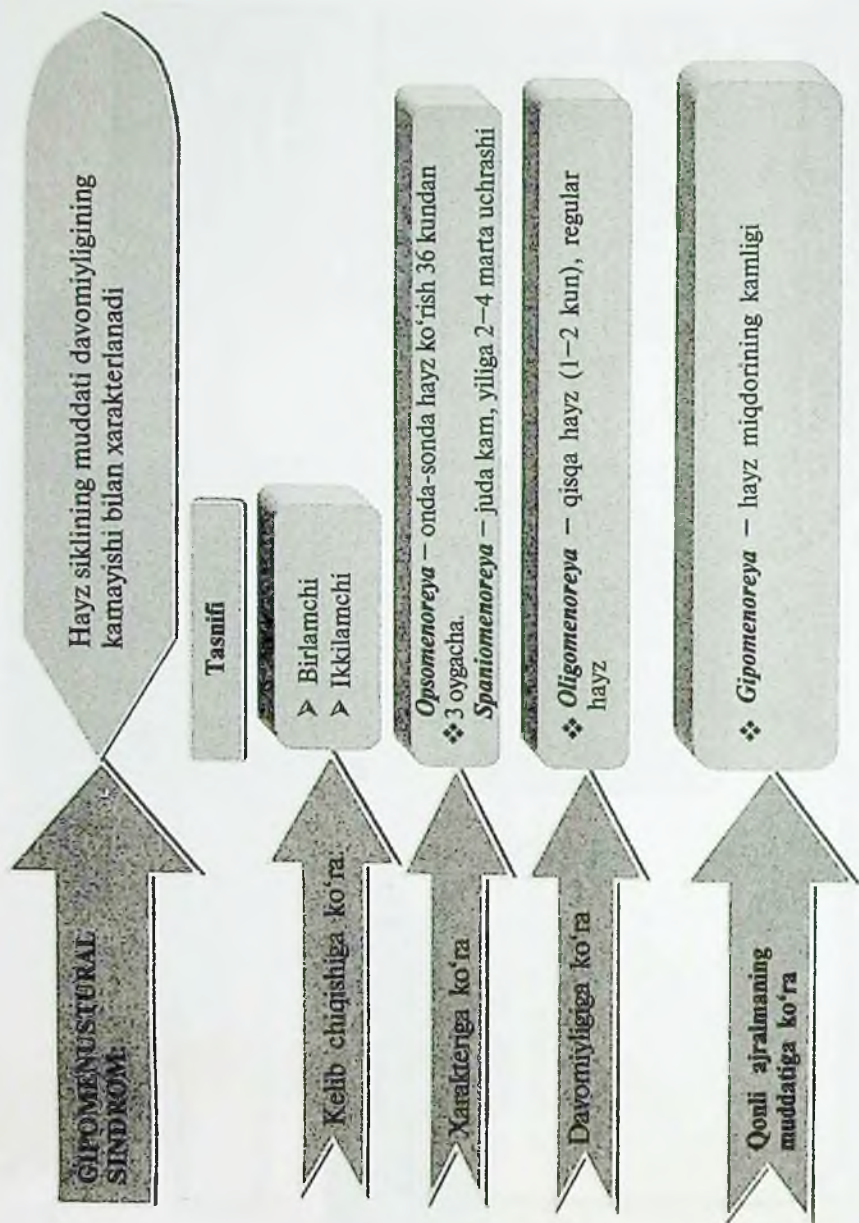
**Shilliq cho'ziluvchanligini
aniqlash**

Ovulatsiya paytida ajralgan
shilliq pinsetda olib sekin
tortilsa normada 10–12 sm
gacha cho'zilishi kerak

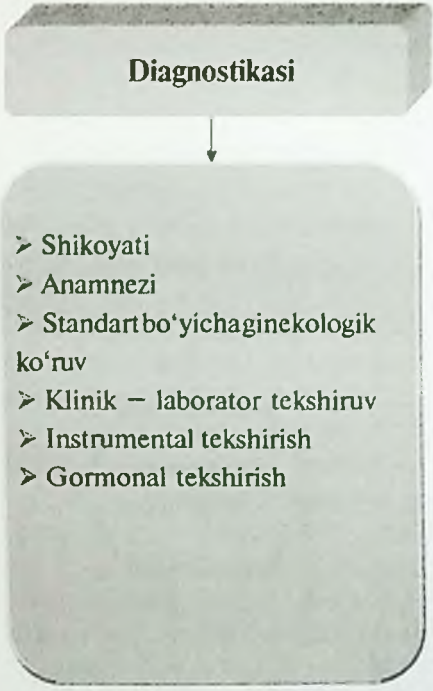
Kristallizatsiya simptomi
Ovulatsiyada ajralgan
shilliqdan surtma olib
mikroskop ostida ko'rilsa
«paporotnik simptomi»
ko'rinadi

Kariopiknotik indeks
Shoxlanuvchi, oraliq,
parabazal va bazal
hujayralar nisbati
aniqlanadi

«Qorachiq simptomi»
Ovulatsiya paytida shilliq
bachadon bo'yni yorig'ini
o'rab oladi



Diagnostikasi



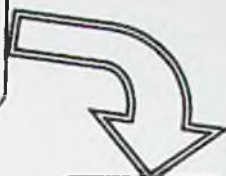
- Shikoyati
- Anamnezi
- Standart bo'yichaginekologik ko'ruv
- Klinik – laborator tekshiruv
- Instrumental tekshirish
- Gormonal tekshirish

Davolash

- Dietaterapiya
- Gormonoterapiya
- Aralash oral kontrasepsiya (hayz siklining buzilishida).
- 1-avlod Bromkriptin (parlodel) 1 tab. 2,5 mg
- 2–3 kun oralab 2,5–5 mg/sut. 28–30 kun
- 2-avlod Kvinagolid (norprolok) 1,3 mg
- 3-avlod Kabergolin (dostineks, alaktin) 0,25–0,5 mg/hafta
- Jigar funksiyasini yaxshilovchilar
- Vitaminoterapiya
- Fizioterapiya
- Ginekologik massaj
- Sanatoriya-kurort



HAYZ SIKLINING BOSHQARILISHI



**Pereferik
genezdagi**

Nishon a'zolar
✓ **Tuxumdon**
✓ **Bachadon**
✓ **Endokrin bezlar**

**JINSIY YO'L ORQALI YUQADIGAN
YALLIG'LANISH KASALLIKLARI**

Ayollar jinsiy a'zolarining spetsifik
yallig'lanish kasalliklari

Bakterial vaginoz
Vaginal kandidoz
Trixomoniaz
Gonoriya (so'zak)
Urogenital xlamidioz
Genital herpes
Zaxm
Genital tuberkuloz
OITS
Stomegalovirusli infeksiya
Shonkroid
Tanosil limfogranulomasi
Qov biti
Qo'tir kasalligi

Ayollar jinsiy a'zolarining nospetsifik
yallig'lanish kasalliklari

Vulvit
Bartolinit
Kolpit
Endoservisit
Endometrit
Salpingooforit
Pelvioperitonit
Parametrit

Bakterial
vaginoz



Baliq hidiga o'xshash,
ko'p miqdordagi
ajralma kelishi

Kandidoz



Suzmasimon, oq
rangli ajralma kelishi,
qin va tashqi jinsiy
a'zolarida qichishish

Trixomoniaz



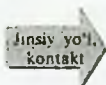
Ko'piksimon, yashil
tusli, badbo'y hidli,
suyuq ajralma, qinda
yallig'lanish belgilari

Gonoriya
(so'zak)



Yiringli ajralmalar,
siyish aktida og'riq va
achishish, dizuriya,
isitma

Xlamidioz



Asosan, simptomsiz
kechadi, bachadon
bo'ynidan kam ajralma
bo'lishi, shu soha
qonashga moyil bo'lishi

Bakterioskopik,
bakteriologik

Antibakterial terapiya; mitranidzol,
ampitsillin, homiladorlik paytida
azitromisin.
Mahalliy davo sifatida; kloneks,
bioselak, uaginorm

Bakterioskopik

Zamburug'ga qarshi vositalar;
flukanazol, mikosist, futsis,
rofluzol, flyudar.
Mahalliy davo sifatida; kloneks,
mikotron shamchalari, polijenaks

Bakterioskopik

Antibakterial terapiya;
mitranidazol, balgil, siproksin,
flokstan,
Mahalliy davo sifatida; mikotran,
polijenaks, bioselak

Bakterioskopik,
bakteriologik

Antibakterial terapiya; siproksin,
biseptol, bakrim, sefttrakson,
kanamitsin udar dozalarida
3—5 kun

Bakterioskopik,
bakteriologik

Antibakterial terapiya; doksilan,
tetrasiklin, eritromitsin,
sulfafurazol, azimitsin
Mahalliy davo sifatida; vagimilt,
biselak

DAVOLASH

- 1) Rejim; tinchlik, yarim yotoq.
- 2) Antibakterial terapiya
- 3) Mahalliy davo
- 4) Jinsiy a'zolar sanatsiyasi
- 5) Umumiy quvvatlantiruvchilar
- 6) Dizintoksikatsion terapiya
- 7) Bitaminoterapiya
- 8) Fizioterapiya

Valvit — tashqi jinsiy a'zolar yallig'lanishidir

Kolpit — qin shilliq pardasining yallig'lanishidir

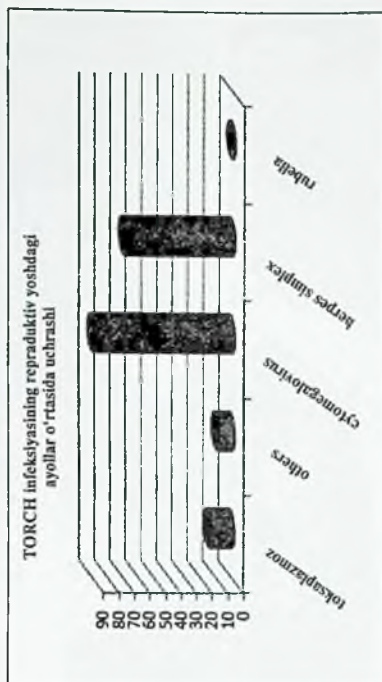
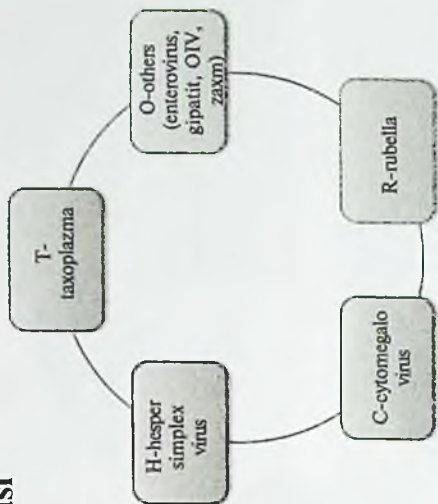
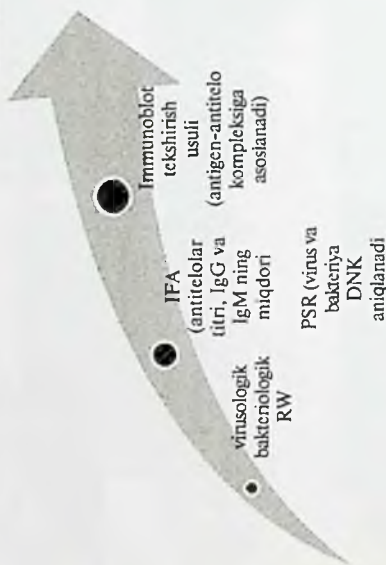
Kinitsa:
Yallig'lanibning barcha belilari umumiy antibiotiklarni beqadrlar, mustaxdasi etilmadilar qaratish

Endometrit — bachadon shilliq pardasining yallig'lanishidir.

O'tkir.
Surunkali;
— atrofik;
— fibrozli;
— kiskozli

Salpingoofarit — bachadon nayi, tuxumdon va ularning boylam apparatining yallig'lanishidir

Torch infeksiyasi



Davolash

Virusga qarshi preparatlar; asiklover,
remantidin, interferon, arbidol.
Anbakterial davo sifatida; metronidazol,
klindamisin.

Immun quvvatlovchilar; immunomodulin,
immudon, timolin.

Vitaminoterapiya; B kompleks, vitamin C.

Tuxumdon kista va kistotomalari

Kista – ichi suyuqlik bilan to'lgan, qaytar jarayon bo'lib, yaxshi sifatli retension hosila hisoblanadi

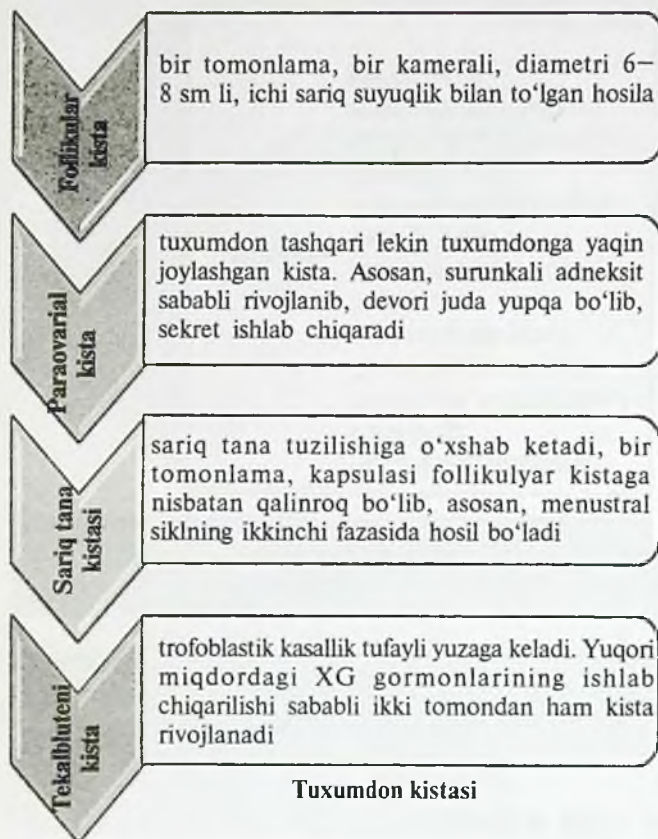
Kistoma – «chin» tuxumdon o'smasi kapsulaga ega, zich konsistensiyali, proliferatsiya hamda malignizatsiya xususiyatiga ega o'smasimon hosila

Bolalikdagi infeksiyon kasalliklar
Menstrual sikl buzulishi
Jinsiy hayot to'xtashi
yoki tartibsiz jinsiy hayot
Kontrasepsiyani uzoq vaqt qo'llash
Tug'ruq va abortlarning ko'pligi
Boshqa genital organlar o'smalari (bachadon, sut bezi)

Xavf omillari

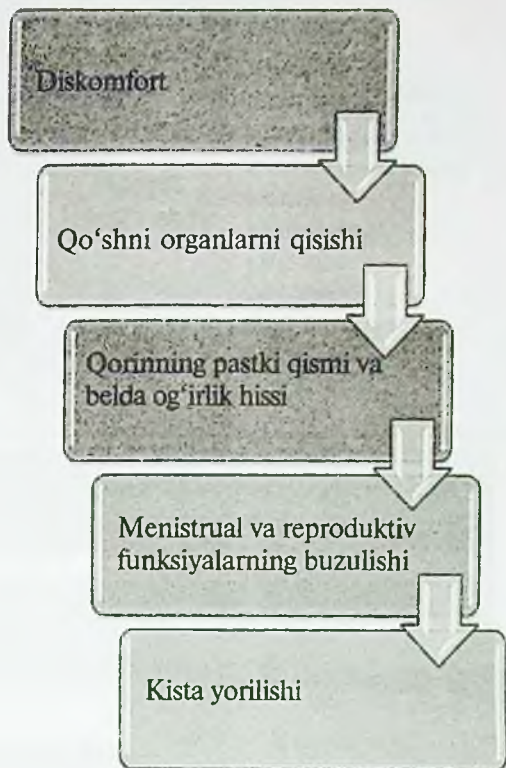
Gipotalamo-gipofizar sistemaning buzulishi
Hujayraviy imunitetning buzulishi
Gumoral imunitetning buzulishi
Mutatsiya va obbortatsiya

Patogenetik omillar



Tuxumdon kistasi

Klinika



Diagnostika

Shikoyati
Anamnezi

Diagnostik
laparoskopiya,
KT, MRT

Ginekologik
tekshirish

Rektovaginal
tekshirish

Kistozli
hosilani
punksiya
qilish

UZI,
Doplerografiya

O'sma markyorlarni
aniqlash

CA125 (tuxumdon raki)

CA15-3 (sut bezi raki)

CA74-2 (tuxumdon,

oshqozon, o'pka raki)

Davo

1. Konservativ davo:

3–6 menstrual sikl davomida diagnostika kuzatuvida

Yallig'lanishga qarshi terapiya (indometalsin 25 mg, diklofenak 50 mg)

So'riltiruvchi terapiya (serrata, distriptaza)

Gormonal terapiya: gestoden (lindinet, fenoden), dezogestrel (regulon), dienogest (janin, klayra), levonorgestrel (rigevidon, mikrogimon),

Agarda dermatoidli kista 5 sm dan katta bo'lsa gonotropin-lirizig gormonlari (triptorelin, gozerelin, buserelin, leyprorelin)

Antigonodotropin (dianozol, gestrinon)

Filoterapiya

2. Operativ davo:

Laparoskopiya organ saqlovchi prinsipi — kistani olib tashlash (sistektomoya)

Tuxumdon sklerokistozida — tuxumdon porasimon rezeksiyasi

Tuxumdon nekrozida — ovarektomiya bajaradi

O'smasimon hosilalar

Epitelial o'smalar

Serozli o'sma
Mutsinozli o'sma
Endometriodli o'sma
Brenner o'smasi
Aralash epiteliyli o'sma
Yorqin hujayrali o'sma

Tuxumdon o'smalari turlari

Ikkilamchi (metastatik) o'sma

Germinogen o'smalar
Disgerminoma
Epidermal o'sma
Xorionepitelioma
Embrional karsinoma
Teratoma
Aralash

Tuxumdonning gormonal aktiv o'smalari

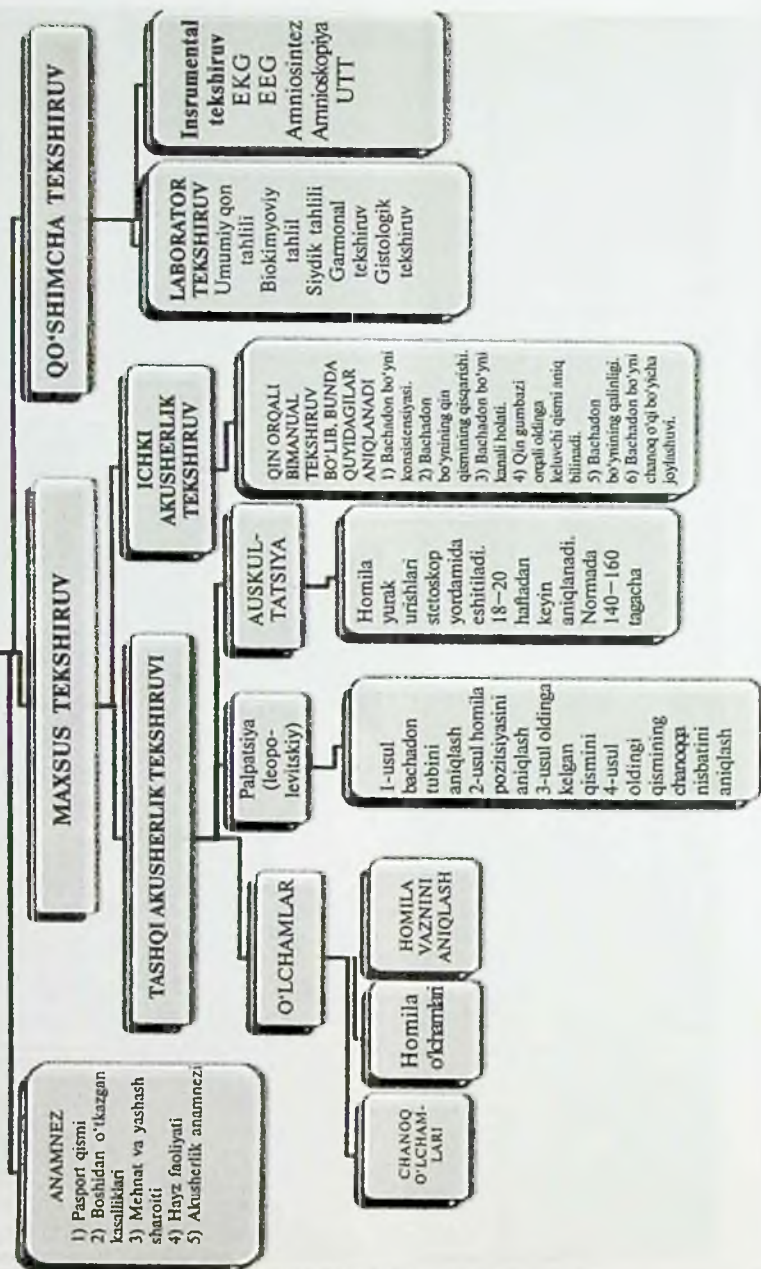
Granuloz hujayrali o'sma
Androblastoma
Ginandroblastoma
Differensiyalashmagan o'sma

Kista					
Retension hosila	Qo'shni a'zolari siljitishi, bosib qo'yishi mumkin	Reproduktiv yoshda uchraydi	Ichidagi suyuqlik hisobiga sekin o'sadi	Razmeri kichik (5-10 sm)	Davosi sistektomiya



Kistoma					
Malignizatsiya xossasiga ega o'sma	Qo'shni a'zolarga o'sib kiradi	Klimakterik davrda uchraydi	Hujayralar proliferatsiyasi hisobiga tez o'sadi	Razmeri katta (3-45 sm)	Adnektsektomiya, yomon sifatli aylanganda amputatsiya, ekstrapatsiya

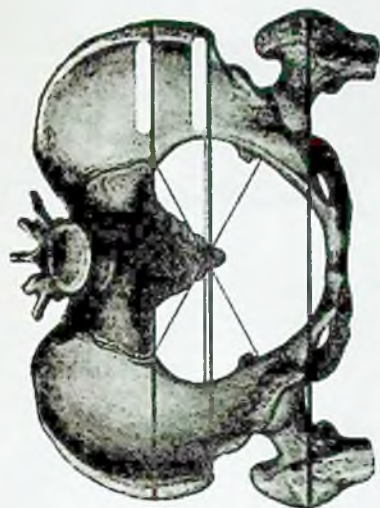
HOMILADORLARNI TEKSHIRISH USULLARI



KATTA CHANOQ O'LCHAMLARI:
DISTANSIYA SPINARUM
DISTANSIYA CRISTARUM
DISTANSIYA TROCHANTERICA
CONJUGATA EXTERNA

25-26 sm 28-29 sm 30-31 sm 20-21 sm

KICHIK CHANOQ O'LCHAMLARI



Chanoq tekisligi	To'g'ri	Qiyshiq	Kondalang
Kirish	11	12	13
Keng	12,	—	12,5
Tor	11,5	—	10,5
Chiqish	9,5	—	11,5



HOMILA O'CHAMLARI

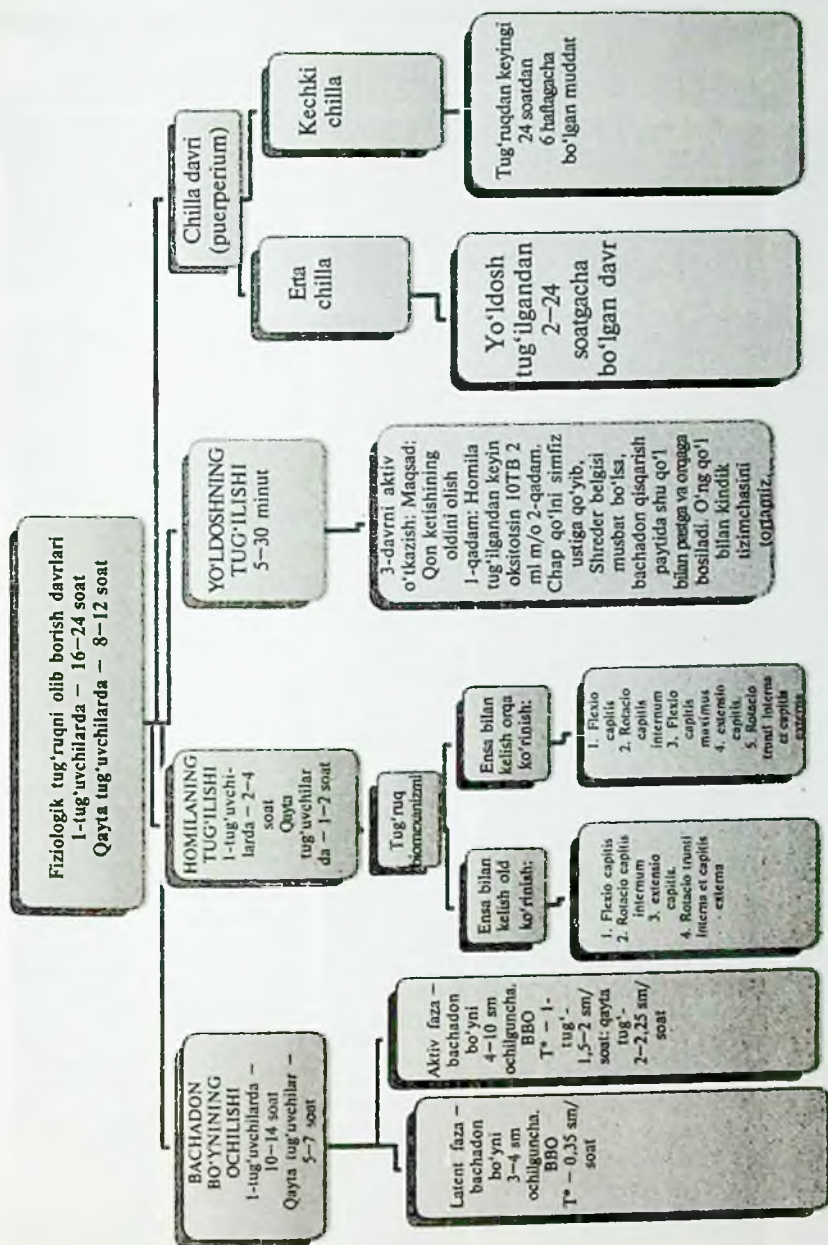
Boshi	To'g'ri o'Ichami		Katta qiyshiq o'Ichami		Kichik qiyshiq		O'rta qiyshiq		Vertikal		Katta ko'ndalang		Kichik ko'ndalang	
	12	34	13	39-40	9,5	32	10,5	38	9,5-10	33	9,5	—	8	—
Yelkasi	Diametri						Aylanasi							
	12						35							
Dum-basi	Diametri						Aylanasi							
	9						28							

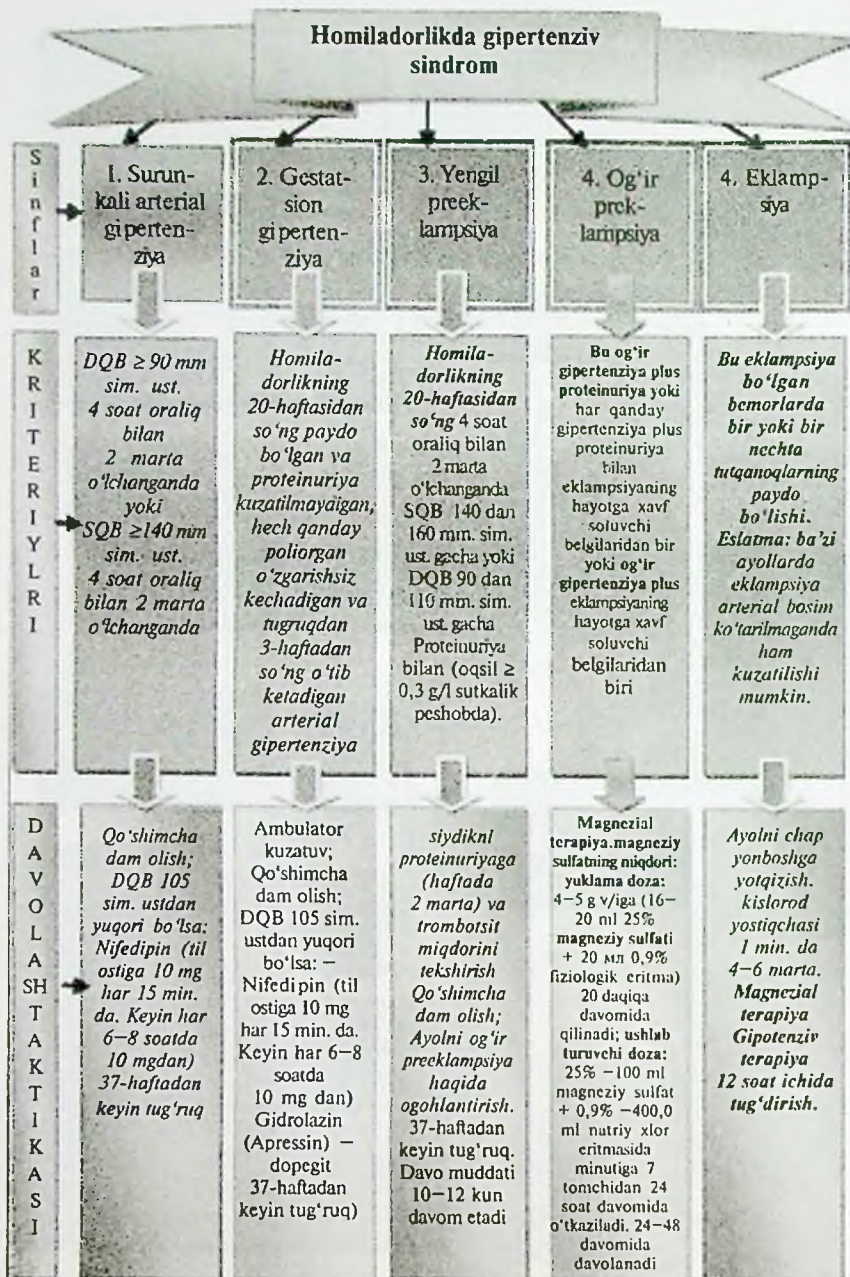


HOMILA TAXMINIY VARNINI ANIQLASH

M-homilamassasi; L-uzunligi







EKLAMPSIYA

Bosqichlari

1. *Tutqanoqdan oldin (Aura):* 20–30 sek davom etadi. Hushi saqlangan nafas mustaqil
2. *Tonik tutqanoq.* 30–60 sek davom etadi. Hushi yo'q, nafas to'xtagan tonik tutqanoq boshlangan terisi oqargan
3. *Klonik tutqanoq.* 30–60 sek davom etadi hushi yo'q nafas to'xtaydi klonik qisqarish akrotsianozi
4. *Hal bo'lish bosqichi:* tutqanoq tugaydi nafas olish chuqur boshlanadi hushi o'ziga keladi Hech narsani eslay olmaydi (retrograd amnezia)

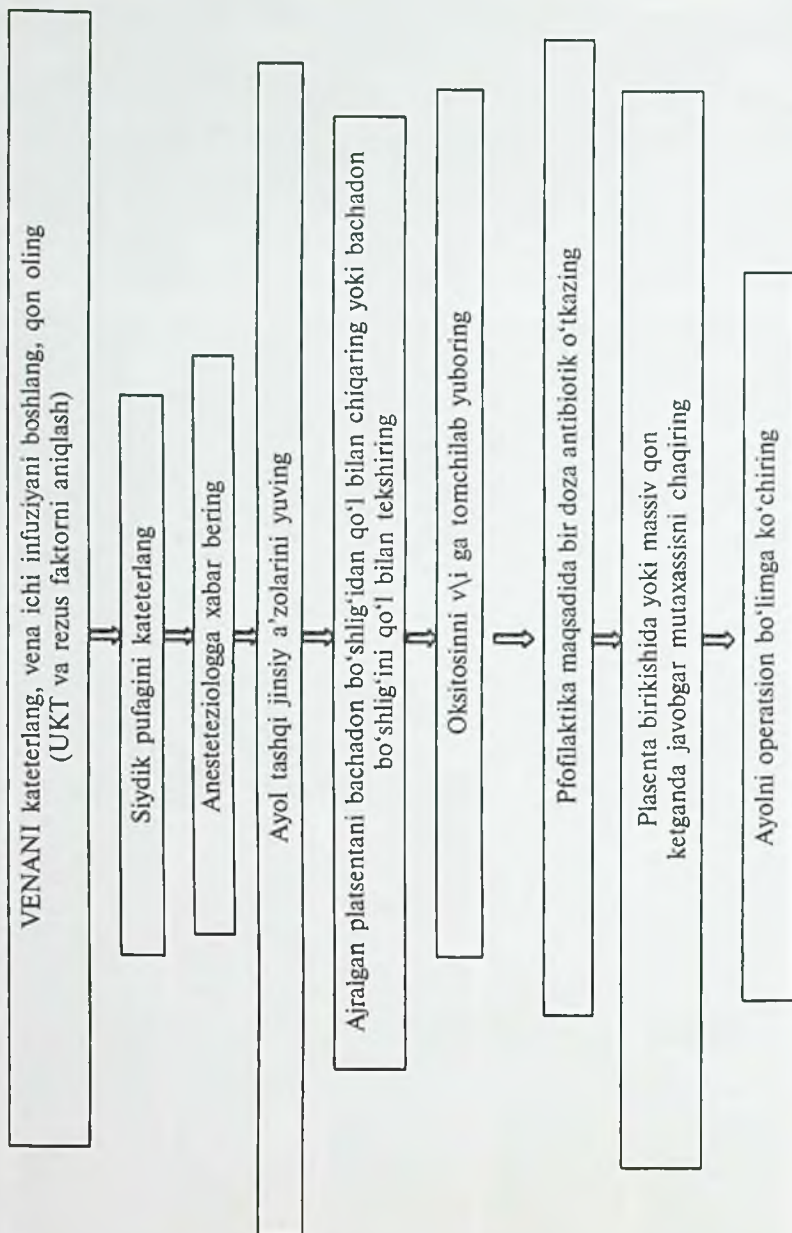
Tezkor yordam:

1. Yordamga chaqirish (javobgar vrach, akusher, anestziolog, reanimatologlarni)
2. Ayolni chap yonboshga yotqizish
3. Kislorod yostiqchasi 1 min. da 4–6 marta
4. **Magneziaz terapiya**
5. **Gipotenziv terapiya**
6. 12 soat ichida tug'dirish.

Asoratlari:

1. Insult
2. Miokard infarkti
3. O'pka shishi
4. O'tkir buyrak jigar va Yurak yetishmovchiligi
5. Ko'z to'r pardasi ko'chishi
6. Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi (natijasida shok DVS sindromi)
7. Homilaning o'limi
8. Koma va o'lim

ALGORITM: BACHADON BO'SHLIG'INI QO'L BILAN TEKSHIRISH, PLATSENTANI AJRATISH VA CHIQARISH



Kontrasepsiyaning zamonaviy usullari Algoritmi

Kontrasepsiya

Gormonal

- 1) KOK
 - Bir fazali
 - Ikki fazali
 - Uch fazali
- 2) Implant (Norplant)
- 3) Inektsion (depo-provera, noristerat, syslofen).
- 4) Plastrdi
- 5) Vaginal halqa (novoring)
- 6) Bachadon ichi spirali (mirena)

Nogormonal

- 1) Oilani tabiiy rejalashtirish.
- 2) To'siq kontrasepsiya (diafragma, qalpoqcha, gupka)
- 3) Spermitsit
- 4) Bachadon ichi vositasi (lippies, copper-7).

Shoshilinch

- Eskapel
- Postinor
- Danazol
- Mifepriston

Xirurgik

- Bachadon bo'yini bog'lash
- Vazektomiya

GLOSSARIY

Abort (bola tashlash yoki tushirish)	homilaning dastlabki 22 haftaligida, hali yashash qobiliyatiga ega bo'lmagan davrda bachadondan tushishi yoki tushirilishi
Abort xavfi (tahdid soluvchi abort)	bola tushishining birinchi bosqichi bo'lib, hali homila tuxumi bachadon devoridan ajralmagan bo'ladi, qorinning pastki qismida dardsimon og'riq bilan ifodalanadi
Bachadon bo'yni rigidligi (yaxshi ochilmasligi)	bachadon bo'ynining ochilish xususiyatining pasayishi hisoblanib, bunda tug'ruqning I-davrida uning ochilishi qiyinlashadi
Bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tekshirish	bachadon devori butunligini va uning bo'shlig'ida yo'ldosh qoldiqlari bor-yo'qligini qo'l bilan tekshirib aniqlovchi akusherlik operatsiyasi
Bachadonning to'liqsiz (chala) yorilishi	bachadonning qorin parda bilan o'ralgan qavati butun qolgani holda shilliq va mushak qavatining to'liq yoki qisman yorilishi
Bachadonning to'liq yorilishi	bachadonning barcha qavatlarining yorilishi
Bachadonning zo'ravonlik natijasida yorilishi	bachadonning tashqi omillar ta'sirida akusherlik amallari va operatsiya qilish paytida yorilishi
Bachadonning tug'ruqdan keyin ag'darilib qolishi	tug'ruqning kamdan-kam uchraydigan og'ir asorati hisoblanib, bunda yo'ldosh davrini noto'g'ri boshqarish oqibatida bachadonning ichki sathi tashqariga ag'darilib chiqishi va tushishi tufayli bu hodisa ro'y beradi
Bachadondan tashqari homiladorlik	bachadon bo'shlig'idan tashqarida ko'pincha bachadon naylarida, kamroq hollarda tuxumdonda, qorin bo'shlig'i va bachadon rudimentar shoxida rivojlanadigan homiladorlik
Bachadon naylaridagi homiladorlik	bachadondan tashqari homiladorlikning ko'p uchraydigan turi hisoblanib, bunda homilat uxumi bachadon naylarida payvandlanadi va rivojlanadi
Bimanual tekshirish (ikki taraflama qo'l bilan tekshirish)	ginekologik tekshirish usuli bo'lib, ikkala qo'l yordamida qin va qorin oldingi devori orqali bajariladi. Akusherlikda homiladorlikning dastlabki oylarida va chilla davrida foydalaniladi

Bosh konfiguratsiyasi (shakli)	homilaning choklar va liqildoqlar borligi tufayli tug'ruq yo'lining kengligi va shakliga moslashib o'z qiyofasi va o'lchamlarini o'zgartira olish qobiliyati
Fetoplatseantar tizim	maxsus endokrin tizim bo'lib, u homiladorlik davrida ona va homilaning o'zaro murakkab moslanish jarayonlarini ta'minlab turadi
Fiziologik tug'ruq	fiziologik, ya'ni ona va homila uchun asoratsiz kechadigan, davrlari normal davom etuvchi, homila boshi ensa bilan yotishining oldingi turidagi tug'ruq
Hayz ko'rish	bachadondagi siklik o'zgarishlarining deskvamatsiya fazasi bo'lib, bachadondan qon ketishi bilan ifodalanadi. Normal hayz sikli davomida hayz ko'rish davomiyligi 7 kundan va ketgan qon miqdori 80 ml dan oshmasligi kerak
Hayz ko'rish sikli	ayol organizmini homiladorlikka tayyorlovchi fiziologik xarakterdagi tiklik, muntazam takrorlanuvchi murakkab o'zgarishlar bo'lib, ular neyrogumoral boshqaruv tizimi, tuxumdon va bachadondagi o'zgarishlar tufayli amalga oshiriladi va ikki fazaliligi bilan farqlanadi
Homila asfiksiyasi	homilada kislorod yetishmasligi oqibatida yuzaga keluvchi patologik holat
Homila a'zolarining joylashishi	nomilaning mayda qismlari va boshining tanasiga bo'lgan munosabati
Homilaning joylashuvi	homilaning u yoki bu qismining kichik chanoq kirish tekisligiga nisbati bo'lib, u birinchi galda chanoq bo'shlig'iga tushadi va bu homilaning boshi yoki chanog'i bo'lishi mumkin
Homilaning ko'ndalang vaziyati	bachadondagi homilaning o'qi bachadon o'qi bilan to'g'ri burchak hosil qilib kesishgan holati
Homiladorlar ekstragenital ratologiyasi	homiladorlik va tug'ruq asoratlarining ko'payishi, ona va bola uchun xavfning oshishi, moslashish mexanizmining pasayishiga zamin yaratuvchi ayollar jinsiy sohasidan tashqarisidagi a'zolar va tizimlar kasalligi
Homila chanog'ining oldinda yotishi	bachadonda bo'ylama vaziyatda joylashgan homilaning chanog'i bilan pastga o'rtnashuvi. Akusherlikda bunday holat patologik holat hisoblanib, shu sababli homiladorlik va tug'ruqni oqilona olib borishni talab qiladi

Homilaning dumbasi bilan oldinda yotishi	homilaning chanog'i bilan oldinda yotishining bir turi bo'lib, bunda homila dumbalari bilan kichik chanoq kirish qismida joylashadi
Homilaning oyoq bilan oldinda yotishi	homilaning oyoq bilan oldinda yotishining bir turi bo'lib, bunda homila kichik chanoqqa kirish paytida oyoqlari bilan kichik chanoq kirish tesikligida joylashadi
Implantatsiya	embrionning bachadon shilliq pardasining ichkarisida o'rmaslib olishi. Bu, odatda, embrional rivojlanishning 6–8-kunlariga to'g'ri kelib, trofoblastning detsidual to'qimani eritib yuborish qobiliyatiga bog'liq bo'ladi
Istmik-servikal yetishmovchilik	bachadon bo'g'zi va bo'yining anatomo fiziologik buzilishi hisoblanib, bachadon bo'yni mushak qavatining zararlanishi oqibatida homilaning o'z-o'zidan barvaqt tushishiga olib keladi
Jadallashgan abort	bola tushishining uchinchi bosqichi bo'lib, bachadon devoridan ko'chgan homila tuxumining ochilayotgan bachadon bo'yniga kelib tushishi
Jinoiy abort	yashirin ravishda davolash muassasalaridan tashqarida bajariladigan sun'iy abort
Kam suvilik	qog'onoq suvining 0,5 litrgacha bo'lishi, ya'ni yo'ldosh amniotik pardasi epiteliysi sekretor funksiyasining yetarli bo'lmasligi natijasida ro'y beruvchi patologik holat
Katta liqildoq	homila va chaqaloq boshining peshana va tepa suyaklari orasidagi rombsimon tolali parda
Kechikkan tug'ruq	homiladorlikning 40-haftasidan oshgan muddatdagi tug'ruq
Kechki toksikozlar	homiladorlardagi patogenezi murakkab patologik holat bo'lib, bu organizm moslashuv mexanizmining buzilishi, asosan, markaziy asab, qon-tomir, immun tizimlar o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, bunda mikrosirkulatsiya, gemodinamika va periferik qon aylanishi o'zgarishlari ustunlik qiladi
Kindikning o'ralib qolishi	kindik uzun bo'lganida uning homila tanasi yoki bo'yniga o'ralib qolishi
Laktatsiya	ko'krak bezlarining sut ajratish qobilyati bo'lib, bu holatgi pofiz oldingi bo'lagida ishlab chiqariladigan prolaktin gormoni ta'sirida ro'y beradi
Mastit	sut bezi parenximasining yallig'lanishi bo'lib, asosan, chilla davrining 2-haftasi oxiri, 3-haftasi boshlarida uchraydi

Neonatologiya	chaqaloqlik, ya'ni tug'ilgandan tortib, to hayotining 28-kunigacha bo'lgan davrining fiziologiyasi va patologiyasini o'rganadigan fan
Oksitotsin testi	mushaklarining eng kam miqdorda yuborilgan oksitotsinga bo'lgan reaksiyasi hisoblanib, ona organizmning tug'ruqqa tayyorgarligini ko'rsatadi
Operativ akusherlik	akusherlik operatsiyalari haqidagi ta'limot bo'lib, u operatsiya ko'rsatmalari, shart-sharoitlari va uni bajarish texnikasini o'rganadi
Patronaj	bu ayollar maslahatxonalarida, ambulatoriya va feldsherlik-akusherlik punktlarida patronaj doya yoki hamshira tomonidan homilador ayollarni izlab topish, gestatsiyaning ko'ngildagidek o'tishi va sog'lom bola tug'ilishini ta'minlash maqsadida bajariladi
Patologik tug'ruq	ona va homila uchun bir yoki bir necha xil asorat keltiruvchi tug'ruq
Perinatal davr	homiladorlikning 22-haftasidan boshlanib, chaqaloqlik davrining dastlabki 7-kuni bilan tugallanadigan vaqt kesigi. U antenatal, intranatal va ertaneonatal davrlardan iborat
Platsenta	homiladorlik davrida vujudga keladigan, homila hamda ona organizmi bilan aloqani ta'min etadigan muvaqqat a'zo
Platsentaning pastda joylashuvi	platsentaning pastki qirrasi bachadonning ichki bo'g'zidan 7 sm pastda joylashuvi
Qin	ayol ichki jinsiy a'zolarining biri bo'lib, tug'ruq vaqtida keskin cho'zilishi tufayli tug'ruq kanalining bir qismini tashkil qiladi
Sun'iy abort	tibbiy usullardan foydalanib, ayolning o'z istagi yoki tibbiy ko'rsatmalarga asosan homilani tushirish
Tug'ruq bi mexanizmi	tug'ruq yo'llarida homilaning o'tishida uning ilgarilanma va aylanma harakatlari yig'indisi
To'lg'oq sustligi	qorin mushaklari kuchsizligi yoki tug'uvchi ayolning charchashi oqibatida sodir bo'ladigan tug'ruq kuchlarining sustligi
Xoriamnionit	yo'ldosh pardalarining tug'ruq paytida, ko'pincha, suvsizlik davrining uzoq cho'zilishi oqibatida infeksiyalanishi
O'z vaqtida tug'ruq	homiladorlikning 39-40 haftalik muddatidagi tug'ruq

Chala tug'ish	homiladorlikning 22–37 haftalik muddatidagi tug'ruq hisoblanib, homila chala yoki yetilmasdan tug'iladi
Chanoq	ikkita nomsiz suyaklar, dumg'aza va dumdan tuzilgan suyak halqa bo'lib, gavda va oyoqlar uchun tayanch vazifasini bajaradi, unda jinsiy va ichki a'zolar joylashadi
Chanoq o'lchagich	chanoqning tashqi o'lchamlarini o'lchamga mo'ljallangan sirkulga o'xshash asbob

ILOVALAR

Homiladorlar uy varaqasini (HUV) olib borish standarti

Homiladorlar uy varaqasi (HUV) homilador ayol va uning oila a'zolarini homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrning kechishini kuzatish, homiladorlikning fiziologik kechishdan chetga chiqishini o'z vaqtida aniqlash va tibbiy yordam uchun murojaat qilish jarayoniga jalb etish maqsadida ishlab chiqilgan.

HUVni tatbiq qilishdan kutilgan natijalar homiladorlik davridagi asoratlarni kamaytirish, shifoxonaga og'ir ahvolda keladigan ayollar sonini, onalar va bolalar kasallanishi va o'limining oldini olish hisoblanadi.

HUVni qo'llash jarayonida UASH/doya ayol va uning oila a'zolarini HUVdan to'g'ri foydalanishga o'rgatadi, har bir tashrifda HUV mazmuni bilan tanishib boradi va kerakli ma'lumotni beradi, shuningdek, doimo o'z yonida HUVni olib yurish muhimligi haqida tavsiyalar beradi.

HOMILADORLAR UY VARAQASI

Ona haqida shaxsiy ma'lumotlar:

- F.I.SH. _____
- Tug'ilgan yili _____ Telefoni _____
- Uy manzili _____
- Oilaviy ahvoli _____
- Murojaat qilish uchun yaqin qarindoshlari yoki shaxslari manzili _____

2. Sog'ligining hozirgi holati:

- Bo'yi _____ Vazni _____
- Qon guruhi _____ Rezus-omili _____
- Qon bosimi _____

Ushbu homiladorlik haqida ma'lumotlar:

- Homiladorlik _____ Tug'ruq _____
- Oxirgi hayzi _____
- Homilaning birinchi qimirlashi _____ hafta
- Shifokor telefoni _____ doya telefoni _____

3. Ushbu homiladorlikdagi o'zgarishlar – belgilarga ilova:

* – xavotirlanishga sabab bo'lmaydigan o'zgarishlar;

? – shubhali, shifokor bilan maslahatlashish lozim;

! – zudlik bilani shifokorga murojaat etish lozim

I trimestr

O'zgarishlar:	Tavsiyalar:
*ko'krak bezlarida o'zgarish: • dag'allashish, sezgirligining ortishi • so'rg'ichlarining kattalashishi vaqorayishi • terining yorilishlari	• ko'krak bezining bola tug'ilishiga tayyorlanishi
Ovqat hazm qilish muammolari: * ko'ngil aynishi • qusish • ta'm sezish buzilishi • antiqa mahsulotlarga ehtiyoj ortishi	• ko'p holarada ko'p suyuqlik ichish va taomni kam-kamdan tez-tez iste'mol qilish yordam beradi. Yog' va yog'li yoki achchiq mahsulotlarni iste'mol qilmaslikka harakat qiling. Imkoni boricha mahalliy o'simlik yog'larini iste'mol qiling. Agar qusish kuchaysa vrachga murojaat eting

* Qabziyat	* imkoni boricha hayvon mahsulotlari emas, balki turli xil o'simlik mahsulotlarini iste'mol qiling. Turli xil yangi va mahalliy meva va sabzavotlarni hamda oq non o'rninga yirik yanchilgan bug'doy unidan tayyorlangan nonni iste'mol qiling
* Holsizlik, tez charchash	* tez-tez dam oling va toza havoda sayr qiling
* Tez-tez siyish	* bu holat buyraklarning funksional faolligi ortishi hisobiga kuzatiladi. ! Achishish va og'riq paydo bo'lsa, vrachga murojaat qiling
* Kayfiyat o'zgarishi: * depressiya holatlari * ta'sirchanlik	* Odatdagi ishlar bilan shug'ullanish foydali, fikrni chalg'itish uchun har kuni uyda yoki boshqa joyda bo'lsa ham, ish bilan mashg'ul bo'ling. Agar kayfiyat o'zgarishi kuchaysa, shifokor bilan maslahatlashing (qabulga eringiz bilan borishingiz maqsadga muvofiq)
* Terining ba'zi qismlarida dog'larning ko'payishi (yuz, ko'krak, qorin va b.)	* Homiladorlik davridagi oddiy holat bo'lib, odatda, tug'ruqdan so'ng o'tib ketadi
? Qorinda og'riq	? Qorin sohasidagi to'xtovsiz kuchli og'riq biror-bir asoratdan darak berishi mumkin, shu sababli shifokorga murojaat qilish lozim
! Qon ketishi	! Agar qon ketishi to'xtamasa va og'riq bilan kuzatilsa, zudlik bilan shifokorga murojaat etish lozim
II trimestr	
O'zgarishlar:	Tavsiyalar:
? Bachadon o'sishi	? Bachadon tubi balandligini muntazam o'lchab borish homilaning o'sishi haqida ma'lumot beradi. O'zingiz shifokor bilan maslahatlashib, bachadon tubi balandligini o'lchashingiz va ma'lumotlarni jadvalga kiritib borishingiz mumkin. Asoratsiz kechayotgan bitta homilali homiladorlikda homiladorlikning 24-haftasidan boshlab bachadon tubi balandligi santimetrdagi o'lchami taxminan gestatsiya muddatiga mos keladi. Agar bachadon o'lchamlari o'zgarmasa, bu homila o'sishdan to'xtaganligini bildirishi mumkin, bu holatda shifokor bilan maslahatlashish lozim

? Oyoq va qo'llar shishi	? Imkoniyat tug'ilganda oyoqlarni ko'tarib qo'yish lozim. Agar shishlar to'satdan paydo bo'lsa yoki kuchli shishlar bo'lsa, shifokorga murojaat eting
? Venalarning varikoz kengayishi	? Uzoq vaqt oyoqda turmaslikka harakat qiling. O'tirganda oyoqlarni chalishtirmaslikka harakat qiling. Shuningdek, past oyoq kiyim kiyish va siqib turuvchi elastik kolgotkalar kiyish ham yordam beradi. Agar venalarda og'riq yoki qichishish bo'lsa, shifokorga murojaat qiling
? Gemorroy (bavosil): • Orqa chiqaruv sohasida qichishish • achishish • ichaklarni bo'shatishda og'riq • defekatsiya aktidan so'ng ichaklardan qon ketishi	? Gemorroyni davolashning eng yaxshi usuli – qabziyatning oldini olish. Imkoni boricha, hayvon mahsulotlari emas, balki turli xil o'simlik mahsulotlarini iste'mol qiling. Turli xil yangi mahalliy meva va sabzavotlarni yeng. Agar og'riq kuchaysa, shifokorga murojaat qiling
? Siyish • tez-tez siyish • siydik tutilishi • siydik tuta olmaslik	? Tizza-tirsak holatida harakatsiz turish yordam beradi. Agar siyish og'riq bilan kuzatilsa, vrachga murojaat qiling
? Homila qimirlashini his etish	? Homila qimirlagan muddatni belgilab qo'yish lozim (ko'rsatilgan joydagi 3-punktda belgilanadi). Homila qimirlashini kuzatib borish lozim. Homila harakati to'satdan o'zgarsa yoki 24 soat va undan ortiq vaqt davomida qimirlamasa, shifokorga murojaat qiling
? Onaning ruhiy holati o'zgarishiga homilaning reaksiyasi	* Kayfiyatingiz buzilishdan oldin homilangiz haqida o'ylang
* Belda og'riq	* Bo'g'imlar gimnastikasi va jismoniy mashqlarni bajarish foyda beradi. Masalan: uy ishlarini bajarishda (kir yuvish, ovqat tayyorlash, hovli supurish va b.) egilmaslikka harakat qiling
* Uyqu va dam olish vaqtidagi noqulayliklar	* Chap yonboshda yotish eng qulay holat hisoblanadi. Yostiq va yostiqchalar qo'yib, qulay holatni egallashga harakat qiling

* Qin ajralmalari	? Tashqi jinsiy a'zolarni doimo toza va quruq saqlang, tor ich kiyim kiy mang, har bir hojatdan so'ng qin dahlizini tozalab yuing. Bu sohaga kir sovun, atir sovun, vanna uchun ko'piklar va parfumeriya kabi ta'sirlovchi vositalarni ishlat mang. Chayish uchun moychechak, qoraqiz, ko'k choy damlamasi yoki oddiy iliq suvni ishlat ing. Agar ajralmalar kuchli hidli, qichishish bilan, sarg'ish-yashil rangda yoki qon quyqalari bilan kuzatilsa, shifokorga murojaat qiling
* Teri yorilishlari	* Homiladorlik davridagi gormonal o'zgarishlar natijasi hisoblanadi. Tug'ruqdan so'ng tanada chiziqlar qoladi, lekin keyinchalik rangi o'zgarib, sezilarsiz bo'ladi
* Qichishish va toshmalar	? Tez-tez cho'milib, teringizni toza tuting. Agar toshmalar toshishi 2-3 kundan ortiq kuzatilsa, shifokorga murojaat qiling
• III trimestr	
O'zgarishlar:	Tavsiyalar:
* Zarda bo'lish	* Uyqudan oldin yog'li, kaloriyalı va achchiq taomlar yemang. Kam-kamdan tez-tez ovqatlanish ham yordam beradi. Uxlaganda balandroq yostiqda yotish kerak
* Hansirash	* Toza havoda sayr qilish, bosh va yelka tagiga yostiq qo'yib ko'tarib yotish foyda beradi. Agar bo'g'ilsangiz, shifokorga murojaat qiling
* Oyoqlarda tirishish	* Zudlik bilan turib, oyoqning tortishgan joyini uqalab, qon kelishini kuchaytirish lozim. Agar tirishishlar tez-tez qaytalansa, vrachga murojaat qiling
! Bosh og'rig'i	! Tez-tez bosh og'risi qon bosimining ko'tarilishi yoki yurak kasalliklaridan darak beradi. Zudlik bilan shifokorga murojaat qilish lozim
* Hushdan ketish	* Ko'p hollarda chalqancha yotganingizda ro'y beradi, bachadon og'irligi bilan katta arteriyani bosib qo'yish qon bosimining pasayishiga olib keladi. Zudlik bilan yonboshga yotish kerak
* Milklar qonashi	? Agar qon ketishi kuchli va davomli bo'lsa, vrachga murojaat eting

? Burun qonashi	? Agar burundan kuchli qon ketsa, bosh va ko'r-satkich barmoq bilan burunni 30 sekund bosib turish lozim. Boshni orqaga tashlash yoki burun ichiga muz qo'yish kerakemas, chunki bunda qon ketishi to'xtamasdan qonni ichingizga yutishingiz mumkin. Agar qon ketishi muntazam bo'lsa shifokorga murojaat qiling
? Uyqusizlik	? Kunduzi uxlashga harakat qiling. Agar kechasi umuman uxlay olmasangiz vrachga murojaat eting
? Kayfiyat o'zgarishlari	? Odatdagi ishlar bilan shug'ullanish foydali, fikrni chalg'itish uchun har kuni uyda yoki boshqa joyda bo'lsa ham, ish bilan mashg'ul bo'ling. Agar kayfiyat o'zgarishi kuchaysa, vrach bilan maslahatlashing (qabulga eringiz bilan kelishingiz maqsadga muvofiq)
! Qindan suyuqlik kelishi, ba'zi holatlarda qon ajralishi	! Zudlik bilan vrachga murojaat eting
* Qorin pastida og'irlik his qilish	* Ovqatlangandan so'ng 1–2 soat chap yonboshingizda yoting
* Ko'krakdan sut kelishi	* Bolani emizishga tayyorgarlik boshlanayapti
? Nomuntazam (soxta) dardlar	? Agar kuchli bo'lsa, shifokorga murojaat qiling
! Qon ketishi	! Hattoki kam miqdorda qindan qon ketsa ham, shifokorga murojaat qiling
! Qindan shilliq tiqin ketishi	! Bu tug'ruq boshlanishidan darak beradi, shifokorga murojaat qiling

❖ **Zudlik bilan shifokorga murojaat qilishni talab qiladigan hushyorlik belgilari (har qanday vaqtda):**

- Qindan qon ketishi.
- Homila qimirlashi o'zgarishi.
- To'satdan, kuchli bosh og'rig'i.
- Mushaklar uchishi.
- Teri qoplamlari sarg'ayishi.
- Asosan, yuz va bel sohasida to'satdan va kuchli shishlar bo'lishi.
- Ko'rish qobiliyatini buzilishi.
- Qorinning yuqori va o'ng sohasida og'riq bo'lishi.
- Homiladorlikning ikkinchi yarmida ko'ngil aynishi va qusish.
- Siydik miqdorining kamayishi (400 ml dan kam).
- Isitma yoki et uvishishi (tana harorati ortishi).
- Qorin pastida kuchli og'riqlar.
- Bachadonda chandiq bo'lganda har qanday dardsimon og'riqlar bo'lishi.
- Doimiy bachadon qisqarishi.

TALABALAR MUSTAQIL O'ZLASHTIRISHI UCHUN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015.
3. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.
4. *Мухамедханова Ш.Т., Абдураимов Т.Ф.* Неотложная акушерская помощь. Руководство для преподавателей направления ВМД, 2017.
5. *Нажмутдинова Д.К., Пахомова Ж.Е.* и соавт. Передовые практики в акушерстве и гинекологии. Учебное руководство. – Т.: 2016.
6. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения республики Узбекистан. – Т.: 2015.
7. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ, 2013.
8. Помогая матерям выжить. Послеродовое кровотечение. Руководство для мед. работника. JHPIEGO, 2015.
9. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014.
10. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.
11. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.
12. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors, WHO, 2002.
13. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2000.
14. Oxford handbook of midwifery. Janet Medforth and others. 2011.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management, Green top Guidelines 52; May 2009 (minor revisions Nov 2009 and Apr 2011).
16. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2006, 2009, 2014.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. *Мирзиёев Ш.М.* «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси» тўғрисидаги Фармон. — Т.: Ўзбекистон, 2017 йил 7 февраль.
2. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.
3. *Аюпова Ф.М., Жаббарова Ю.К.* Гинекология. — Т.: 2012.
4. *Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Ж., Курбанова З.Ш.* Акушерликда ҳамширалик иши. 2018.
5. *Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Ж., Исмамова М.И.* Гинекологияда ҳамширалик иши. 2018.
6. *Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Асланова М.Ж.* Акушерлик ва гинекология. 2018.
7. Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015.
8. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров. ВОЗ.
9. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. — Т.: 2013.
10. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде./ТашиУВ, Центр Доказательной медицины; Узбекистан. — Т.: 2007. — С 75.
11. *Мухамедханова Ш.Т., Абдураимов Т.Ф.* Неотложная акушерская помощь. Руководство для преподавателей направления ВМД, 2017.
12. *Нажмутдинова Д.К., Пахомова Ж.Е.* и соавт. Передовые практики в акушерстве и гинекологии. Учебное руководство. — Т.: 2016.
13. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения республики Узбекистан. — Т.: 2015.
14. Неонатология Руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.
15. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ, 2013.
16. Помогая матерям выжить. Послеродовое кровотечение. Руководство для мед.работника. JHPIEGO, 2015.

17. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014.

18. *Савельева Г.М.* Гинекология. под ред. — М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013.

19. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.

20. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA, 2013.

21. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 nov.; 122(5):1122–31.

22. First Aid For The Obstetrics Gynecology clerkship Matthew s. Kaufman, md, et all. 2011.

23. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors, WHO, 2002.

24. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO, 2000.

25. Oxford handbook of midwifery. Janet Medforth and others. 2011.

26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management, Green top Guidelines 52; May 2009 (minor revisions Nov 2009 and Apr 2011).

27. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2006, 2009, 2014.

MUNDARIJA

Kirish.....	4
I. GINEKOLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI. NORMAL HAYZ SIKLI VA UNING BOSHQARILISHI.....	7
II. HAYZ SIKLI BUZILISHLARI.....	28
III. BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHLAR. BACHADON MIOMASI. ENDOMETRIOZ.....	35
IV. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING NOSPEKIFIK VA SPEKIFIK YALLIG'LANISH KASALLIKLARI.....	54
V. TUXUMDON O'SMA KASALLIKLARI.....	86
VI. AYOLLAR JINSIY A'ZOLARINING KLINIK ANATOMIYASI. TUG'RUQ YO'LLARI. HOMILANI TUG'RUQ OBYEKTI SIFATIDA O'RGANISH. ANTENATAL PARVARISH.....	99
VII. HOMILADORLIK FIZIOLOGIYASI.....	137
VIII. TUG'RUQ JARAYONI FIZIOLOGIYASI.....	197
IX. CHILLA DAVRI FIZIOLOGIYASI. KO'KRAK SUTI BILAN EMIZISH.....	236
X. HOMILADORLIKNING ILK TOKSIKOZLARI.....	255
XI. HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV HOLATLARI.....	261
XII. AKUSHERLIK QON KETISHLAR.....	288
XIII. REPRODUKTIV SALOMATLIK.....	324
Qisqartirishlar ro'yxati.....	345
Glossariy.....	368
Ilovalar.....	373

**Gulchehra Akmalovna IXTIYAROVA,
Xabibaxon Nabiyevna NEGMATSHAYEVA,
Xurshida Tuxtasinovna SHODIYEVA**

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

DARSLIK

*Muharrir Dildora Abduraimova
Badiiy muharrirlar Nasiba Ergasheva,
Maftuna Vaxxobova
Texnik muharrir Yelena Tolochko
Musahhih Dildora Abduraimova
Sahifalovchi Gulchehra Azizova*

Litsenziya raqami AI № 163. 09.11.2009. Bosishga 2019-yil 29-dekabrda ruxsat etildi. Bichimi 60×84¹/₁₆. Ofset qog'ozi. Tayms TAD garnituras. Shartli bosma tabog'i 22,32. Nashr tabog'i 23,05. Shartnoma № 126-2019. Adadi 200 nusxada. Buyurtma №80.

Original maket Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligining Cho'lpon nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyida tayyorlandi. 100011, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30.
Telefon: +998-71244-10-45. Faks: +998-71244-58-55.

«AVTO-NASHR» XK bosmaxonasida chop etildi. 100005, Toshkent, 8-mart, 57.



1018558



**Cho'lpon nomidagi
nashriyot-matbaa ijodiy uyi**

ISBN 978-9943-5387-0-2



9 789943 538702