

С. А. ИСМОИЛОВА
Ж. А. АЗИМОВА

**ҲОМИЛАДОРЛИҚДА
ВА ТУҒРУҚДА
УЧРАЙДИГАН
АЙРИМ
АСОРАТЛАР**

(Иккинчи наشري)

Тошкент
Ибн Сино номидаги нашриёт
1990

Тақризчи: Самарқанд медицина институтини даволаш факультетининг акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, профессор **И. Э. ЗОКИРОВ**

И 81 **Исмаилова С. А. Азимова Ж. А.**
Ҳомиладорликда ва туғруқда учрайдиган айрим асоратлар.—2-нашри.—Т.: Медицина, 1990.—144 б.

1. Автордош.

Исмаилова С. А., Азимова Д. А. Осложнения при беременности и родах.

ISBN 5-638-00334-7

Муаллифлар ушбу китобда хотин-қизлар консултацияларида, туғруқхоналарда, фельдшер-акушерлик пунктларида (ФАП) ишловчи акушер, фельдшер-акушер ва ҳамширалар учун кейинги йилларда акушерлик тажрибасида кўп учрайдиган айрим акушерлик патологияларининг олдини олиш тадбирларини, уларни ўз вақтида бартараф этиш ва даволаш усулларини баён этадилар.

Ушбу китобчада акушерликда учрайдиган баъзи касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари, клиник намоён бўлиши, уларнинг оқибати ва болага таъсири, шунингдек даволашда акушерка нималарга эътибор бериш кераклиги кўриб ўтилади. Гинекологик касалликларнинг олдини олишда хотин-қизлар консултациясининг роли ва унинг иши тўғрисида зарур тушунчалар берилган, боланинг соғлом бўлишида, пренатал патологиянинг камайишида акушерканинг асосий вазифалари кўрсатилган.

Китоб ўрта медицина ходимлари, акушеркалар ва фельдшер-акушерлар учун мулжалланган.

ББК 57.16я723

И 4123000000— 041
М 354 (04)— 90 **Эълон қилинмаган.**

ISBN 5-638-00334-7

© С. А. Исмаилова, Ж. А. Азимова, 1990.

ҲОМИЛАДОРЛИКДА УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР

Токсикоз касалликларининг келиб чиқиш сабаблари (этиологияси) шу кунгача тўла аниқланмаган, десак янглишмаймиз. Бу борада олимларимизнинг фикрлари ҳам турлича.

Токсикозлар асосан ҳомиладорлик даврида содир бўлиб, унинг кечишига салбий таъсир қилади ва ҳомила туғилгандан сўнг ўтиб кетади. Агар токсикоз оғир кечадиган бўлса, туғилгандан сўнг ҳомилада бирон-бир асорат пайдо бўлиши мумкин.

Одатда ҳомиладорлик физиологик кечаётганда аёлнинг барча аъзолари ва системаларида ҳамда моддалар алмашинувида бирмунча ўзгаришлар содир бўлади. Лекин бу ўзгаришлар нерв системаси ва ички секреция безларининг бевосита иштироки туфайли идора қилиб турилади, шунингдек ҳомиладорлик даврида организмнинг мавжуд янги шароитга мослашишига, натижада ҳомиланинг нормал ривожланишига зарур шароит яратилади. Ҳомиладорлик токсикоз билан кечаётганда эса, аёл организмда содир бўлаётган физиологик ўзгаришлар издан чиқиб, организмнинг ушбу шароитга мослашиш жараёни бузилади. Ички органлар ҳамда ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши натижасида моддалар алмашинувининг нейрогуморал бошқарилиши ҳам издан чиқади. Оқибатда қондаги оқсил, микроэлементлар, электролитлар, гормон ва медиаторларнинг ўзара муносабатлари ҳам ўзгаради, бу эса қонда тўла оксидланмаган моддаларнинг ҳосил бўлишига, шунингдек бошқа ички органлар қатори жигар фаолиятининг ҳам бузилиши эса аёл организмнинг заҳарланишига олиб келади (Ҳ. С. Сабуров, А. П. Кирюшченков, 1981).

Агар аёл илгари юрак-томир, буйрак, жигар, меъда-ичак ва бошқа ўткир ҳамда сурункали касалликлар билан оғриган бўлса ҳамда оғир руҳий ва нерв касалликларига чалинганда, етарли овқатланмаганда, ҳомиладорлик гигиенасига риоя қилмаганда, ҳомиладорлик

даврида организмнинг янги шароитга мослашувининг бузилиши тезда намоён бўлади.

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида учрайдиган токсикозларнинг келиб чиқишида асосан нерв-рефлектор ва кортико-висцерал назария катта роль ўйнайди. Бунда бош мия фаолиятидаги қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларининг бузилиши ҳомиладор аёл психикасининг ўзгаришига, юрак ва томир фаолиятига таъсир қилиб, қон босимининг пасайиб кетишига, бош мияда қайт қилдирувчи марказининг қўзғалишига олиб келиши, шунингдек баъзи невроз аломатларининг юзага келишига сабаб бўлиши мумкин. Бош мия пўстлоғида қўзғалиш фаолияти сусайиб кетиши туфайли пўстлоқости марказларининг идора келиши қобилияти пасаяди. Натижада сўлак келишини идора қилувчи ҳамда қайт қилдирувчи марказлар қўзғалувчанлигининг ошиб кетиши ҳомиладорда сўлакнинг кўп ажралишига ва қайт қилишга олиб келади (Н. В. Кобозева ва бошқалар, 1953).

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайдиган токсикозларнинг келиб чиқиши ҳақида ҳозирги вақтда 30 дан ортиқ назария бор.

Ҳомиладорлик токсикозларининг сабаби кўп бўлиб, биттасининг ўзи ёки бир нечтаси бирга қўшилиб (буйрак фаолиятининг, ички безлар ишининг бузилиши, йўлдошнинг гормонлар ишлаб чиқариш фаолиятининг ўзгариши, она ва ҳомила орасида иммунологик келишмовчилик юзага келиши ёки аёл танасининг ҳомила даврига мослашувининг (адаптация) бузилиши ва бошқалар) токсикоз касаллигини келтириб чиқариши мумкин. Тўнғичига ҳомиладор бўлган аёлларда қайта туғувчи аёлларга нисбатан токсикоз кўпроқ учрайди. Бу ўринда яна шуни айтиш керакки, токсикозларнинг пайдо бўлишида ташқи муҳит ҳам катта роль ўйнайди. Шунингдек, бот-бот ва кўп туққан аёлларда айрим ички касаллик (буйрак касаллиги, гипертония, камқонлик ва бошқа)ларнинг асорати туфайли ҳам токсикоз юзага келиши ҳамда оғир ва сурункали ўтиши мумкин. Шундай вақтларда кўпинча токсикоз ҳомилага жуда эрта таъсир эта бошлайди. Натижада ҳомила етарли даражада ўсмаслиги ва гипотрофия касаллигига учраши, баъзан эса нобуд бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик токсикозлари икки гурппага бўлинади: **ҳ о м и л а д о р л и к н и н г б и р и н ч и я р м и д а — 18-ҳафтасигача ва и к к и н ч и я р м и д а у ч р а й д и г а н (кечиккан) токсикозлар.**

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ ЯРМИДА УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР

Эрта бошланган ҳомиладорлик токсикози анча кўп учрайди. Бунда ҳомиладор аёлнинг қайт қилиши кўпинча «бош қоронғилик» касаллиги тарзида намоён бўлиб, уни клиник кечишига кўра уч турга бўлиш мумкин:

1) **Е н г и л т у р н.** Бунда аёл бир кунда 5—6 мартагача қайт қилади, иштаҳаси пасаяди, кўнгли айнайди, боши айланади, бироқ қон босими унча пасаймайди. Томири минутига 80—90 марта уради, умумий ҳарорати нормада бўлади. Қон ва сийдик таркибида ўзгаришлар учрамайди. 80—90% аёллар махсус даволанмасалар ҳам тузалиб кетадилар.

2) **Ў р т а ч а оғ и р т у р и.** Аёл бир кунда 8—10 мартагача, ҳатто овқатланмаган пайтларда ҳам қайт қилади. Беморнинг умумий аҳволи бирмунча оғирлашади: қонида ва сийдигида бироз ўзгаришлар пайдо бўлиб, юрак уриши тезлашади, томир уриши минутига 90—100 мартага етади, қон босими пасайиб кетиши натижасида аёлнинг боши айланиб, кўз олди қоронғилашади, озиб-тўзиб кетади, сийдик миқдори камаяди. Сийдикда баъзан ацетон моддаси борлигини аниқлаш мумкин. Унинг бор-йўқлигини аниқлаш учун ҳомиладор аёл сийдиги ҳар 2—3 кунда текшириб турилади. Бундан ташқари, меъда-ичак иши ҳам ўзгариши, қабзият бўлиши, тилни бироз караш боғлаши мумкин. Бундай аёллар туғруқхона шароитида тўғри даволанишса, ҳомиладорликнинг 15—16-ҳафталарига бориб секин-аста соғайиб кетадилар.

3) **Оғ и р ф о р м а с и.** Токсикознинг енгил ва ўртача оғир формалари ўз вақтида даволанмаса, касаллик оғир турга, яъни бетўхтов қайт қилиш формасига ўтиб кетади. Бунда аёл бир кунда 20 ва ундан ҳам кўп қайт қилади. Ҳатто ичган сувини ҳам қайт қилиб ташлайди. Томири минутига 120—130 марта уради. Аёл озиб-тўзиб кетади, териси, шиллиқ қаватлари сарғайиб қолади, боши оғрийди ва айланади, қон босими пасайиб кетади.

Аёлнинг токсикозлик давридаги қайт қилишини айрим юқумли касалликлар, овқатдан заҳарланиш ва бош миёна касалликлари туфайли пайдо бўладиган қайт қилишлардан ажрата билиш лозим.

Сийдикда ацетон моддасининг кўпайиши жигар фаолиятининг бузилганидан дарак беради. Бундай ҳолларда бемор аёл ўз вақтида ва тўла даволанмайдиган бўлса, ҳомила аборт қилинса ҳам аёлнинг тезда соғайиб кети-

ши қийин бўлади. Айниқса, сийдикда оқсил ва гиалин цилиндрлари пайдо бўлса, ҳомилани албатта аборт қилиш керак, акс ҳолда оғир асоратлар юз бериши мумкин.

Беморларда сўлак оқиши (птиализм) кўпинча қайт қилиш билан бирга кечади, баъзан алоҳида учраши ҳам мумкин. Бундай пайтларда сўлак миқдори бир суткада 2 л ва ундан ҳам кўпроққа етиши мумкин. Бунчалик кўп сўлак ажралиши организмда моддалар алмашинувини, яъни оқсил, витамин, углевод, туз ва турли микроэлементлар алмашинувини издан чиқаради. Ҳадеб сўлак келавергач беморнинг оғиз атрофи, лаблари қавжираб қуриydi, ёрилиб, яллиғлана бошлайди. Бу ўз навбатида бемор асабига таъсир этмай қолмайди. Бундай беморларни албатта туғруқхонанинг ҳомиладорларни даволаш бўлимига ётқизиш ва унда бошқа ички касалликлар бор бўлса, турли мутахассислар билан маслаҳатлашиб, бу касалликларни ҳам даволаш зарур.

Даволаш. Ҳомиладорлик токсикозларини даволашда аввало унинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш керак. Бемор теварак-атрофидаги салбий таъсиротни бартараф қилиш, уни туғруқхонанинг алоҳида (ҳомиладорларни даволаш) бўлимига ётқизиш ва токсикоз енгил формада бўлса, дорилар билан даволай бошлаш керак. Бош мия фаолиятини яхшилаш учун натрий бромиднинг 3% ли эритмасидан 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал, кофеиндан 0,1 г дан 3 маҳал ичириш мумкин.

Бундан ташқари ҳомиладор аёл суткасига 8—10 соат ухлаши, овқатни ҳар 2—3 соатда оз-оздан истеъмол қилиши, овқатлари сервитамин ва юқори калорияли бўлиши керак. Бу аёллар қабзиятга мойил бўлганликлари учун кўпроқ укроп суви ва олхўри шарбати ичиб туришлари тавсия қилинади. Тез-тез ҳомиладорнинг томир уришини санаб, қон босимини ўлчаб туриш зарур. Агар ичаётган дорилар таъсир қилиб, қон босимини кўтармаса (одатда, бундай аёлларда гипотония кузатилади), 1% ли кофеиндан 1 мл дан ҳар куни 1—2 маҳал тери остига укол қилиш мумкин. Даволаш 10—15 кунгача боради.

Токсикознинг ўртача ва оғир даражаларида (кўрсатиб ўтилган дориларга) организмда моддалар алмашинувини яхшилаш мақсадида 5% ли глюкозанинг 500 мл ига 5% ли аскорбат кислотанинг 5 мл ини қўшиб ва 100—200 мл альбумин ёки протеин, гемодез ҳамда қон плазмаси (100—200 мл)ни қон томирига томчилатиб юбориш организмга ижобий таъсир кўрсатади. 500 мл физиологик эритмани 50—100 мг кокарбоксилазага қўшиб қон томи-

рига томчилатиб юборилса организмнинг сувсизланиши камаяди.

Токсикознинг ўртача даражасида қон томирига юборилган суюқлиқнинг умумий миқдори 1 л гача бўлса, оғир даражасида 2—2,5 л гача бориши керак. Бунда 5% ли глюкоза ва физиологик эритмалардан суткасига 500 мл дан 2—3 марта алмаштириб юборилади. Витаминлардан В₁ (5%—1мл), В₆ (5%—1 мл) витаминлари тери остига, В₁₂ (200 гамма) витамини мушак орасига алоҳида шприцларда юборилади. Қунига 1—2 мл дан мушак орасига силенин юбориш жигар фаолиятини яхшилашга ёрдам беради.

Токсикознинг оғир формасини даволашда ҳозир дроперидол препарати кенг қўлланилмоқда. Бу қайт қилишга қарши кучли таъсир кўрсатадиган дори ҳисобланиб. 0,25% ли эритмасини қунига 2—3 марта 0,5—1 мл дан мушак орасига укол қилиш мумкин. Марказий нерв системаси фаолиятини яхшилаш учун замонавий усуллардан бири электронаркон — 6 аппарати ёрдамида «электр уйқу» вужудга келтиришдир. Буни врач ёки ҳамшира бериши мумкин.

Бундан ташқари, 40% ли глюкоза (20—40 мл) ва 5% ли С (5 мл) витаминни вена қон томирига, 50—100 мг кокарбоксилазани мушак орасига ёки қон томирига (витамин С билан қўшмаслик керак) юборилади. В₁ витаминнинг 5% ли эритмасидан 1 мл, В₆ витаминнинг 5% ли эритмасидан 1 мл ни мушак орасига юбориш мумкин.

Беморларнинг тезда соғайиб, оёққа туриб кетишларида уларнинг овқатланиши ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шунинг учун улар ҳар 2 соатда овқатланиб туришлари, осон ва тез ҳазм бўладиган таомларни истеъмол қилишлари зарур. Агар бу тадбирлар ҳам бир ҳафта ёки 10 кун ичида ёрдам бермаса, яъни томир уришининг ҳаддан ташқари тезлашиши, қон босимининг пасайиши, ички аъзолар, айниқса жигар, буйраклар фаолиятининг бузилиши борган сари кучайса, у ҳолда ҳомилани аборт йўли билан олиб ташлашга тўғри келади.

Ҳомиладорликнинг биринчи ярми (5 ойгача бўлган даври) даги токсикозларни даволашда тоза ҳаво, даволаш гимнастикасининг ёки физкультурасининг роли ҳам катта.

Токсикозларнинг олдини олиш ва бартараф қилишда хотин-қизлар консультациялари ходимларидан айниқса акушеркаларнинг роли катта, чунки улар касалларга яқин бўладилар, касалхонада даволаниб чиққан беморларни кузатадилар.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ИККИНЧИ ЯРМИДА УЧРАЙДИГАН ТОКСИКОЗЛАР

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайдиган токсикозларни кечиккан токсикозлар дейилади. Улар 4 хил касалликни ўз ичига олади: ҳомиладорлик шиши, нефропатия, преэклампсия ва эклампсия. Булар бир-бирига бевосита боғлиқ бўлади. Бундай токсикозлар кўпинча тўнғичига ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг охириги 2 ойида кўп учрайди.

Шуни айтиб ўтиш керакки, кечиккан токсикозлар, айниқса оғирлари ҳомиладорда бирданига бошланмайди. Кўпинча, аввал касаллик «токсикоз олди» белгилари (претоксикоз) сифатида кузатилиб, агар вақтида зарур ёрдам кўрсатилмаса, кейинчалик ҳақиқий токсикозга айланади.

«Токсикоз олди» белгиларига қуйидагилар киради: ҳомиладорнинг иккала билагидаги ўлчанган қон босимлари фарқи симоб устунининг 10 мм дан ошмаслиги керак. Фарқ кўрсатилгандан кўп бўлса, бу — токсикознинг бошланишидан дарак беради; одатда аёл тақиб юрган узук ёки кийиб юрган пойабзали эрта билан осон кийилиб, кечга келиб тор бўлиб қолса, бу танада «яширин» шиш борлигини кўрсатади. Бу белгини яна консултацияда ҳомиладор вазнини мунтазам тортиб кўрилганда ҳам аниқлаш мумкин, яъни ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида аёл вазнига ҳар ҳафтада 250—300 г қўшилиб бориши керак. Касаллик бошланганда эса бу кўрсаткич кўпайиб кетади. Бу белгиларни консултацияга мунтазам қатнаб турган аёлларда аниқлаш ва парҳез тутиш билан токсикознинг олдини олиш мумкин. Бунинг учун тузи ва суви кам овқатлар истеъмол қилиш, ўз вақтида етарли (камида 8 соат) ухлаш, ухлашдан олдин тоза ҳавода 1—2 соат сайр қилиш лозим.

Ҳомиладорлик шиши. Оёқ ва қўлларда шиш пайдо бўлиши, аёл вазнининг бирдан ошиб кетиши, сийдик миқдорининг камайиши касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади. Ҳомиладорлик шиши токсикоз касалликлари ичида энг кўп (10,7—20%) учрайди.

Дастлаб аёлнинг оёқ-қўллари шиша бошлайди. Қўлидаги узуги тор келиб қолади. Бора-бора шиш қорин деворига, ташқи жинсий аъзоларга тарқалади. Айрим вақтларда шиш сезилмай бошланиб, билинар-билинимас кечади. Шиш одатда аёлнинг ички органларига таъсир этмайди, фақат унинг вазни ошганлиги сабабли тез

чарчайдиган, тинка-мадори қурийдиган, тез-тез ҳансирайидиган бўлиб қолади. Агар шиш кўпайиб, бутун танага тарқаб кетган бўлса, сийдикнинг миқдори анча камайиб кетади, лекин унда патологик ўзгаришлар бўлмайди, қон босими ҳам ўзгармайди. Ҳомиладорлик шиши уч даражада учрайди. Биринчи даражада шиш фақат оёқларда, иккинчи даражада оёқ билан қорин деворида, учинчисида эса тананинг умумий шишиши кузатилади.

Шиш касаллигини анқлаш қийин эмас. Шундай бўлсада, уни бошқа ички касалликлардан ажрата билиш керак. Ҳомиладорлик шишида юрак касалликларидаги каби бўшлиқларда (масалан, қорин бўшлиғида, плевра ва перикардда) ҳеч қачон суюқлик бўлмайди. Юқорида айтиб ўтганимиздек, ҳомиладорлардаги яширин шишни ва унинг сабабини аниқлаш жуда муҳим.

Шиш касаллигининг нефропатиядан фарқи — сийдикда оқсил бўлмаслиги ва қон босимининг кўтарилмаслигидир.

Шиш касаллигини даволаш. Бунда ҳомиладор аёл парҳезга риоя қилса, суюқ овқатларни кам истеъмол қилса, ўз вақтида хотин-қизлар консультациясига бориб, врач маслаҳатларига кўра иш кўрса, касаллик ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Борди-ю, вақтида даво қилинмаса, касалликнинг иккинчи босқичи нефропатияга ўтиб кетиши ҳеч гапмас. Бу эса 20—24% ҳолларда учрайди.

Касалликнинг бу турида ҳомиладор аёл албатта туғруқхонада даволаниши лозим. Агар шиш унчалик кўп бўлмаса аёлга кўпроқ тинчлик ва дам олиш тавсия қилинади. Парҳезга риоя қилиб, суюқлик истеъмол қилиш-суткасига 600—800 мл гача чегараланади. Овқатнинг тузи кам (суткасига 3—5 г гача), оқсил ва калий моддалари етарли даражада ҳамда сервитамин бўлиши лозим. Булар ҳам ёрдам бермаса, яъни шиш йўқолмаса, ҳомиладор аёлга кунига икки маҳал (эрталаб ва тушликда) ичгани 25 мг дан гипотиазид, 1 г дан кунига 3—4 маҳат калий хлорид бериш тавсия қилинади. Шунингдек, шиш қайтарадиган дорилардан кунига икки маҳал 40 мг дан фурасемид ёки 25—30 мг дан гипотиазид ҳам бериб туриш, мумкин. 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал аммоний хлорид суюқлигини бериш мумкин. Бундан ташқари, 40% ли 20 мл глюкоза эритмаси 5% ли 5 мл аскорбат кислота билан вена қон томирига юборилади. Булар умумий модда алмашинувига ҳамда ҳомилага ижобий таъсир кўрсатади. Иккинчи ва учинчи даражали шишда қонда оқсил кам бўлса, кўрсатилган дориларга қўшимча

равишда ҳафтасига бир марта 100—200 мл дан қон плазмасини томирга томчилатиб юбориш тавсия қилинади. Мушак орасига В₆ витаминдан 1 мл дан бир маҳал укол, бир таблеткадан кунига 3 маҳал аскорутин ҳамда метионин (0,5 г дан) ичгани маъқул.

Агар ҳомиладорда камқонлик мавжуд бўлса, зарур дорилар берилади. Шишни даволаш ўрта ҳисобда 10—15 кунга боради. Шиш бутунлай йўқолиб кетгандан сўнггина беморга уйга рухсат берилади. Кейинги кузатиш — текшириш ишлари консултацияда олиб борилади.

Нефропатия ҳомиладор аёлда кўпинча ҳомиладорликнинг сўнгги ойларида, туғишга озгина қолганда бошланиб, одатда биринчи ҳомилада ва аёл буйрак ҳамда ҳар хил ички касалликлар билан оғриганда учрайди. Ҳомила эгизак бўлганда (иккита ва ундан кўп), турли хил йўлдош касалликларида (елбўғоз, хорионэпителиомада) нефропатия кўп учраб, оғирроқ кечади.

Аёл олдин буйрак касалликларидан пиелонефрит, нефроэпонефрит, юрак-томир ҳамда камқонлик, қанд касалликлари билан оғриган бўлса, нефропатия оғир ўтади, бунга қўшилиб келган токсикозлар дейилади.

Нефропатия касаллигига асосан уч белги хос: гипертония (қон босимининг ошиши), протеинурия (сийдикда оқсил моддаси бўлиши) ва шиш. Бу симптомлар комплексига Цангемейстернинг уч симптоми дейилади.

Оёқларда шиш ҳосил бўлади, сийдикда оқсил, гиалин ва цилиндр таначалари пайдо бўлиши буйрак касаллигидан далолат беради. Агар қон босимининг ошиши ҳомиладорликнинг бошида кузатилса, бу кўпинча аёлда илгаридан юрак-томир ёки буйрак касаллиги борлигини кўрсатади.

Қон босимининг ошиши сутка мобайнида дам-бадам ўзгариб туради. Қон босимини одатда, ҳар иккала қўлда ўлчаб кўриш керак, чунки иккала қўлдаги босим бир-биридан ўрта ҳисобда 10 мм симоб устунига фарқ қилади.

Ҳозирги вақтда ҳомиладор аёлларда қон босимининг ошишини унинг абсолют баландлигида кўрилмай, балки ҳомиладорликдан олдинги ёки биринчи 3 ойда қанча бўлганлигига қараб белгиланади. Масалан, агар аёлнинг ҳомиладорликдан аввалги қон босими 100/70 мм симоб устунига тенг бўлган бўлса, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида 20% га, яъни 120/80 га ошса, бунга нефропатиянинг бошланиши деб қараш керак.

Шуни ҳам айтиш керакки, қон босимининг ошиши нефропатиянинг қолган икки белгиси (шиш ва протеинурия) билан бир вақтда учрамаслиги мумкин. Баъзан қон босими юқори бўлганда бироз шиш ва сийдикда озроқ оқсил моддаси бўлиши мумкин ва, аксинча. Бундан ташқари, нефропатияда бу 3 та белги бир вақтнинг ўзида учрамаслиги ҳам мумкин.

Нефропатияда юқорида кўрсатиб ўтилган характерли белгилардан ташқари бутун организмда чуқур ўзгаришлар кузатилади. Капилляр қон томирларининг торайиши натижасида тўқималарнинг кислород билан таъминланиши сусаяди, бунда энг аввало бош мия ва буйраклар функцияси бузилади.

Маълумки, буйраклар одам организмда, айниқса ҳомиладорлик даврида катта аҳамиятга эга. Чунки моддалар алмашинуви туфайли қонда ҳосил бўлган ва ҳомила организмдан чиққан нокерак моддалар буйраклар орқали сийдик билан ташқарига чиқарилади. Бундан ташқари, жигарнинг моддаларни зарарсизлантириш функцияси бузилиб, ҳомиладор организми учун керак бўлмаган моддаларнинг кўпайишига, қоннинг ишқорий хусусияти ўзгариб, оқсил моддасининг камайишига сабаб бўлади. Буйраклар фаолиятининг бузилиши организмда вужудга келган нокерак моддаларни ташқарига чиқаришни камайтириб, нефропатия белгиларининг кўпроқ ривожланишига имкон беради.

Юқорида айтиб ўтилган аломатлар билан бир қаторда кўз томирларида ва унинг тўрсимон қаватида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Бунда тўрсимон қаватнинг артерия қон томири торайиши, вена томирлари кенгайиши, касалликнинг оғир кечишида капиллярлар атрофида сув тўпланиб, шиш пайдо бўлиши мумкин. Токсикозни ўз вақтида даволаганда бу ўзгаришлар ўтиб кетади.

Нефропатияда йўлдошда ҳам бир қатор ўзгаришлар кузатилади: булар йўлдош тўқималарининг қисман бузилиши ёки ишдан чиқишидан иборат. Бу эса бачадон-йўлдош қон айланишининг бузилишига олиб келади. Натижада ҳомила керакли озиқ моддаларни ололмайди, у гипоксия ва гипотрофияга учраб, яхши ўсмайди.

Нефропатиянинг клиник кечишида 3 босқич кузатилади.

I босқич (енгилроқ даража) — қон босими 150/90 мм симоб устунига (ҳомиладорликкача бўлган қон босимига нисбатан 20% кўтарилади), сийдикдаги оқсил 1%, шиш эса фақат оёқларда бўлади.

II босқич (ўртача оғирлик) — қон босими 150/90 дан 170/100 мм симоб устунига (яъни ҳомиладорликкача бўлган қон босимига нисбатан 40% кўтарилади), шиш оёқларда ва қорин деворида бўлади, сийдикдаги оқсил 2—3% га етади.

III босқич (оғир форма) — қон босими 170/100 — 180/110 ва ундан ҳам баланд бўлади (аввалги қон босимга нисбатан 40% дан юқори кўтарилади), сийдикдаги оқсил миқдори 3% дан ошиб кетади ва сийдик миқдори камаяди, унда цилиндр доначалари пайдо бўлиши кузатилади ва шиш бутун танага тарқаб кетади.

Нефропатиянинг дифференциал диагностикасида гипертонияни гломерулонефрит ва шу кабилардан ажрата билиш зарур.

Токсикознинг нефропатия формасини аниқлашда урта характерли белги: қон босимининг ошishi сийдикда оқсил моддаси бўлиши, танада ҳар хил даражада шиш борлигини аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Бу хотин-қизлар консультациясига келган ҳомиладор аёлни ҳар гал иккала билагига қон босимини ўлчаш, вазнини тарозида тортиб кўриш ва лабораторияда сийдигини текшириш каби усуллар ёрдамида амалга оширилади.

Нефропатияни даволаш. Ҳомиладор аёлда токсикознинг илк аломатлари ёки аниқ белгилари сезилиши билан уни тезда туғруқхонага ётқизиб даволаш лозим. Нефропатиянинг I босқичида давони зарур парҳездан бошлаш керак. Бунда суюқлик истеъмол қилишни суткасига 600—700 мл гача чегаралаб, тузи кам, калий моддасига бой овқатлар тавсия қилинади. Айни вақтда томирлар деворини мустаҳкамловчи рутин (0,02 г дан кунига 2—3 маҳал) ёки аскорутин (1 таблеткадан кунига 2—3 маҳал) каби дорилар ичгани берилади. Шунингдек даволаш комплексида дибазол (0,05 г дан 2—3 маҳал) ва папаверин (0,02 г дан кунига 2—3 маҳал), диуретидан ичиш (0,5 г дан кунига 2—3 маҳал) мумкин. Ёки бўлмаса, эрталаб ва тушликда 50 мг дан ичгани гипотиазид ҳамда кунига 3 маҳал 0,5 г калий оротат, эуфиллин (0,15 г дан кунига 2—3 маҳал), транквилизаторлардан — седуксен (1 таблеткадан кунига 2—3 маҳал), димедрол (ётиш олдиан 0,05 мг дан 1 маҳал) бериш томирлар спазминини пасайтириб, аёлнинг кўпроқ ухлашини таъминлайди. Суткасига 1 маҳал 40% ли глюкоза эритмаси (20 мл) га аскорбат кислотанинг 5% ли эритмасини 5 мл қўшиб қон томирига ва 50—100 мг кокарбоксилазани тери остига юборилади.

Нефропатиянинг иккинчи босқичида даволашда кўрсатиб ўтилган парҳезни давом эттириш тавсия қилиниб, ҳафтада 1—2 марта организмдаги ортиқча суюқликни чиқариш мақсадида махсус парҳез кунлари уюштириш зарур. Бунинг учун 1 кг творогга 100—150 г шакар қўшиш ёки 100 г қаймоқ билан истеъмол қилиш ёхуд 1,0—1,5 кг олма ейиш мумкин. Бу кўрсатилган миқдорни ҳомиладор аёл бир кунда 5—6 марта бўлиб-бўлиб истеъмол қилиши лозим.

Қон босимини туширувчи дори-дармонлар (0,5% ли дибазол эритмасидан 4—6 мл дан, 2% ли папаверин гидрохлорид суюқлигидан 2 мл) дан қон томирига ёки мушак орасига юбориш керак. Қон томирига эуфиллиннинг 2,4% ли суюқлигини 5—10 мл физиологик эритма билан юбориш ҳамда 0,5% ли новокаин эритмасидан 100 мл ни 20% ли глюкоза эритмасининг 200 млига аралаштириш, инсулин эритмасидан 8—10 бирликда кунига 1—2 маҳал қон томирига томчилатиб юбориш бир томондан, қон босимининг тушишига ёрдамлашса, иккинчи томондан, бачадон-йўлдош қон айланишига ижобий таъсир кўрсатади, ҳомила аҳволини яхшилайд.

Шишни қайтариш учун сийдик ажралишини кучайтирадиган дорилардан фурасемид (40 мг дан кунига 1—2 маҳал) ёки гипотиазид (25—50 мг дан кунига 1—2 маҳал) ичиш учун бериш зарур. Шу билан бир қаторда калий орататдан кунига 0,5 г дан 2—3 маҳал ичиш учун бериш лозим. Бу дорилар 3—4 кун давомида берилади. Агар даволашни давом эттириш зарур бўлса, кўрсатилган дориларни 3—4 кун дам олгандан сўнг яна 3—4 кунга бериш мумкин.

Капилляр қон томирларда қон айланишига ижобий таъсир кўрсатувчи дорилардан реополиглюкин (200—400 мл), гемодезни (200 мл) томирга томчилатиб юбориш мақсадга мувофиқ.

Витаминлардан витамин В₆ нинг 5% ли эритмасидан 1 мл дан мушак орасига, витамин С нинг 5% ли эритмасидан 5—10 мл ни глюкозанинг 40% ли эритмаси (20 мл)га қўшиб қон томирига юборилади, бунга қўшимча қилиб 1% ли сигетиндан 2 мл қўшиб юбориш ҳам мумкин. Бу дорилар ҳомила ўсишига ҳам ижобий таъсир қилади.

Уйқуни яхшилаш ҳамда аёл организмга ижобий таъсир қилиш учун 1% ли димедролнинг 1—2 мл ини ётиш олдидан мушак орасига юбориш яхши натижа беради.

Жигар фаолиятига ижобий таъсир кўрсатиш учун кунига 3—4 маҳал 0,5 г дан метионин, томирлар деворини мустаҳкамлаш учун 2—3 маҳал 0,02 г дан рутин берилади.

Ҳозирги даврда нефропатиянинг енгил ва ўртача огирликдаги турларини дорилардан ташқари электр ёрдамида ухлатиш билан даволаш кенг тарқалмоқда. Буни махсус врач «электросон» ёки «электронаркон» аппаратлари ёрдамида олиб боради.

Нефропатиянинг 3-босқичини даволаш асосан унинг 2-босқичига ўхшайди. Фарқи — ҳомиладорга бериладиган дориларнинг хилма-хиллиги ва кунига бир неча маҳал асосан томирга юборилишидadir. Нефропатиянинг бу даражаси кўпроқ эклампсияга ўтиш хавфи билан ажралиб туради. Шунинг учун давони марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштирадиган, ухлатадиган дорилардан бошлаш керак. Бунинг учун томирга 0,25% ли дроперидол эритмасидан 4—6 мл, 0,5% ли седуксендан 2 мл, 1% ли димедролдан 1 мл юборилади. Шунини айтиш керакки, дроперидол эритмасини ҳар 3—4 соатда юбориб туриш керак. Иккинчи марта юборилганда биринчи марта юборилган дозанинг учдан икки қисмини, учинчи марта юборилганда эса, биринчи юборилган дозанинг ярмини юбориш керак.

Қон босимини пасайтирадиган дорилардан дибазолнинг 1% ли эритмаси (6 мл) ни папаверин гидрохлориднинг 2% ли эритмасига (2—4 мл) қўшиб, ҳар 6—8 соатда қон томирига (биринчи икки уқолини) ёки мушак орасига; магний сульфатнинг 25% ли эритмаси (20 мл) ни 0,5% ли новкаин (5 мл) билан бирга ҳар 6—8 соатда мушак орасига юборилади. Ҳар 8—12 соатда глюкоза-новокаин-инсулин аралашмасидан (20% ли глюкоза эритмасидан 200 мл га 0,5% ли новокаиннинг 100 мл ини ҳамда 8—10 бирликда инсулин қўшиб) қон томирига томчилатиб, 2,4% ли эуфиллиннинг 10 мл ни 10—15 мл физиологик эритма билан вена қон томирига ҳар 12 соатда юбориш ҳомилага ижобий таъсир қилиб, аёл буйраклари ишини яхшилайдди. Қон томирига 50—100 мл альбумин ёки протейн, қон плазмаси, 200—400 мл реополиглюкин ва гемодез томчилатиб юбориш капиллярларда қон ҳаракатини яхшилаб, ҳомиладор умумий аҳволига ижобий таъсир кўрсатади. Шу билан бир қаторда организмдаги шишни қайтариш учун 2 мл дан аввал томирга, кейинчалик эса мушак орасига ҳар 6—8 соатда лазекс юбориш керак. Аёлнинг аҳволи бироз

тузук бўлгандан сўнг лазекс 2 мл дан кунига 1—2 марта буюрилади.

Қоннинг ишқорий хусусиятини яхшилаш учун қон томирига 4% ли натрий гидрокарбонат эритмасидан 200—400 мл томчилатиб юбориш керак. 5% ли витамин В₆ дан кунига бир маҳал 1 мл дан мускул орасига, 5% ли аскорбат кислотадан 5—10 мл (40% ли глюкоза эритмасининг 20 мл ига қўшиб), 50—100 мг кокарбоксилазани 40% ли глюкоза ёки 10—15 мл физиологик эритма билан қон томирига юбориш керак. Ҳомила аҳволини яхшилаш учун 1% ли сигетинни (2—4 мл) 20—40% ли глюкоза эритмаси билан қон томирига юбориш яхши натижа беради. Ҳомиладор аёл юрак фаолиятига яхши таъсир қилиш учун қон томирига 0,06% ли корглюкон эритмасидан 0,5 мл ёки 0,05% ли строфантиндан 0,5 мл ни 0,9% ли физиологик эритма билан қон томирига аста-секин юбориш мумкин.

Кўрсатиб ўтилган дориларни ҳомиладор аёлга бир вақтнинг ўзида юбормай, бирин-кетин, соатма-соат юбориш лозим. Акс ҳолда қон босими бирданига пасайиб кетиши ва она ҳамда ҳомилага салбий таъсир қилиши мумкин. Бунинг учун ҳамма дори-дармонлар билан даволашнинг интенсив варақасини очиш керак. Бу акушерканинг энг зарур вазифаларидан биридир. Бу варақани даражаларга бўлиб, ҳомиладорнинг маълум соатда оладиган уколлари, томир уриши сони, қон босими ҳамда сийдик миқдори, ичган суюқлиги миқдори мунтазам ёзиб борилади. Сутка охирида эса, умумий (ичган ва томирига юборилган) суюқлик ҳамда сийдик миқдори (бунга аёлнинг терлагани ва бошқалар ҳам) ҳисоблаб, ёзиб қўйилади. Бу рақамларнинг умумий пропорциясига қараб давонинг самараси ҳамда буйраклар иши ҳисобга олинади. Агар суткалик сийдик миқдори берилган суюқлик миқдоридан кам бўлса, врачни дарҳол огоҳлантириш керак, чунки бу буйраклар ишининг бузилаётганидан дарак беради. Унда врач ҳомиладорликни давом эттириш кераклиги ёки керакмаслигини ҳал этиши керак.

Нефропатиянинг оғир формасида гипертония, юрак, буйрак ва бошқа касалликларнинг қўшилиб келишини ажрата билиши керак, чунки бунда нефропатия оғирроқ ўтади. Агар дори-дармонлар туфайли нефропатиянинг иккинчи ҳамда учинчи босқичини 10—15 кун ичида даволаб, яхши натижага эришиб бўлмаса, ҳомилани вақтидан илгари (36—38 ҳафталигида) туғдириб олиш

масаласини ўртага қўйиш керак. Чунки узоқ вақт давом этган бундай касаллик ҳомилага салбий таъсир этади, яъни у ривожланмай қолади ва кўпинча аёлнинг аҳволи оғирлашиб, ҳаёти хавф остида қолади.

Туғруқ процессида нефропатиянинг енгил ва ўртача даражасида асосан қон босимини туширувчи (1% ли дибазол эритмасидан 2—4 мл, 2% ли папаверин гидрохлорид эритмасидан 2 мл, но-шпа эритмасидан 2—4 мл ҳар 6—8 соатда мускул орасига, 2,4% ли эуфиллин эритмасидан 5—10 мл ини 10—15 мл физиологик эритма билан қон томирига, глюкоза-новокаин-инсулин аралашмасидан қон томирига томчилатиб юборилади) ҳамда ҳомила аҳволига ижобий таъсир қилувчи (1% ли сигетинни 40% ли глюкозанинг 20 мл и билан қон томирига), шишни қайтарувчи (гипотиазид 25—50 мг ёки фурасемид 40 мг — кунига 1—2 марта) дорилардан бериш билан бир қаторда, туғруқни ҳам оғриқсизлантириш катта аҳамиятга эга. Бунини врач назорати остида промедол (2% ли эритмасидан 1—2 мл), димедрол (1% ли эритмасидан 1—2 мл) баралгин (5 мл) қон томирига ёки мушак орасига юборилади ва азот (I)-оксид-кислород аралашмаси ҳидлатилади. Шунини айтиб ўтиш керакки, агар туғруқнинг иккинчи даври яқин бўлса — промедол қилиш мумкин эмас, чунки у ҳомила бош миасидаги нафас олиш маркази ишини сусайтириб, асфиксияга олиб келиши мумкин.

Агар қон босими пасаявермаса, мускул орасига пентамин (5% ли эритмасидан 1—2 мл) ёки ганглерон (1,5% ли эритмасидан 2 мл) мускул орасига (бу бачадон бўйнининг тез очилишига) ҳам яхши ёрдам беради) юборилади.

Нефропатиянинг оғир даражасида юқорида кўрсатилган дорилар миқдорини кўпайтириш (1% ли дибазол эритмасидан 6 мл, 2% ли папаверин гидрохлорид эритмасидан 4 мл, 2,4% ли эуфиллин эритмасидан 10 мл ни 15 мл физиологик эритмага қўшиб ва глюкоза-новокаин аралашмасини) ва бу дориларнинг ҳаммасини қон томирига юбориш керак. Дроперидол ва димедролни қон томирига ҳар 3—4 соатда юбориб турилади. Қон томирига томчилатиб 4% ли гидрокарбонат натрий эритмасидан 200 мл, гемодез 200 мл юборилади. Нефропатиянинг бу даражасини акушер врач билан анестезиолог олиб бориши керак. Туғруқ даврида ҳам аввал айтиб ўтганимиздек, қон томирига дроперидол, седуксен ҳамда димедролни вақт-вақти билан юбориш

давом эттирилади. Шунинг айтиб ўтиш керакки, туғруқ даврида кечиккан токсикозларни даволашда магний сульфат эритмасидан фойдаланиш (дардни сусайтириб қўйиш хавфли бўлгани учун) — укол қилиш мумкин эмас.

Туғруқнинг иккинчи даврида (нефропатиянинг I—II даражасида) қон босимини пасайтирувчи, ҳомилага ижобий таъсир кўрсатувчи дори-дармонларни бериш давом эттирилади.

Нефропатиянинг оғир даражасида аёлнинг кучаниши мумкин эмас, акс ҳолда ҳаёти хавф остида қолиши (мияга қон қуйилиши) мумкин. Шунинг учун аёлга наркоз берилиб, ҳомилани бошига махсус қисқичлар қўйиб, тортиб олинади ёки қон босимини тезда пасайтирадиган дорилардан ганглиоблокатор-арфонад қўлланилади. Унинг 0,5% ли эритмасини 5% ли глюкозанинг 500 мг эритмасига аралаштириб, томирга томчилатиб (томчи сонини 10 дан бошлаб секин-аста кўпайтирилади) юборилади. Бунда қон босими баландлигини 140/90 дан пастга туширмаслик лозим, акс ҳолда йўлдош қон айланишида чуқур ўзгариш юзага келиб, ҳомилага салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Туғруқ мобайнида албатта қон босимини тез-тез ўлчаб туриш, ҳомила гипоксиясига қарши дори-дармонлар ҳамда кислород ҳидлатиб туриш лозим. Ҳар 6 соатда 40% ли глюкозадан 20—40 мл, 5% ли аскорбин кислотада 2—5 мл, 50 мг кокарбоксилаза, 1% ли сигетиндан 2 мл қон томирига юбориш керак. Бундай аёлларда туғруқ пайтида ва туғруқдан кейинги дастлабки икки соатда кўпроқ қон кетиши кузатилади, шунинг учун вақтида тез ёрдам беришга олдиндан тайёргарлик кўриб қўйиш керак. Туғруқдан кейинги даврда ҳам қон босимини вақти-вақти билан ўлчаб, сийдик ва қонни текшириб туриш керак. Чунки нефропатия белгилари туққандан сўнг ҳам бир неча кун кузатилиши мумкин. Шунинг учун олиб борилган давони тезда тўхтатмасдан, давом эттириш керак.

Прееклампсия. Бу ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайдиган энг оғир токсикозлардан бири ҳисобланади. Токсикознинг бу турида ҳар қандай даволаш усуллари қўллашга қарамай, нефропатия белгилари (қон босимининг ошиши, сийдикдаги оқсил миқдори, шиш) пасайиш ўрнига, аксинча, борган сари кучаяди, қон босими оша боради, сийдикда оқсил миқдори ва танадаги шиш кўпаяди. Бу учта асосий белгига марка-

зий нерв системасидаги чуқур ўзгаришлар (бош оғриғи, кўз олдида «тўр парда» ҳосил бўлиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қориннинг юқори қисмида оғриқ туриши) қўшилади. Токсикознинг бу босқичи даволанмаса, унинг охириги оғир тури — эклампсияга ўтиши муқаррар.

Э к л а м п с и я. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида учрайдиган касалликнинг энг сўнгги ва оғир босқичи бўлиб, кўпинча токсикознинг аввалги турлари бутунлай ёки етарли даволанмаганда учрайди. У кўпинча биринчи туғишда ҳамда туғруқ жараёнида (48—50%) учрайди.

Эклампсия касаллигида нефропатия ёки преэклампсиядаги белгиларга тутқаноқ тутиш белгиси қўшилиши билан характерланади. Эклампсияда тўрт босқич мавжуд бўлиб, тутқаноқ бир-икки минут давом этади. Тутқаноқ тутишдан олдин аёлнинг бош оғриғи зўраяди, безовталанади, уйқуси қочади, қон босими борган сари кўтарилади, сийдигида оқсил моддаси кўпайиб кетади.

1-б о с қ и ч. Тутқаноқ тутиш олди босқичи ҳисобланиб, олдин кўз, қовоқларда, сўнгра юз мушакларида, қўлларда қисқа муддатли қисқаришлар бўлиб ўтади. Бу ҳолат 20—30 секундга чўзилади.

2-б о с қ и ч. Тана мушаклари қаттиқ қисқариши натижасида бутун тана тортишади. Беморнинг юзи кўкаради, жағ мушаклари тиришиб, оғзини очирмай қўяди, кўз қорачиғи кенгаяди. Бу ҳолат 20—30 секунд давом этсада, бемор ва ҳомила учун жуда хавфли ҳисобланади, чунки аёлнинг юрак уриши бирданига сустлашиб, нафас олиши қисқа муддатга тўхтади.

3-б о с қ и ч. Бу давр клиник тиришишлар билан характерланиб ҳомиладор аёлнинг ҳамма мускуллари бирин-кетин қисқараверади. Касалнинг юзи кўкариб кетади, бўйин қон томирлари бўртиб чиқади. Беморга вақтида ёрдам берилса, барча аломатлар секин-аста камая бошлайди. Бу — 20—30 секунд, айрим вақтларда бир оз кўпроқ давом этиши мумкин.

4-б о с қ и ч. Тиришишнинг қайтиш даври бўлиб, бемор аста-секин чуқур нафас ола бошлайди. Тиришишлар йўқолиб, тана мушаклари бўшаша бошлайди. Касалнинг ранги ҳам аслига келади, кўз қорачиғи тораяди, томир уриши нормага кела бошлайди.

Аёл тутқаноқдан сўнг қисқа муддатга кома (ҳушдан кетиш) ҳолатига тушади, аммо тезда ўзига келади. Лекин тутқаноқ тутганлигини, нима воқеа юз берганлигини у билмайди, фақат боши ғувиллайди, умумий беҳоллик, қувватсизлик сезади.

Эклампсия касаллигининг қанчалик оғирлиги тутқаноқ хуружининг сонига ҳамда давомли бўлишига боғлиқ.

Баъзан эклампсия тутқаноқ хуружсиз учраб, бемор бирданига ҳушидан кетиб қолиши мумкин.

Нефропатия, эклампсия касалликлари одатда, хотин-қизлар консультациясига кам борган аёлларда кўпроқ учраши ва дард оғир ўтиши тажрибадан маълум.

Эклампсия касаллигида тез-тез тутқаноқ тутиши, кома ҳолатининг узоқ давом этиши, тана температурасининг юқори бўлиши, сийдикнинг кам ажралиши касаллик оқибатининг ёмон бўлишидан дарак беради.

Эклампсияни айрим касалликлар (гипертония, уремия, буйрак комаси, бош миянинг ўсма касалликлари, истерия)дан ажрата билиш керак. Эклампсия ҳомиладорлик вақтида учрайдиган энг оғир касаллик ҳисобланиб, аёлнинг бутун аъзоларига таъсир этади, фаолияти-ни издан чиқаради.

Прееклампсия ва эклампсияни даволаш усуллари. Токсикознинг бу оғир босқичи билан оғриган ҳомиладор аёллар алоҳида интенсив палатага ётқизиб даволанади. Даволаш В. В. Строганов принципи билан олиб борилади. Прееклампсия белгилари аниқланиши билан ҳомиладорга қисқа наркоз (агар уйда ёки фелдшер- акушерлик пунктида бўлса, эфирни Эсмарх маски орқали, туғуруқхонада эса наркоз аппарати орқали азот (I)-оксид-кислород аралашмаси ёрдамида) бериб, сўнг ҳомиладор аёлни қин орқали текшириш, керак бўлса сийдигини катетер билан чиқариш, ҳар хил уқоллар қилиш мумкин. Акс ҳолда эклампсияга ўтиб кетиши мумкин. Кейинги даволаш босқичи нефропатиянинг III даражасидаги каби бошқарилиб, дори-лар ёрдамида бемор ухлатилади.

Ҳомиладорда эклампсия тутқаноғи кузатилса дарҳол тишлари орасига темир шпатель қўйиб, тилини махсус қисқичга қисиб, оғиз бўшлиғидан ташқарига чиқариш, оғзини сўлакдан тозалаб, кислород ҳидлатиш лозим. Акс ҳолда тили орқага тортилиб, нафас йўллари-ни беркитиб қўйиши, асфиксияга олиб келиши мумкин. Ҳомиладор нафас ола бошлаши билан юзаки ва қисқа наркоз бериб, сўнг керакли текширишларни ва даво чораларини нефропатиянинг оғир даражасидагидек олиб борилади, яъни дроперидол, димедрол ва седуксенни қон томирига юбориб, аёл ухлатилади. Сўнг қон босимини пайсантирадиган, ҳомилага ижобий таъсир кўрсатадиган, капилляр қон томирларидаги, йўлдошдаги қон айлани-

шини яхшилайдиган, юрак фаолиятига ижобий таъсир қиладиган, сийдик чиқаришни кўпайтирадиган дорилар бирин-кетин қон томирига юборилади. Токсикознинг бу оғир формасида ҳомиладорнинг қон босимини тез-тез ўлчаб, томир уришини санаш, сийдик ажралиб чиқишидан хабардор бўлиб туриш керак. Сийдик миқдорини ҳисобга олиш учун сийдик чиқариш йўли орқали қовуқ пуфағига катетер киргизиб қўйиш мақсадга мувофиқдир. Агар сийдик мўлжалдан (соатига 50 мл) кам ажралиб чиқса, унинг сабабини аниқлаш ва сийдик ажралишини кучайтирадиган дорилардан ўз вақтида қон томирига юбориш мумкин. Ҳомиладорнинг юрак уришини тез-тез санаб туриш лозим. Қилинган тадбирларни албатта даволашнинг интенсив варақасига соатма-соат ёзиб бориш лозим.

Эклампсия туғруқнинг биринчи даврида кузатилса, юқорида кўрсатилган чора ва тадбирларни бажариш ва туғруқ процессини оғриқсизлантириш лозим. Туғруқнинг иккинчи даврида қон босимини тез пасайтирадиган дорилардан ганглиоблокатор-арфонад (2,5 мл 5% ли эритмасини 250 мл 5% ли глюкоза эритмасига аралаштириб) ёки имехин (1% ли 2 мл эритмасини 200 мл физиологик эритмага аралаштириб) қон томирига томчилатиб юборилади. Бунда кўрсатиб ўтилганидек, томчилар сони 10 дан бошлаб аста-секин кўпайтирилади, қон босимини эса 140/80 мм симоб устуни баландлигидан пасайтирмаслик керак, чунки йўлдош қон айланиши бузилиб, ҳомилага салбий таъсир қилиши мумкин.

Агар имехин ёки арфонад юборишнинг илжои бўлмаса, аёлга умумий наркоз бериб (албатта анестезиолог бошқариши керак), махсус қисқичлар ёрдамида ҳомила-ни бошидан (думбаси ёки оёғи келган бўлса), думбаси ёки оёғидан тортиб чиқариш лозим, бунинг учун акушер врач бажаради. Ҳомила она қорнида нобуд бўлган ва бачадон бўйни етарли (7—8 см) очилган бўлса, ҳомилани майдалаб олиш мумкин.

Туғруқнинг учинчи — йўлдош даври ҳам хавфли ҳисобланиб, аёл кўп қон йўқотиши мумкин, бунга тайёр бўлиш ва диққат билан кузатиш керак (бу аёлнинг ўзи туққанда қилинади, агар операция ёрдамида туғдирилса, йўлдош дарров қўл билан олиб ташланади). Бунинг учун ҳомила туғилиши билан 1 мл метилэргометрни 40% ли глюкозага (20 мл) қўшиб қон томирига юборилади. Бу билан чилланинг илк даврида (биринчи 2 соатида) бачадондан гипотоник қон кетиши-

нинг олди олинган бўлади. Шу билан бир қаторда ҳар соатда токсикоздаги давони давом эттириб, аёл аҳволи, қон босими, сийдигининг миқдорини текшириб туриш лозим.

Чақалоққа ҳам диққат билан қараб, тезда унга керакли дори-дармонларни қўллаш ва кейин ҳам неонатолог (чақалоқлар врач) мунтазам парвариш қилиб туриши лозим, чунки бундай чақалоқлар вазни нормадан кам, нимжон бўлиб туғиладилар. Бироқ бундай чақалоқлар ҳар томонлама текшириб борилса, турли муолажаларни ўз вақтида қилиб, парвариши тўғри йўлга қўйилса, тезда тенгдошларига етиб оладилар.

Туғруқдан кейинги даврда аёлларнинг инфекцияга қаршилиги пасайганлиги учун инфекциядан касалликларга анча мойил бўладилар. Шунинг учун ҳар хил витаминлар, организм қувватини оширувчи дорилар буюриш мақсадга мувофиқдир.

ТОКСИКОЗЛАРНИНГ БАЪЗИ ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН ҚЎШИЛИБ КЕЛИШИ ВА КЕЧИШИ

Маълумки, ҳомиладор аёл илгари бирон-бир сурункали касаллик билан оғриган бўлса, кечиккан токсикозлар кўпинча эрта (ҳомиладорликнинг 5—6-ойидан) бошланибгина қолмай, ҳатто анча оғир ўтади ва кўпинча она ҳамда ҳомила ҳаётини хавф остида қолдиради, бунга қўшилиб келган токсикозлар дейилади. Бундай ҳодисаларни бизнинг шароитда кўп ва кетма-кет туққан аёлларда кузатиш мумкин.

Энг кўп учрайдиган ички касалликлардан бири гипертониядир. Токсикоз гипертония касаллиги билан кечганда ҳомиладор аёл сийдигида ўзгариш ва танасидаги шиш даражаси қон босимига нисбатан камроқ бўлади. Қон босими эса жуда ҳам кўтарилиб кетиши мумкин. Шунинг учун давони асосан қон босимини пасайтиришга қаратиш лозим. Бунда депрессин порошогидан кунига 1 тадан 3 маҳал, резерпин ёки раунатин 1 таблеткадан кунига 3 маҳал берилади, 1% ли дибазол эритмасидан 2—4 мл мускул орасига укол қилинади.

Қон босими жуда юқори бўлганда қон томирига пентамин, бензогексоний юбориш мумкин. Даволаш комплексига магний сульфат эритмасини киритиш яхши фойда бермайди. Кечиккан токсикозлар гипертония касаллиги билан қўшилиб келганда ҳомиланing аҳволи ҳаддан ташқари ёмонлашишини ҳисобга олиб, бу касал-

ликда ҳомила ва чақалоқ ўлими кўп бўлганлиги учун қон босими жуда юқори бўлмаса ҳам (чунки токсикоз барвақт бошланиб, узоқ давом этади), токсикозни ҳар томонлама даволаш лозим. Бунда 20% ли глюкоза эритмасидан 200 мл ни 10 бирликда инсулин ва 5% ли аскорбат кислота (5 мл) эритмаси билан кунига 1—2 маҳал, 4% ли натрий гидрокарбонатдан 100—200 мл ни қон томирига томчилатиб юборилади, 50—100 мг кокарбоксилаза ҳамда 1% ли сигетиндан 2—4 мл, 40% ли (20 мл) глюкоза эритмасида қон томирига юборилади, 5% ли витамин В₆ дан 1 мл, 5% ли витамин Е дан 1 мл, 1% ли витамин В₂ дан 1 мл кунига бир маҳал мушак орасига, 1 мг дан кунига 3—4 маҳал фолат кислотаси, 1 таблеткадан кунига 3 маҳал аскорутин, 0,5 г дан кунига 3 маҳал метионин ичгани бериш лозим.

Ҳар томонлама олиб борилаётган давони туғруқнинг учинчи ҳамда чилла даврида (айниқса туғруқдан сўнг биринчи икки соатда) мунтазам олиб бориш керак. Бундай оналардан туғилган чақалоқлар ҳам болалар врач томонидан мунтазам даволашни ва кузатишни талаб қилади.

Қон босими кўтарилиши натижасида йўлдошда турли дистрофик ўзгаришлар пайдо бўлиши билан бирга, у вақтидан олдин тўла ёки қисман кўчиши ёки аёлнинг бош миясига қон қўйилиши каби оғир асоратлар юзага келиши мумкин. Шунинг учун гипертония касаллигини ҳомиладорликдан олдин тўла-тўқис даволаш керак. Бунинг учун аёл ҳомиладорликдан олдин хотин-қизлар консультациясида терапевт-врач ва акушер-гинеколог назоратида бўлиши шарт, яъни бундай аёллар хотин-қизлар консультациясида алоҳида «хавфли» гурппада турадилар. Агар касални консультация шароитида даволаш имкони бўлмаса, дарҳол касалхонага ётқизиб даволанади.

Ҳомиладор аёлдаги с у р у н к а л и н е ф р и т (буйракнинг яллиғланиш касаллиги) кўпинча ҳомиладорлиkning 2-ярмида оғир клиник турдаги токсикозларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Бунда буйракда оғир ўзгаришлар юзага келади ва уремия, азотемия кузатилиши мумкин. Кўзнинг ички тўр қаватида ҳам ўзгариш пайдо бўлади. Сийдик билан оқсил кўп ажралади (протеинурия). Бу вақтда қон босими ошади, шунинг учун қон босимини пасайтирувчи дорилар билан бирга буйрак фаолиятини яхшиловчи дорилар ҳам берилади.

Дихлотиазид ёки гипотиазиднинг 25 мг ли таблетка-сидан кунига 2 марта эрта ва тушликда берилади ёки 2 марта циклометиазид (0,5 мг) бериш мумкин. Булар билан бирга калий оратат (0,5 г дан 2—3 марта) берилади. Рауседел (2,5 мг) 40% ли глюкоза (20 мл) ҳамда 2% ли (2 мл) папаверин гидрохлорид эритмаси билан вена қон томирига юборилади. Раусиделнинг 0,25% ли (2,5 мг) 1 мл эритмаси тери орасига юборилиши ҳам мумкин.

Рауседил буйрак қон томирларини кенгайтириб, қон юришини яхшилайди.

Қон томир девори ўтказувчанлигини пасайтирувчи аскорутинни (1 таблеткадан кунига 3 маҳал), қон ивишига таъсир этувчи викасол (0,015 г) таблеткасидан кунига 3 маҳал ичирилади ёки 1% ли эритмасидан (2—3мл) мушак орасига юборилади. Шунинг айтиш керакки, сийдикда қон бўлиши ҳомиладорликдан олдин буйракда тош ёки бирор яллиғланиш борлигини аниқлаштиши мумкин. Бундай ҳолларда албатта буйрак касалликлари мутахассисига учраш лозим. Ундан ташқари, сийдикда қон бўлиши токсикознинг оғир формада ўтаётганлигидан дарак беради.

Пиелонефрит оғир касаллик ҳисобланиб, кўп ҳолларда ҳомилага салбий таъсир этади, чилла даврида эса септик касалликка сабаб бўлиши мумкин. Ярим синтетик антибиотиклардан: метициллин ичиш учун (1 г дан ҳар 4—6 соатда) ёки 1 г дан мушак орасига ҳар 4—6 соатда 7—10 кун, оксациллин (0,5 г) таблеткаси берилади ёки эритмаси укол қилинади. Ҳар 6 соатда 7—10 кун берилади. У меъда-ичак орқали яхши сўрилиш хусусиятига эга, ампициллин (0,5 г) дан ҳар 6 соатда 7—10 кун мушак орасига укол қилинади ёки таблеткаси ичирилади.

Пиелонефрит касаллигида гентамицин сульфат сийдик йўлларидаги инфекцияга қарши яхши таъсир этади. Мушак орасига 40—80 мг дан ҳар 8 соатда 7—10 кун юборилади.

Нитрофуран препаратларидан: фурадонин 0,1 г дан суткасига 3—4 марта 5—8 кун ёки фурагин 0,1 г дан суткасига 2—3 маҳал 10—15 кун бериб борилади.

Невиграмон касалликни келтириб чиқарган инфекциянинг турига қараб берилади, чунки бу дори граммусбат коккларга таъсир кўрсатмай, грамманфий коккларга яхши таъсир этади ва 0,5 г дан кунига 4 марта 10—14 кун давомида берилади.

Пиелонефритни даволашда дорилар билан бир қаторда парҳезга катта эътибор бериш керак. Ҳомиладор аёл ейдиган таомлар сервитамин, тузи кам, оқсил моддаларига бой бўлиши лозим. Қовурилган гўшт, қази, аччиқ қовурмалар, шўр таомлар берилмайди.

Токсикоз касаллиги қандли диабет касаллиги билан қўшилиб келиши ҳам мумкин. Айниқса бизнинг шароитимизда ҳўл меваларнинг ёзин-қишин сероб бўлиши, айрим аёлларимизнинг фақат углеводларга бой овқатлар истеъмол қилишлари сабабли қандли диабет кейинги йилларда кўпроқ учрайдиган бўлиб қолди. Чунончи, қандли диабет ҳомиладор аёлда токсикоз билан бирга 11—50% ҳолларда учрайди. Бу касалликда организмнинг нейрогуморал идора қилиш системаси ўзгаради, бу албатта ҳомилага таъсир этиши, унинг вазнини ошиб кетишига олиб келиши мумкин. Бинобарин, қандли диабет билан огриган оналардан туғилган болаларнинг касалманд бўлиши, бирон-бир аномалия билан тугилиши ёки она қорнидалик пайтида нобуд бўлиши кўпроқ учрайди. Тажрибалар шуни кўрсатдики, қандли диабетда ҳомилани 2—3 ҳафта олдин ёки ўз вақтида (вақтидан ўтказмай) туғдиришга ҳаракат қилиш керак.

Ҳомиладор аёлда юрак-қон томир касаллиги оғир кечиб, токсикозга қўшилиб келса, бу фақат онагагина таъсир этиб қолмай, ҳомилага ҳам салбий таъсир этади. Юрак-қон томир касаллиги кўпинча ревматизм натижасида келиб чиқиб, ҳомиладорлик даврида аёл организмда оғир клиник ўзгаришларга сабаб бўлади. Бунда моддалар алмашинувининг ҳамма турлари ўзгаради. Даволаш касалликнинг оғир ёки енгиллигига ва белгиларига қараб олиб борилади. Агар юрак-қон томир касаллиги оғир токсикоз билан бирга кечса ёки касаллик натижасида органик ўзгаришлар рўй берган бўлса, баъзан ҳомилани аборт қилишга ёки операция қилиб олишга тўғри келади.

Ревматизмнинг актив фазасида ҳомиладорларда ҳансираш, юрак уришининг тезлашиши, ҳароратнинг кўтарилиши, оёқ-қўл бўғимларида оғриқ кузатилиши мумкин.

Юракни текшириб кўрганда чегаралари катталашганлиги ва юрак ритми ўзгарганлиги маълум бўлади. Эшитиб кўрганда юракда систолик шовқин борлиги, тонларнинг сустлиги аниқланади. Қонда нейтрофил лейкоцитларнинг, гипохром анемия ва қон босимининг

пастлиги диагноз қўйишда катта роль ўйнайди. Юрак касалликларининг ҳамма турларида анамнезга эътибор бериш керак.

Юрак пороги ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган касалликлардан биридир. Юрак порогининг қуйидаги формаларида ҳомилани олиб ташлаш керак: 1) тез қайталовчи — рецидив формасида; 2) қон айланиш системасининг 2—3 даражали бузилишларида; 3) юракда комиссуротомия операцияси қилинганлигига икки йил ва ундан кам бўлган бўлса. Юрак клапанида, айрим вақтларда қайта торайиш (рестеноз) бўлганда ҳомила туғруқхонада терапевт маслаҳати билан аборт қилинади. Абортдан сўнг бемор албатта касалхонанинг терапия клиникасида ётиб даволаниши лозим. Юрак порогининг қуйидаги формаларида ҳомиладор бўлиш мутлақо мумкин эмас: 1) ревматизмнинг актив ва тез-тез қайталанувчи формасида, эндомиокардитда; 2) юрак клапанининг патологик ўзгаришларидан митрал стенози ва аортал порогиди; 3) юрак пороги митрал клапанининг 3—4—5 даражали торайишида; 4) туғма юрак пороги касалликларида; 5) ўткир миокардит, коронарит, тез-тез хуруж қилиб турувчи стенокардия касаллигида ва шу кабиларда.

Юрак-қон томир касалликлари унинг клиник формаларига, кечишига қараб даволанади. Касалликнинг профилактикаси ҳомиладорликдан олдин ангина, ревматизм, буйрак касалликлари ва бошқа мавжуд сурункали касалликларни даволашдан иборат.

Ҳомиладорлик вақтида учрайдиган камқонлик (анемия) оғир ҳисобланиб, аксарият кўп ва тез-тез туғадиган аёлларда учрайди. Аёл ҳомиладорликдан олдин анемия бўлиб ўтган ва тўла-тўқис даволанмаган, овқат режимига риоя қилмаган бўлса, камқонлик ҳомиладорлик вақтида қайталаниши ва оғир ўтиши мумкин. Камқон аёлдан туғилган бола ҳам анемияга мойил бўлади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўпинча гипохром анемия учрайди, чунки бу даврда она организмда темир моддаси кўп сарфланади. Камқонликнинг бу тури аксари кўп ва тез-тез туққан аёлларда учрайди ва туғруқ пайтида йўлдошнинг тушиши вақтида, илк чилла даврида 300-400 мл қон кетса ҳам аёлга ёмон таъсир этади. Шунинг учун қони кам бўлган ҳомиладор аёлларни туғруқдан олдин туғруқхонага ётқизиб даволанилади, турли профилактик чоралар қўрилади, яъни ҳомила

туғилгандан сўнг йўлдош тушиш даврида 1 мл метилэргометринни 20 мл 40% ли глюкоза билан бирга секин-аста қон томирига юборилади.

Анемия касаллигида ҳомиланинг чала ёки нуқсонли, ўлик туғилиши соғлом аёллардагига қараганда кўпроқ учрайди. Чунки бундай аёлларнинг организми турли инфекцияларга берилувчан бўлади. Ҳомиладорлик давридаги камқонликка комплекс даво қилиш оқсил препаратлари ва қоннинг умумий таркибига таъсир этувчи дорилар беришдан иборат.

ТОКСИКОЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Токсикоз касалликларининг профилактикаси ички касалликларни бартараф қилиш билан чамбарчас боғлиқ, шунинг учун ҳомиладор аёлнинг ҳомиладорликдан олдин қайси касаллик билан оғригани ва унинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаб, сўнг даволанади.

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмидаги токсикоз иккинчи ярмидаги токсикозга ўтиши мумкин. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида аёл врач маслаҳатига ва тўғри режимга риоя қилиши, даволаниши ва 8 соатдан кам ухламаслиги керак. Жисмоний ишларни меъёрида бажариш лозим, шу билан бирга ҳар хил руҳий изтироблардан сақланиш керак.

Ҳомиладор аёл бир кунда 100 г оқсил, 300-500 г углевод, 30—50 г ёғ истеъмол қилиши керак. Тузли овқатларни камроқ ейиши лозим. Витаминларга, айниқса аскорбин кислотасига бой мевалар берилади.

Токсикоз бўлган аёл одатда 3-4 йил бўйида бўлишдан сақланиши ва турли хил сурункали касалликлардан бутунлай даволаниши, шу билан бирга аёллар консултациясида «хавфли» гурппада туриши керак. Токсикоз касалликларининг олдини олиш мақсадида аёллар ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ҳар ойда бир марта, иккинчи ярмида ҳар ойда 2-3 марта врач кўригидан ўтиб туришлари керак. Агар нефропатиянинг бирон белгилари аниқланса, дарҳол туғруқхонага ётиб даволанишлари лозим.

Ҳомиладорлик даврида токсикоз асоратлари ривожланиши мумкин бўлган «хавфли» гурппага қуйидаги аёллар ҳисобга олинади: энг ёш (18 ёшгача) ва катта ёшда (27—28 дан юқори) биринчи туғувчилар; умумий ҳамда жинсий жиҳатдан тўла вояга етмаган аёллар ва кўп ҳомилали аёллар; ҳаддан ташқари семиз аёллар; шунингдек она ва ҳомиланинг резус фактори тўғри кел-

маганда, илгари гипертония, қанд, гипотония, пиелонефрит, ревматизм, юрак касалликлари бўлганда ҳамда нерв касаллиги, эндокрин безларининг ўзгариши (тухумдон ишлари бузилганда, буқоқ касаллиги кабилар), жигар ва ўт пуфаги касалликлари билан оғриган аёллар.

Хулоса қилиб айтганда, ҳамма ички касалликларни ҳомиладорликдан олдин, ҳомиладорлик вақтида ёки чилла даврида ҳар томонлама даволаш ҳомиладорликда, туғруқ ва туғруқдан сўнгги даврларда учрайдиган барча кўнгилсиз воқеаларнинг олдини олишга ёрдам беради.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ МУДДАТИДАН ОЛДИН ТЎХТАШИ

АБОРТЛАР

Аборт (бола ташлаш) ҳомиладорликнинг тўхташ муддатига қараб қуйидагиларга бўлинади: эрта бошланган аборт ҳомиладорликнинг 13—14-ҳафтасигача кечиккан аборт 28-ҳафтасигача содир бўлади. Абортнинг эрта ва кечиккан дейилишининг боиси шундаки, эрта бола тушганда йўлдош тўла етилмаганлиги учун ҳомила билан бирга тушади ва кучли қон кетишига сабаб бўлади. Кечикканда — кўп вақт худди одатдаги туғруқ процессидек, аввало ҳомила туғилиб, сўнг йўлдош бачадон деворидан ажралиб тушади, лекин бу ҳам аёлдан қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Ҳомиланинг тушиши келиб чиқиш сабабларига кўра сунъий (аёл хоҳиши ёки бирон-бир касаллик сабабли) аборт, ўз-ўзидан содир бўлган аборт ва аёлнинг ўзи бошқа кишилар ёрдамида тушириши—криминал аборт кабиларга бўлинади.

Сунъий аборт аёлнинг хоҳиши билан ёки медицина кўрсатмасига кўра туғруқхонада амалга оширилади.

Ихтиёрсиз ёки ўз-ўзидан содир бўлган аборт организмнинг умумий аҳволига, жинсий аъзоларнинг ҳолатига, ҳомила тухумидаги ўзгаришларга боғлиқ бўлади.

Боланинг ўз-ўзидан тушишига қуйидагилар: ўткир юқумли касалликлар (грипп, инфекцион гепатит), ревматизм, ангина, пневмония, пиелонефрит, аппендицит ва бошқа яллиғланиш касалликлари имкон беради. Яъни бу касалликларда микроб токсинлари ҳомилага ўтиб, уни нобуд қилади. Бунда аёл тана ҳароратининг кўтари-

лиши бачадон қон томирларига таъсир этиб, бачадонни қисқартиради. Хроник юқумли касалликлар (бруцеллёз, туберкулёз, сифилис ва бошқа сурункали ички касалликлар) да микроб токсинларининг организмга таъсири сабабли ворсинкалар томири ўзгариб, баъзан чуқур дистрофик ўзгаришларга олиб келади, натижада ҳомиланинг вақтидан илгари тушишига сабаб бўлади.

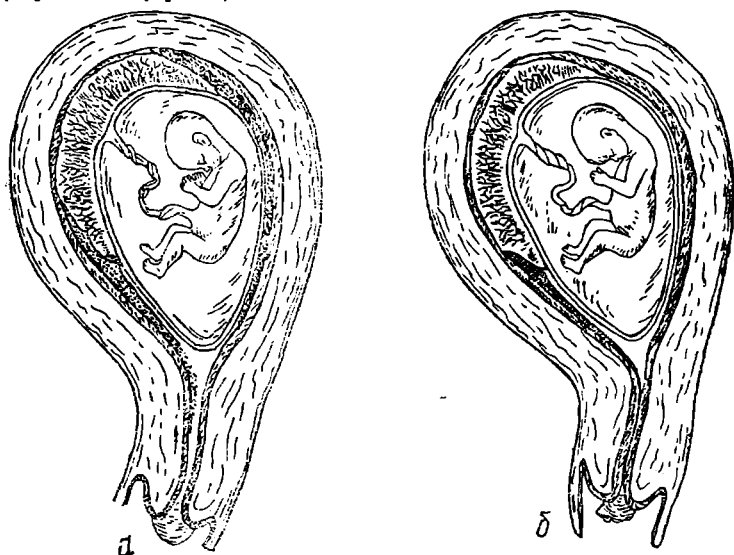
Қон системасида она билан ҳомила қонининг резус жиҳатдан бир-бирига тўғри келмаслиги ҳам ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишида муҳим роль ўйнайди. Она қони резус фактори манфий, ҳомила қони мусбат бўлса, ҳомила қонининг қизил қон таначалари (эритроцитлар) плацента томири орқали она қонига ўтиб, унда антигенолар ҳосил қилади. Бу антигенолар ўз навбатида яна ҳомила қонига ўтиб, гемолитик касалликнинг ҳар хил формаларини (гемолитик сариқ касаллиги, камқонлик, ҳомила шиши) юзага келтиради. Лекин бу касаллик қон резус фактори манфий бўлган ҳамма аёлларда учрайвермайди. Бундай аёлларда агар ёшлигида резус факторни ҳисобга олмай уларга қариндош-уруғларидан қон олиб укол қилинган (изогемотерапия) ёки томирига қон қуйилган бўлса, ҳомила ва она қони резус факторининг тўғри келмаслик аломатлари юзага келиб, ҳомила тушиши ёки ўлик туғилиши каби оғир асоратлар кузатилади.

Ички жиисий безларнинг функциясида: тухумдон ишининг етарли бўлмаслиги (гипофункция) бачадон мускуллари қисқаришини кучайтириб, ҳомиланинг тушишида катта роль ўйнайди. Моддалар алмашинувининг бузилиши руҳий, витаминларнинг етишмаслиги, ҳар хил асаб касаликлари ҳам ҳомиланинг тушишига сабаб бўлиши мумкин.

Бачадон нотўғри ёки етарлича ривожланмаган (инфантилизм) бўлса бачадон мускуллари яхши тараққий этмайди ва бачадон бўшлиғи жуда кичик бўлади. Бачадоннинг турли нуқсонларидан унинг икки шохли бўлиши, бачадоннинг орқага букланиши (ретрофлексия), бачадон ўсмалари, бачадон бўйнининг олдинги туғруқда йиртилиб, кейинчалик чандиқ қолдириши, бир ёки икки томонидан йиртилиши каби ўзгаришлар ҳам ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик вақтида аёл йиқилса, оғир юк кўтарса, тўсатдан шикастланса, баъзан қўпол жинсий алоқа қилниганда, қаттиқ руҳий эзилганда ёки қайғурганда ҳам ҳомила ўз-ўзидан тушиши мумкин.

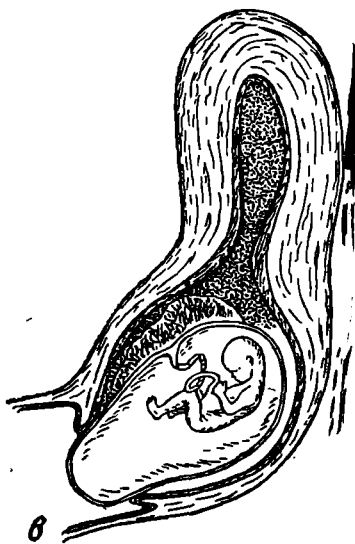
Ўз-ўзидан содир бўладиган аборт клиник кечишига жўра бир неча турда учрайди: хавфли аборт, бошланаётган аборт, жадаллашган аборт, чала ва тўлиқ абортлар (1-расмга қаранг).

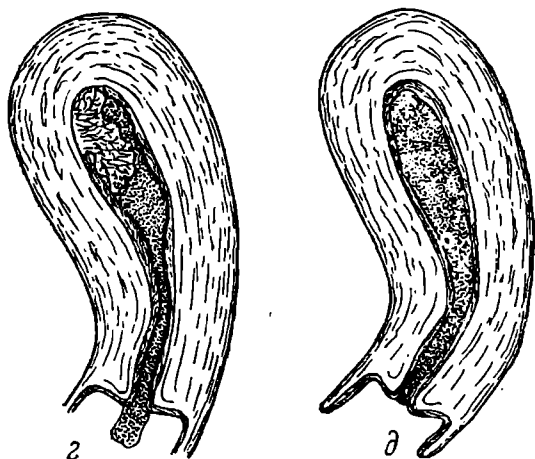


1-расм. Абортнинг турлари.

а — ҳомила тушиш хавфи; б — бошланган аборт; в — йўлдаги аборт; г, д — чала аборт.

Бундан ташқари, аборт клиник кечишига қараб инфекциясиз ва инфекцияли абортларга бўлинади. Агар ўз-ўзидан ҳомила ташлаш бир неча марта қайтарилса, бу одат бўлиб қолган аборт дейлиб, кўпинча бачадон ичида бирон-бир ўзгариш (шиллик қаватида тўсиқлар) ва жинсий аъзоларда сурункали яллиғланиш борлигидан дарак беради.





Ўз-ўзидан содир бўладиган абортнинг биринчи босқичида ҳомиладор аёл қорнининг пастида озроқ дардга ўхшаш оғриқ сезади. Бунда қин орқали текшириб кўрилганда бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри келиб, бачадон бироз қисқаради, аммо бачадон бўйнининг ташқи тешиги берк бўлади. Бундай ҳомиладорларни тезда туғруқхонага ётқизиб, тинч шароит яратиш ва керакли дори-дармонлар, бачадон қисқаришини пасайтирадиган (но-шпа 1—2 таблеткадан кунига 2—3 маҳал ичирилади), витамин Е (5% ли мойли эритмасини 1 мл дан мушак орасига ёки 1—2 капсуладан кунига 2—3 маҳал ичирилади), прогестерон (0,5 ёки 1% ли мойли эритмасидан мушак орасига юборилди) буюрилади. Ҳозирги пайтда прогестерон ўрнига синтетик прогестерон — туренал 1—2 таблеткадан кунига 2—3 маҳал ичишга берилмоқда, бу жуда яхши таъсир қилади. Агар ҳомила тушишининг сабаби резус факторларнинг келишмовчилигидан бўлса, ҳозирги даврда ҳар хил дорилар (десенсибилизация қилиш учун димедрол 0,05 г дан кунига 1—2 маҳал ичган, гемодез венага томчилатиб, витаминлардан С, В₁, В₆ ва бошқалар), аллопластика (эридан озгина тери олиб аёлга кўчириб ўтказиш) кенг қўлланилмоқда.

Ўз-ўзидан содир бўладиган абортнинг иккинчи босқичи ҳомила тушишининг бошланиши бўлиб, аёл оғриқдан ташқари жинсий органларидан бир оз қон келаёт-

танлигидан ҳам шикоят қилади. Қин орқали текшириб кўрилганда бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри келади, девори қисқара бошлайди, бачадон бўйни ташқи тешиги берк ёки панжа учичалик очиқ бўлиши мумкин. Абортнинг бу босқичида қон тўхтатадиган доридармонлар қилиш (викасол 0,015 г дан кунига 2—3 маҳал ичирилади ёки дицинондан 1 порошокдан ёки таблеткадан кунига 2—3 маҳал ёки шу дориларнинг 1% ли эритмасидан 2—3 мл мушак орасига юбориш) тавсия қилинади. Бемор қон кетиши тўхтаб, оғриқ тўхтагунча қимирламай ётиши лозим. Ўрнидан қачон туришига врач рухсат беради.

Абортнинг қолган учта босқичини (агар дастлабки тикки босқичи ўз вақтида етарлича даволанмаса, кейингиларига ўтади) фақат операция йўли билан, яъни бачадон шиллиқ қавати орқали ҳомиланинг қолган бўлакларини олиб ташлаш йўли билан даволанади. Чунки бу босқичлар аёлдан қон кетиши билан кечади. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, агар ҳомила уйда ёки йўлда (тез ёрдам машинасида) тушган бўлса, қон тўхтатиш чоралари билан бир қаторда қоқшолга қарши махсус зардоб ва анатоксин маълум схема бўйича юборилади. Қон кетиши натижасида камқонлик аломатлари мавжуд бўлса, албатта зарур миқдорда қон қуйиш керак.

Ўз-ўзидан бола ташлашнинг яна бир тури — ўсмай қолган ёки халқ орасида айтиладиган «ёпишган» ҳомиладир. Бундай ҳомила кўпгина сабабларга (бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши, тухумдондаги сариқ тана функциясининг сусайиши, ҳомила резуси билан она резуси ўртасидаги келишмовчилик, қанд касаллигининг оғир формаси, бруцеллёз токсоплазмоз, кўпинча буйрак усти бези фаолиятининг бузилиши ва бошқалар) кўра бачадон деворидан ажралиб, ўсишдан тўхтайдую, лекин бачадон мушакларининг яхши қисқармаслиги сабабли бачадон ичида анча вақтгача қолиб кетади. Бундан аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш лозим: ҳомиладорлик белгилари (кўнгил айланиши, аёл кўнглининг бирон нарсани тусаши ва бошқалар) йўқолиши, сут безларидан сут кела бошлаши, бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатидан кичикроқ бўлиши, ҳомила илгари қимирлаётган бўлса, қимирлаши тўхтаб, юрак ўриши тўхташи кабилар бундан аниқлашга ёрдам беради. Бундан ташқари ҳомиланинг она қорнида нобуд бўлган бўлмаганини биологик (Галли-Майнини) ёки иммунологик реакциялар ёрдамида ҳам аниқланади.

Ҳомила нобуд бўлганлигини аниқлагандан сўнг уни олиб ташлашга (агар 12 ҳафтагача бўлса) ёки туғдиришга (12 ҳафтадан юқори бўлса) ҳаракат қилиш керак. Чунки бундай ҳомила бачадон ичида узоқ қолса, она организмни заҳарлашидан ташқари тушиш аломатлари бошланиши билан аёлда қон ивимаслик, яъни коагулопатия асоратини юзага келтириши ва аёл ҳаётини хавф остида қолдириши мумкин. Шу сабабли, агар ҳомиладорда ҳомила ўсмай қолганига шубҳа туғилса, дарров уни туғруқхонага ётқизиб қон группаси, резус фактори, қон ивиш хусусиятлари, қон ва сийдиги умумий анализ қилиниши зарур. Нобуд бўлган ҳомилани туширишга тайёргарлик кўришда аёлда камқонлик бўлса, қон қуйиш ва бачадон мушакларининг қисқариш фаолиятини ошириш учун витамин-гормон-кальций-глюкоза дорилар комплексини 3—5 кун давомида бериш, шу кунлар ичида викасол (0,015 г дан) ва аскорутин (1 порошокдан кунига 3 маҳал) ичирилади. Агар бачадон ҳажми 12 ҳафталик ҳомиладорликча бўлса, бачадон бўйни каналини кенгайтирувчи асбоблар ёрдамида кенгайтириб, сўнг вакуум-сўргич билан ёки махсус қирғичлар билан ҳомила олиб ташланади. Ҳомила муддати 12—13 ҳафтадан катта бўлса, 3—5 кун давомида дорилар комплекс ёрдамида бачадон ва унинг бўйини тайёрлаб, олиб ташланади. Штейн-Курдиновский усули (мушак орасига 0,2 мл питуитрин укол қилинади ва ҳар 30 минутда, 0,15 г дан хинин ичирилади, бунда уколни 4—5 марта хинин 5—6 мартага етказилади) билан дард қўзғатилади ёки бўлмаса, окситоцин-глюкоза аралашмасини (1 мл окситоцинни 5% ли глюкозанини 500 мл га қўшиб) 10—12 томчидан ҳар 5 минутда томчилар сонини 5 тадан кўпайтириб, умумий томчилар сонини 40 тагача етказиш йўли билан ҳам дардни қўзғатиш мумкин. Шунини ҳам айтиш керакки, ҳомила муддати кам бўлган тақдирда ҳам дард қўзғатилиб, ҳомила тушгандан сўнг албатта бачадон шиллиқ қаватини вакуум-сўргич ёрдамида тозалаш ёки махсус қирғич билан қириш, коагулопатик қон кетишнинг олдини олиш учун аёл қон томирига 10—20 г контрикал ёки 10—20 мл гордоксини 300—400 мл физиологик эритмада томчилатиб юбориш керак. Бу қон ивиш хусусиятига ижобий таъсир қилади. Бундан ташқари, бундай операцияга тайёрланишда кераклича бир хил группа ва резус факторли қон ва қоннинг ивишида қатнашадиган актив моддалардан

фибриноген, агар у бўлмаса, қон плазмаси тайёрлашни ҳам эсдан чиқармаслик керак.

Бундай огир асоратни бошидан кечирган аёлга бир йилгача ҳомиладор бўлмаслик, ҳамма вақт аёллар консултацияси врач нazorатида туриши маслаҳат берилади. Консултацияда эса бундай аёллар ҳар томонлама текширилиб, ҳомила нобуд бўлиш сабаблари аниқланади ва улар махсус «хавфли» гурппада ҳисобда турадилар.

Ҳомила тушишн 2—3 ва кўп кун давом этса, бачадон ичига микроблар кириши ва ҳомиланинг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин. Бунн инфекцияли аборт дейилади. Унинг клиникаси бемор организмда инфекциянинг тарқалиш даражасига, инфекциянинг юқумлилигига (вирулентлик), бемор организмнинг инфекцияга қарши курашиш кучига боғлиқ. Бундай инфекция кўпинча аёл ноқонуний (криминал) йўл билан (кўпроқ медицина муассасасидан ташқарида ва медик бўлмаган кишилар ёрдамида) ҳомила туширганда бачадонга тушади. Бундай инфекциялар ҳар хил (кўпинча стафилококк, стрептококк, ичак таёқчалари ва бошқалар) бўлиши мумкин.

Инфекциянинг тарқалишига қараб қуйидагилар фарқ қилинади: Клиник жиҳатдан асоратсиз аборт, бунда инфекция ҳомила ва бачадон шиллиқ қаватини зарарлайди. Қин орқали аёлни кўрилганда бачадон ва унинг ортиқларида оғриқ сезилмайди.

Асоратли аборт, бунда инфекция кичик чаноқ органларини зарарлайди. Абортнинг бу босқичида инфекция лимфа қон томирлари ёки бачадон найлари орқали организмга тарқалиб, бачадон ортиқлари (найлари ва тухумдонлари)ни, бачадон атрофидаги клетчаткаларни, кичик чаноқ соҳаси пардасини яллиғлантириб, у ерда йиринг тўпланишига олиб келиши мумкин. Бунда беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Ҳарорати кўтарилиб, юрак томирлари фаолияти бузилади ва қонида йиринг, яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоцитлар сони кўпайиб, СОЭ тезлашади) кузатилади.

Септик аборт, яъни инфекциянинг бутун организмга тарқалиши. Бунда беморнинг аҳволи баттароқ оғирлашиб, уйқуси бузилади, оғзи қуруқшайди, тана ҳарорати баланд бўлиб, қалтирайди, томир уриши тезлашади. Баъзан ўпкаларда, буйракларда ва бошқа органларда йирингли яллиғланишлар, томирлар яллиғланиши (тромбофлебит) юзага келади.

Инфекцияли абортнинг энг оғир кечиши септик

шокдир. Бунда бемор тана ҳарорати бирданига 36° ва ундан ҳам пасайиб кетади, қаттиқ терлайди, ранги оқаради, томир уриши 120 ва ундан ҳам тезлашади, беморнинг аҳволи ниҳоятда оғирлашади, юрак ва буйрақлар фаолияти бузилиб, нафас олиши тезлашади.

Даволаш усуллари. Клиник кечиши асоратсиз инфекцияли абортни операция йўли билан, яъни (бу кўпинча ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасигача учраганлиги учун) бачадон бўйни каналини Гегар кегайтиргичлари ёрдамида кенгайтириб, вакуум-сўргич ёки махсус қирғичлар билан ҳомила ва унинг қисмларини олиб ташлаш, сўнгра ҳар хил дори-дармонлар — антибиотик, сульфаниламид, бачадон мускулини қисқартирувчи ва бошқа дорилар бериш йўли билан даволанади.

Асоратли, яъни инфекция бачадон ва бошқа чаноқ органларини зарарлаган босқичида олдин бир неча кун антибиотиклар, сульфаниламид ва дезинтоксикацион дорилар (1,5—2 л гача суюқлик, қон плазмаси ва бошқа оқсил моддалар) берилгандан кейин тана ҳарорати нормаллашиб, бемор умумий аҳволи бир мунча яхшилангандан бошлаб 2—3 кундан сўнг, ҳомила операция йўли билан олиб ташланади ва умумий яллиғланишга қарши даво давом эттирилади.

Септик аборт ва септик шокни даволаш анча оғир бўлиб, бунда беморга бир вақтда 2—3 хил ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган антибиотиклар (ампициллиннинг натрийли тузини 500 мг дан ҳар 4—6 соатда мушак орасига ёки қон томирига ёхуд шунчадан ампиокс мушак орасига, цефопин ёки кефзолни 1 г дан ҳар 6 соатда қон томирига ёки мушак орасига, канамицинни 0,5 г дан ҳар 8—12 соатда мушак орасига юбориш ва бошқалар), сульфамидлардан (норсульфазол ёки сульфадимезин 1 г дан кунига 4 маҳал ичгани, 5 ёки 10 мл 10% ли этазолдан қон томирига укол қилиш ва бошқалар), суткасига 2—2,5 литргача суюқликлар (200 мл қон плазмаси, 400 мл реополиглюкин, 200—400 мл гемодез, 200 мл протеин ёки альбумин, 400 мл аминол ёки желатиноль, 500 мл 5% ли глюкоза эритмаси ва бошқалар), десенсибиловчи (1% ли димедролдан 1—2 мл мушак орасига ёки қон томирига), сийдик ажралишини кучайтирувчи (2 мл лазекс қон томирига ёки мушак орасига кунига 2—3 маҳал, манитол ёки маннитни 15% ли эритмасидан 200—400 мл қон томирига томчилатиб), юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар (0,05% ли строфантиннинг 0,5—0,6 мл ёки 0,06% ли ёки корглюконнинг 0,5—

0,6 мл ни 40%ли глюкозанинг 20 мл и билан қон тсми-
рига, сульфокамфокаиндан 2 мл ни мушак орасига) мунтазам бериб борилса, бу бемор аҳволининг яхшила-
нишига ёрдам беради. Шунини айтиб ўтиш керакки, агар бачадондан кўп қон кетаётган бўлса, тана ҳарорати юқори бўлишига қарамай, бачадон шиллиқ қаватини махсус қирғичлар ёрдамида қириб, ҳомила қолдиқлари-
ни олиб ташлаш ҳам қон кетишини тўхтатиши мумкин. Бу аёл ҳаётини сақлаб қолиш учун қилинадиган тадбир-
лардан биридир.

Ўз-ўзидан содир бўладиган абортнинг олдини олиш учун кўрсатиб ўтилган касалликларни ўз вақтида даво-
лаш, қизларни ёшлигидан чиниқтириш, сифатли овқат-
ланиш, сунъий аборт қилдирмаслик, ҳомиладорликнинг олдини олувчи воситалардан тўла фойдаланиш зарур.

Бола ташлаш одат бўлиб қолган аёлларни консуль-
тацияларда махсус «хавфли» гурппага олиб, уларни ҳар томонлама текшириш, касалликларини аниқлаб даволаш, бачадон бўйни йиртиқларини вақтида тикиш керак.

Агар ҳомиладор аёл ҳомила тушиш хавфи белгилари билан мурожаат қилса, туғруқхонага ётқизиш ва ҳар томонлама даволаш керак.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Уруғланган тухум ҳужайра одатда бачадон найи орқали бачадон бўшлиғига тушиб, унинг тана қисми шиллиқ қаватига ўрнашади ва шу жойда ривожлана бошлайди. У бачадондан ташқарига пайвандланса, бачадондан ташқари ҳомиладорлик юзага келади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик аёл ҳаётини хавф остида қолдирадиган оғир касалликдир. Ҳомила бачадондан ташқарида ўрнашганда унинг ўсиб ривож-
ланиши учун етарли шароит йўқлигидан у ўзи ўрнашган органни емиради, қон томирлари бузилиб, аёл қорин бўшлиғига кўп миқдорда қон оқади. Оқаётган қоннинг шу ерда тўпланиши эса аёл ҳаётини хавф остида қол-
диради, натижада геморрагик шок рўй бериши, зудлик билан медицина ёрдами кўрсатишни талаб қилади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг асосий кли-
ник белгиларини ўрта медицина ходимлари, акушерка ва фельдшер-акушерларнинг билиб қўйишлари жуда муҳим. Чунки улар бундай оғир асорат билан касаллан-
ган аёлларни ўз вақтида врачга юбориб, уларнинг ҳаёти-
ни сақлаб қолишда ўз ҳиссаларини қўшган бўладилар.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик 5—8% ҳолларда учрайди. Айрим вақтларда уруғланган тухум ҳужайра найга, тухумдонга, қорин пардасига ва қорин бўшлиғидаги турли органларга пайвандланиши мумкин. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик кўпинча бачадон найида жойлашади.

Ҳомила бачадон найининг ҳар хил жойида: ампуляр, истмик ва интерстициал (яъни бачадон деворига кириб турган) қисмларида жойлашиши мумкин. Найининг истмик (ўрта) қисмида ҳомила кўпроқ (49,6%), ампуляр қисмида озроқ (40,3%), интерстициал қисмида энг кам (9,45%) учрайди (И. М. Грязнова, 1980).

- Кўпинча бачадон найининг сурункали яллиғланиши найдаги ҳомиладорликка сабаб бўлади. Яллиғланиш натижасида бачадон найи деворларининг шиллиқ қавати бир-бирига ёпишиб қолишидан ташқари, унинг бўшлиғи тораяди ҳамда найининг қисқариш қобиляти сустлашади. Натижада уруғланган тухум ҳужайра бачадонга ўта олмайди ёки ўтишга улгурмай, най шиллиғига ёпишади ва шу жойда тараққий эта бошлайди. Бундай аёлларнинг ҳаёт тарзи текширилганда улар илгари сунъий аборт қилдирган, ўз-ўзидан бола ташлаган, бирламчи ёки иккиламчи бефарзанд, умумий организми ёки жинсий органлари чала ривожланган (инфантилизм) бўлиб чиқади. Кўрсатилган асоратлардан бири бачадондан ташқари ҳомиладорликка сабаб бўлиш мумкин. Инфантилизмда эса най кўпинча тор, ҳаддан ташқари узун ҳамда эгри-бугри, мускул қавати ёмон тараққий этган бўлади, натижада найининг қисқариши кучсиз ёки умуман бузилган бўлиши мумкин.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА УНИ АНИҚЛАШ ЙУЛЛАРИ

Бачадондан ташқари ҳомиладорликда ҳам аёл организмда нормал ҳомиладорликда рўй берадиган ўзгаришлар бўлиши мумкин. Аёл ўзини ҳомиладор деб билади, кўпинча ҳайз кўриш тўхтайдди. Сут безлари катталашади, овқатни танлаб ейди, нордон, шўртанг, аччиқ нарсаларни кўнгли тусайди. Айрим вақтларда токсикознинг биринчи ярида учрайдиган (кўнгил айниш, қусиш ва бошқа) белгилар кузатилиши мумкин. Аёлнинг жинсий органларини (махсус кўзгу ва қин орқали) текширганда қин девори, бачадон бўйнининг кўкимтир тус (цианоз) олгани кузатилади. Бачадон катталашади ва юмшоқроқ

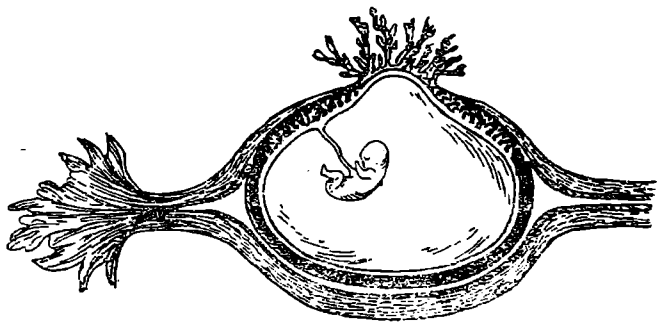
бўлиб қолади. Бачадон шиллиқ қаватида ҳомиладорликка хос морфологик ўзгариш, яъни децидуал ҳужайралар ҳосил бўлади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг клиникаси жуда хилма-хил ва қуйидаги ҳолатларга боғлиқ: бундай ҳомиладорлик ривожланиш пайтими ёки ривожланишдан тўхтаганми, энг аввало шуларни аниқлаш лозим. Агар ривожланишдан тўхтаган бўлса, най ёрилиши натижасида ёки найда аборт рўй берганми? Буларнинг ҳаммаси бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг клиник кечишини ва бу касалликни аниқлашга ҳар томонлама ёрдам беради.

Найда ҳомила тухумининг ўсиши учун бачадондаги каби қулай шароитлар йўқ. Найнинг шиллиқ ва мускул қавати жуда юпқа, ҳомила тухумининг ўсиши учун мослашмаган.

Усаётган ҳомила тухумининг умумий ҳажми аста-секин катталашади ва юпқалашиб қолган най деворини тезда емиради ҳамда ҳомила ўрнашган най ёрилади ёки найдаги аборт типига ҳомила ўсишдан тўхтайтиди.

Ҳомилали найнинг ёрилиб кетишида қандай клиник белгилар кузатилади? (2-расм).



2-расм. Бачадон найдаги ҳомиладорликнинг бузилиши.

Ўзида ҳомиладорлик белгиларини кузатиб юрган аёл бирданга қорнининг пастида (ўнг ёки чап ёнбошида) пичоқ санчгандек қаттиқ оғриқ сезади. У орқа ичакка, бел ёки оёққа тарқалади. Кўпинча аёл қисқа муддат хушидан кетади: «беҳузурлик» сезади. Кўнгли айниб, қайт қилади. Аёлнинг ранги оқаради, кўз қорачиғи кенгаяди, юзини совуқ тер босади. Аёлнинг ҳарорати кўтарилмаса ҳам томири тез-тез уради, қон босими пасаяди.

Қорнини текширилганда бемор ўзини авайлаб нафас олаётгани аниқланади, қорни бир оз дам бўлади. Қоринни ушлаб кўрилганда унинг пастида кучли оғриқ сезади ва Шчеткин — Блюмберг симптоми аниқланади.

Ҳомилали най ёрилганда қорин бўшлиғига кўп қон кетиши натижасида геморрагик шок юзага келиб, ўткир камқонлик белгилари яққол кўзга ташланади. Қасалликни аниқлаш учун аёл қин орқали текширилади.

Бунда бачадон бўйни бир оз юмшаб, сал катталашганлигини кўриш мумкин. Кучли оғриқ борлиги натижасида қорин девори таранглашиши туфайли текшириш вақтида кўпинча бачадон ортиқларини алоҳида аниқлаш қийин бўлади. Ён гумбазлардан бири орқали қўлга чегараси ноаниқ хамирсимон юмшоқ, оғриқли шиш уннайди.

Қиннинг орқа гумбазини пайпаслаб кўрилганда аёл кучли оғриқ сезади. Бу белги «Дуглас оғриғи» дейилади.

Ҳомила найнинг кенгроқ ампуляр қисмида жойлашганда аёлнинг ўнг ёки чап ёнбоши тўсатдан ёки аста-секин тутиб-тутиб оғрийди, бу оғриқ най ёрилгандаги каби кучли бўлмайди. Вақти-вақти билан бемор ўзини яхши ҳис қилиши мумкин. Аёл аҳволини томир уришнинг тезлашиши ва қон босимининг ошишидан, умумий аҳволига қараб библиб олиш мумкин. Қорин бўшлиғига қанчалик кўп қон қуйилса, найдаги аборт клиникаси найнинг ёрилиш клиникасига шунчалик яқин бўлади, аксинча, қон қанчалик кам кетса, клиник белгилар ва касалликни аниқлаш шунчалик қийинлашади.

Найдаги ҳомиладорликнинг аборт типидagi тўхташини аниқлаш баъзи вақтларда анча қийинчилик туғдиради. Найдаги абортни бачадондаги абортдан фарқлаш учун 1-жадвалга қаранг.

Бачадон ортиғида яллиғланиш процесси бор аёллар-

1-жа д в а л

Найдаги аборт	Бачадондаги аборт
1. Найдаги ҳомиладорлик кўп ҳолларда эрта (4 ва 6-ҳафта ўртасида) бузилади.	Бачадондаги ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан бузилиши кўп ҳолларда кечроқ (8-ва 12-ҳафта ўртасида) рўй беради

Найдаги аборт	Бачадондаги аборт
2. Асосан қорин пастининг ўнг ёки чап соҳаларидан бири огрийди ва аввал узоқ давомли бўлади, кейин тутиб-тутиб огрийди. Оғриқ тўсатдан бошланади, шок, коллапс, ҳушдан кетиш каби ҳоллар билан характерланади.	Оғриқ асосан қорин пастидан ва думгаза соҳасида сезилиб, тутиб-тутиб огрийди
3. Қиндан озгина қон аралаш жигар ранг суюқлик, баъзан бачадон шиллиқ пардаси кўчиб чиқиши мумкин. Одатда олдин оғриқ пайдо бўлиб, кейин қиндан қон аралаш суюқлик чиқади.	Ташқарига жуда кўп қон оқади, қон кўпинча қизил-лахта-лахта бўлиб тушади. Оғриқ пайдо бўлишидан олдин қон оқади, лахта-лахта оқса оғриқ кучли бўлади
4. Камқонлик даражаси ажраладиган қон миқдорига мос келмайди	Камқонлик даражаси ташқарига оқиб чиққан қон миқдорига мос келади
5. Децидуал парданнинг бутунлай ёки майда бўлакча ҳолида кўчиши кузатилади. Ажралган тўқимани стакандаги сувга солиб ёруғга тутиб қаралса ворсинкалар кўринмайди.	Плацента бўлақларининг кўчиши кузатилади, уни стакандаги сувга солиб, ёруғга тутиб, оддий кўз билан қаралса, ворсинкалар кўринади
6. Бачадон катталашиб нок шаклини олади, лекин катталашиб ҳайз кўриш тўхтаган муддатга тўлиқ мос келмайди, яъни кичик бўлади. Бачадон бўйнининг ташқи тешиги ёпик бўлади	Бачадоннинг катталлиги ҳайзнинг тўхташ муддатига мос келади. Бачадон шарсимон бўлади. Ҳомила бачадон деворидан кўчиб, бачадон бўйнига тушганда бачадон бўйни баллон шаклини олади, бачадон танаси эса унинг устида кичикроқ «шапкача» кўринишида жойлашади. Бачадон бўйнининг ташқи тешиги сал очик бўлиб, панжа учини киргизса бўлади

1. Л. С. Персианинов. Акушерский семинар. Тошкент, 1973, 175-бет

да (айниқса сурункали яллиғланиш зўрайган босқичида) найдаги абортда намоён бўладиган белгилар: огриқ, хайз кўриш циклининг бузилиши, тухумдон функциясининг издан чиқиши натижасида қиндан қон аралаш суюқлик ажралиши, аёлни қин орқали кўрилганда эса бачадон ортиғининг катталашиши ва бошқа белгилар бўлиши мумкин.

Найдаги аборт билан бачадон ортиғи яллиғланишининг авж олишидаги симптомлар бир хил бўлиши бу касалликларни тўғри аниқлашда қийинчиликлар туғдиради.

Бачадон ортиқларининг яллиғланиши унга қарши дори-дармонлар билан 8—10 кун давомида даволашни талаб қилади. Агар даволаш давомида огриқ пасайса, аёл ўзини яхши ҳис қилса, бу аёлда бачадондан ташқари ҳомиладорлик йўқлигидан дарак беради. Даволаш давомида аёл яна 1—2 марта қин орқали кўрилади ва юқорида кўрсатилганлардан ташқари, бачадон ортиғи соҳасида топилган шишнинг кичрайганлиги маълум бўлади. Бунда олиб бориладиган давони давом эттириш керак.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликни лаборатория йўли билан аниқлаш усуллари.

Ҳомиладорликни аниқлаш учун ҳозирги даврда биологик реакциялардан кўл бақаларининг эркагида қилинган тажриба кенг тарқалган. Биологик реакцияни врачдан ташқари микроскоп билан ишлашни билган ҳар бир акушерка ҳам қўйиши мумкин. Бунинг учун кўрсатилган бақани олиб олдин пипетка ёрдамида орқа чиқарув тешигидан (клоакасидан) суртма тайёрлаб, микроскопда ўртача катталиқда кўрилади, агар эркаклик уруғи (сперматозоид) бўлмаса, унда ҳомиладор деб гумон қилинган аёлнинг наҳорги сийдигидан 2 мл ни шу бақанинг териси остига шприц орқали юборилади, ундан икки соат ўтгандан сўнг бақанинг яна клоакасидан суртма олиб, буюм шишасида микроскопда кўрилади, агар сперматозоид топилса, демак аёлда ҳомиладорлик борлигини кўрсатади, лекин ҳомила қаердалигини бу анализ кўрсатмайди. Агар биологик реакция манфий чиқса, уни яна 3—4 кундан сўнг қайтариш мумкин.

Касалликни аниқлаш қийин бўлган тақдирда қиннинг орқа гумбази соҳаси орқали махсус узун игна ёрдамида пункция қилиш мумкин. Бунда агар ҳомиладор аёлнинг бачадон найи ёрилган бўлса; шприцга қон тортиб олиш мумкин. Бунинг врач бажаради.

Қин орқали гумбазни пункция қилиш фақат ёрдамчи диагностик усул ҳисобланади. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик кўпгина клиник белгилар йиғиндисига қараб ва айрим ҳолларда беморни динамик кузатиш натижасида олинган далилларга асосланиб аниқланади. Агар пункцияда қон чиқмаса, бу бачадондан ташқари ҳомиладорлик йўқлигидан тўла далолат бермайди. Шунинг учун аёлга яллиғланиш процессига қарши доридармонлар бериб, бир ҳафтадан сўнг пункцияни қайтариш мумкин.

Сўнгги йилларда бачадондан ташқари ҳомиладорлик ноаниқ бўлган ҳолларда эндоскопик (лапароскопия ва кульдоскопия) ва ультратовуш аппаратлари ёрдамида текшириш методлари қўлланилмоқда.

Эндоскопик аппарат ёрдамида текширишда қорин бўшлиғига оптик системали трубкани киритиб, ундаги ҳамда жинсий аъзолардаги ўзгаришларни кўриш мумкин. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни бошқа касалликлардан тафовут (диагностикаси) 2-жадвалда берилган.

Акушерка ва акушер-фельдшер бу жадвалдан тўла фойдаланиши лозим.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг кам учрайдиган формаларидан бири — бачадоннинг қўшимча шохидagi, тухумдондаги ва қорин бўшлиғи ва бошқа органларидagi ҳомиладорликдир. Қорин бўшлиғининг ҳар хил органларига ўрнашган ҳомиладорлик бирламчи ва иккиламчи бўлиб, ҳомила тухуми қорин бўшлиғидаги бирор органга пайвандланиб олади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бундай кам учрайдиган турлари кўпинча операция вақтида аниқланади.

Бачадоннинг қўшимча шохидagi ҳомиладорлик бузилганда кўпинча бачадон ёрилиб, қорин бўшлиғига кўп қон қуйилади ва тезда геморрагик шок ҳолатини юзага келтиради.

Ҳомиладорлик бачадоннинг қўшимча шохидa бўлганда шу шох олиб ташланади. Ҳомиладорлик тухумдонда ёки қорин бўшлиғидаги бирон органда бўлса, айниқса бунга анча вақт бўлган бўлса, аёл қориннинг қаттиқ оғришидан шикоят қилади, ҳомила қимирлаганда ва қорин девор орқали кўрилганда унинг қўл-оёқлари ва боши худди қорин девори остида тургандек сезилади ҳамда қўлга уннайди.

Ҳомиладорликнинг бачадон найида бўлгандаги каби бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бу турларида

ҳам даволаш фақат операция йўли билан, яъни қорин бўшлиғини очиб, бачадондан ташқари жойлашган ҳомилани олиб ташлаш, қон кетишини тўхтатишдан иборат.

Баъзан эса ҳомила жойлашган орган — ичак, жигар, қора талоқ, тухумдон ва бошқаларнинг бир қисmini олиб ташлашга ҳам тўғри келади.

Бу операцияни юқори малакали врач қилиши керак, чунки техник томондан кўп мураккабликлар содир бўлиши мумкин.

Тухумдондан қон кетиши кўпинча аппендицит хуружини эслатади. Тухумдондан қон кетиши билан аппендицит ўртасидаги тафовутни аниқлаш аҳамияти жуда каттадир. Чунки, агар кўричак бўлса, уни олиб ташлаш учун қорин деворини қориннинг пасти ва ўнг томонидан қийшиқ қилиб кесилса, тухумдон ёрилиб, қоринга қон кетганда қовуқ устидан кўндаланг ёки киндик пастидан узунасига кесиш мумкин. Қасалликнинг иккала турида ҳам операция қанчалик тез ўтказилса, бемор учун оқибати шунчалик яхши бўлади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликка гумон қилинганда, қасалликни аниқлаш ва керакли даво чораларини кўриш учун аёлни, албатта туғруқхонага ётқизиш ва агар гумон аниқланган ҳамма ҳолларда уни дарҳол операция қилиб, бачадон ташқарисидаги ҳомилани олиб ташлаш ва қон кетишини тўхтатиб, етарлича қон қуйиш зарур. Қасалхонанинг операция хонасида керакли стерилланган асбоблар, материал, халат ва бошқа нарсалар ҳамма вақт тайёр туриши керак.

Кўп ҳолларда бачадондан ташқари ҳомиладорлик оқибатида қоринни ёриб операция қилишда умумий наркоз қўлланади ва фақат камдан-кам ҳоллардагина маҳаллий инфилтрацион анестезия билан ўтказилади.

Найдаги ҳомиладорликда операциянинг моҳияти қоринни ёриб, найни ҳомиласи билан олиб ташлашдан иборат. Най олиб ташлангач, қорин бўшлиғини кўздан кечириб, қон қуйқалари ва лаҳталарини қолдирмасдан олиб ташлаш керак. Бачадоннинг иккинчи ортиғи ва кўричакни албатта кўздан кечириш керак. Бачадоннинг иккинчи найининг ўтказувчанлигини текшириш керак. Бунинг учун 0,5% ли новокаин эритмасидан 10 мл ни шприцга олиб, найнинг ампуляр қисмидан бачадон танаси томонга қараб юборилади ва унинг ўтказиш ёки ўтказмаслиги аниқланади. Операция охирида қорин девори қаватма-қават тикилади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик тўсатдан тўхта-

ган ҳолларда қорин бўшлиғида янги, яқиндагина (ҳали 24 соатдан кўп бўлмаган) қуйилган қон бўлади, уни олиб бемор венасига (аутоинфузия) қуйиш мумкин. Консервланган қон йўқ бўлиб, бемор аҳволи оғир бўлган ҳолларда юқоридаги усул айниқса мақсадга мувофиқдир.

Қорин бўшлиғидан қон қуйидаги тартибда олинади. Қорин пардаси кичикроқ қилиб кесилади. Унинг четига 4 та қисқич қўйилади ва қорин пардаси кўтарилади. Қорин бўшлиғидаги қонни катта қошиқ билан олиб, 4% ли натрий цитрат эритмасига ҳўлланган 6-8 қават стерил докадан сузиб, стерилланган идишга йиғилади. Кейин бу қон бемор венасига томчилатиб юборилади. Қонни бу тарзда қуйишда унинг группаси ва мос келиш-келмаслигини аниқлашнинг ҳожати йўқ, резус-конфликт бўлмайди, бунда кўп миқдорда консервланган қон тежаб қолинади.

Бу усулда организмда касаллик белгилари бўлмагандагина қорин бўшлиғидан олинган қонни қайтариб қуйиш мумкин, акс ҳолда қон инфекцияланган бўлиши мумкин.

Айтиб ўтганимиздек, бачадондан ташқари ҳомиладорлик сабабларидан кўпи яллиғланиш процессига тўғри келар экан. Аёлларда операциядан сўнг кейинчалик учраши мумкин бўлган иккиламчи бефарзандликнинг олдини олиш ҳам катта аҳамиятга эгадир. Бефарзандликнинг олдини олиш (И. М. Грязнова, 1980) қанчалик вақтли бошланса, нафи шунчалик юқори бўлади. Бунинг учун операциядан 5—7 кун ўтгач, 0,5 ли новокаин, лидаза, бирон-бир антибиотик ва гидрокортизон (ёки преднизолон) лардан иборат аралашма билан гидротубация қилиш (бачадон бўйни орқали найларга махсус шприц ёрдамида суюқлик юбориш) керак. Бу методни аёл қорни пастига физиотерапиянинг ҳар хил усуллари ишлатиш (УВЧ, ультратовуш, ҳар хил дориларни электрофорез ёрдамида юбориш ва бошқалар) билан бирга олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Гидротубациянинг бир курси 4—5 марта қилиниб, ҳаммаси бўлиб 3 курс (ҳар 2 ойда ҳайз циклининг биринчи фазасида) олиб борилади. 3 курс олиб борилгандан 5—6 ой ўтгач, аёл санатория-курорт шароитида даволанса, бу дарддан тез халос бўлади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик оқибатида қилинган операциядан кейин ҳар бир аёл консултацияга қатнаб, яллиғланишга қарши даволаш муолажалари олиши ва «хавфли» группда туриши керак, чунки бун-

дай аёл врачдан керакли маслаҳатлар (1,5—2 йил давомида ҳомиладорликдан муҳофаза қилиш учун нималар қилиши; ҳомиладор бўлган тақдирда аёл ўзини қандай гутиши, нималарга риоя қилиши кабилар) олиб туриши зарур.

ИЎЛДОШ (ЕЛБЎҒОЗ) КАСАЛЛИГИ

Елбўғоз (пузырный занос) ҳомила тухуми ворсинкасининг ўзига хос касаллиги бўлиб, хорион ворсинкалари айниб, тиниқ суяқликка тўла катта-кичик ҳар хил ҳисобсиз пуфакчаларга айланиши билан характерланади.

Ворсинкаларни қоплаган эпителий ҳужайралари патологик ўзгаришга учраб, ҳужайра элементлари йўқолади. Ворсинкалар ҳаддан ташқари ўсиб, айрим ҳолларда бачадон мускуллари орасигача кириши мумкин, баъзан эса унинг деворини емириб, қорин бўшлиғига тешиб ўтади. Бу формасини емирувчи (деструктив) елбўғоз деб ҳам айтилади.

Бу ҳолатда аёлда ички қон кетиши натижасида ўткир камқонлик белгиларини кузатиш мумкин.

Елбўғоз кўпинча қандай аёлларда бўлади? Бу касаллик кўп ва тез-тез туққан аёлларда биринчи туғувчи аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди. Ҳомила ўз-ўзидан тушганда ҳомила бўлакчалари (йўлдош) нинг парчалари бачадон шиллиқ қаватида қолганда ҳам елбўғоз ривожланиши мумкин. Баъзан тараққий этаётган ҳомила ҳам елбўғозга учраши мумкин.

Кўпинча хорион ворсинкалари ҳомиладорликнинг бошиданоқ, яъни унинг кичкина даврида касалланса хорионнинг бутун юзаси ворсинкалари елбўғозга айланиши мумкин. Унда пушт ўлади. Елбўғознинг бу формаси тўлиқ елбўғоз дейилади. Касаллик ҳомила анча катта бўлиб қолганида бошланса, унда йўлдошнинг озроқ қисмидаги хорион ворсинкаларигина елбўғозга учраши мумкин, бунга чала елбўғоз дейилади. Йўлдошнинг озроқ бўлаги елбўғоз билан зарарланганда ҳомила баъзан нормал ривожланиб, тирик туғилиши мумкин, бу ҳолат тажрибада жуда кам учрайди. Йўлдошнинг бундай касалликка учраганлигини йўлдош туғилгандан кейин унинг бир қисмида пуфакчалар борлигидан билиш мумкин.

Елбўғозда одатда, тухумдонда ҳам ўзгариш кузатилади, унда шиш (киста) ҳосил бўлади, елбўғоз олиб ташлангандан сўнг шиш ҳам ўз-ўзидан йўқолиб кетиши

мумкин. Бу касалликда хорион ворсинкалари жуда кўп миқдорда хорион гонадотропин гормонини ишлаб чиқаради, унинг миқдори нормал ҳомиладорликка қараганда бир неча бор юқори бўлади.

Елбўғознинг клиник белгилари. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида аёл узоқ вақт озми-кўпми қонли ажралма келаётганидан шикоят қилади. Баъзан аёлда қоннинг кўп кетиши зудлик билан медицина ёрдами беришни талаб қилади. Одатда бачадон ҳажми тез катталашади, унинг катталиги ҳомиладорлик муддатига тўғри келмайди, яъни бачадон ҳажми ҳомила муддатидан катта бўлади. Бачадон катталиги баъзан 24—25 ҳафтагача етса ҳам ҳомила қисмлари (қўл-оёғи ва боши) қўлга уннамайди, унинг юрак уриши эшитилмайди. Бачадон юмшоқроқ бўлиб, хамирга ўхшаб сезилади. Айрим вақтларда қиндан чиққан қонли ажралмада елбўғоздан ажралган пуфакчаларни кўриш мумкин. Агар чиқиндида пуфакчалар топилса, бу елбўғозни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Шу ҳам диққатга сазоворки, ҳомиладорлик ҳали кичикроқ (24—28 ҳафтагача) бўлишига қарамасдан, ҳомиладорликнинг кечки токсикозлари (нефротатия, презеклампсия, эклампсия) вақтли бошланиши кўп учрайди ва уларнинг оғир ўтиши билан характерланади. Шу сабабдан ҳам ҳомиладорликнинг бу оғир асоратини ҳар томонлама ўрганиш, ўз вақтида аниқлаш ва даволаш ҳар бир акушерка ҳамда врачнинг вазифасидир.

Елбўғозни аниқлашда ҳозирги вақтда Галли-Майнини ва иммунологик методлардан кенг фойдаланилмоқда. Бунинг учун бир неча марта суюлтирилган сийдикни (1:50, 1:100) қурбақанинг эркагига юборилади (Галли-Майнини тажрибаси). Бунда мусбат натижа олиш мумкин, бу эса елбўғозни аниқлашда қўшимча метод бўлиб ҳисобланади. Шундай натижани иммунологик метод билан олиш мумкин («Бачадондан ташқари ҳомиладорликни аниқлаш» бўлимига қаранг). Бу тажриба ҳомиладор организмида хорион гонадотропиннинг ҳаддан ташқари кўпайиб кетганлигидан дарак беради.

Хорион гонадотропин (ХГ) гормонининг кўплаб ҳосил бўлиши хорион ворсинкаларининг патологик кўпайиши натижасидир. ХГ нинг бундай кўпайишини кўп ҳомиладорликда ҳам кузатиш мумкин, лекин бунда сийдикни суюлтириш даражаси 1:50 нисбатдан ошмайди. Агар елбўғозда кузатиладиган бошқа белгилар (бачадоннинг юмшоқроқ хамирга ўхшаб сезилиши,

ҳомиланинг қимирламаслиги, унинг қўл-оёқ ва бошининг аниқланмаслиги, юрак уриши эшитилмаётганлиги, аёл қинидан вақти-вақти билан қон аралаш суюқлик ажралиб туриши, камқонлик ва бошқалар ҳисобга олинса, касаллик тўғри аниқланган бўлади.

Елбўғозни аниқлашда катта ёрдам берадиган ҳозирги замон аппаратларидан бири ультратовушдир. Бу аппарат ёрдамида ҳомила бор-йўқлигини аниқлаб, елбўғоздан фарқ қилиш мумкин. Елбўғозга шубҳа қилинган ҳар бир ҳомиладорни албатта туғруқхонага ётқизиш керак.

Елбўғозни даволаш. Аввало бачадондан қон кетаётганда дарҳол ёрдам бериш керак, бачадон бўйни етарлича очиқ бўлганда елбўғозни маълум бир қисмини врач қўл панжалари билан бачадон бўшлиғидан чиқаргандан сўнг бачадон ҳажми бйроз кичрайиб, деворлари қалинлашади. Шундан сўнг қолган қисмини эҳтиётлик билан қирғич (бунинг учун катта қирғич, яъни 8-номери олинади) ёрдамида олиб ташланади. Бачадон бўйни етарлича очиқ бўлмаса уни Гегар кенгайтиргичлари ёрдамида кенгайтириб, сўнг елбўғоз бачадон бўшлиғидан иложи борича қўл панжалари ёрдамида, сўнг қирғичлар билан олиб ташланади. Ҳозирги даврда елбўғозни олиб ташлаш учун махсус асбоб-вакуум-сўргич ишлатилмоқда. Елбўғознинг маълум қисмини вакуум-сўргич ёрдамида олиб ташлагандан сўнг қолган озгина қисми қирғичлар ёрдамида олиб ташланади, бу йўл анча хавфли ҳисобланади.

Елбўғоз бўлган аёлни даволаш вақтида, аввало унинг қон группаси, резус-фактори текширилади, операция ҳонасида 500-600 мл қон тайёрлаб, сўнг аёлга ёрдам кўрсата бошлаш керак.

Елбўғоздан олинган пуфакчалар албатта гистологик усул билан текширилади, бунинг учун қон аралаш пуфакчаларни доя 10% ли нейтрал формалин эритмасига солиб, тезда лабораторияга юбориши керак.

Елбўғоз аниқланса, қон кетмаётган бўлса ҳам уни олиб ташлашга тайёргарлик кўриш керак. Бунда бачадон мушакларини қисқартириш учун юборилган (окситоцин) дориларга сезувчанлигини ошириш учун аёлга 3—5 кун давомида витамин-глюкоза-кальций-гормонлардан иборат комплекс дорилар берилади. Яъни ҳар кун фолликулин ёки синэстролдан 10000 бирликда кунига мушак орасига бир-икки маҳал, 40% ли глюкоза (20 мл) ни витамин С нинг 5% ли эритмаси (5 мл) билан

вена қон томирига, витамин В₁ ва В₆ (1мл) дан тери остига, кльций глюконатнинг 10% ли эритмаси (10 мл) ни вена ёки мушак орасига кунига бир маҳал юборилади. Бачадон оғзининг юмшаган-юмшамаганлигига қараб 3-ёки 5-кун Штейн-Курдиновский бўйича (ҳар ярим соатда мушак орасига 0,2 мл дан маммофизин ёки окситоцин юборишни 0,15 г хинин ичириш билан алмаштириш, бунда 4—5 марта укол ва 5—6 марта хинин берилади) туғруқ дардини қўзғатиш лозим. Агар бу усул дардни қўзғатиб, елбўғознинг тушишига ёрдам бермаса, эртасига томирга окситоцин-глюкоза аралашмаси (1 мл окситоцин ва 5% ли 500 мл глюкоза) томчиллатиб юборилади. Томчилар сони 10—12 дан аста-секин 40 тагача етказилади. Бунда бачадон бўйининг канали 2 бармоқча очилиши билан, юқорида айтиб ўтилгандек, (вакуум-сўргич ёки икки панжа ва қирғич ёрдамида) елбўғозни олиб ташлаш керак.

Туғруқхонадан (5—6 кундан сўнг, агар қон кетмаса) жавоб берилаётган аёлга 1—1,5 йилгача ҳомиладор бўлмаслиги, ўзини авайлаб, эҳтиёт қилиши маслаҳат берилади. Бундай аёл консультацияда «хавфли» гурппада туриши керак. Биринчи ойларда ҳар ҳафтада, кейинчалик ҳар ойда ва сўнгра ҳар икки-уч ойда сийди-тида хорион гонадотропин бор-йўқлигини Галли-Майнини тажрибаси ёки иммунологик реакцияси ёрдамида аниқлаб туриш керак. Бу эса елбўғоз бўлган аёлда хорионэпителиома касаллигининг олдини олишга ёрдам беради. Елбўғоз ҳомиладорликнинг биринчи ойларида бошланса, ҳомила кўпинча нобуд бўлади, чунки бу вақтда қон ивиш системаси бузилганлиги сабабли кўп қон кетиши мумкин. Бундан ташқари, у тез тараққий қилиб, катталашиши ҳамда хорионэпителиомага ўтиши мумкин.

Хорионэпителиома. Бу хорион эпителийларнинг ўсма касаллиги бўлиб, хавфли ўсмалар қаторига киради. Бу касалликда унинг тўқималари лезда бошқа аъзоларга тарқалиб (метастаз), шу органларни жароҳатлаши мумкин. Кўпроқ хорионэпителиома ўпкаларга тарқалиб, ўпкадан қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Хорионэпителиома бачадон деворида ривожланиб, унинг мускул қаватига ўтади ва бачадон ҳажмини катталаштиради. Касаллик тарқалиши натижасида ҳосил бўлган тугунлар тўқ кўк рангда бўлади. Шундай тугунлар бачадон ва қин деворида ҳам бўлиб, улар худди жатта тухумдек бўлиши мумкин. Бунда тухумдонларда

ҳам елбўғоздаги каби ўзгаришлар рўй беради, яъни кисталар ҳосил бўлади.

Хорионэпителиомани аниқлаш учун аёлнинг сийдигини бир неча марта суюлтириб, Галли-Майнини ёки иммунологик реакцияси қилинади, агар реакция ижобий натижа берса, аёл дарҳол операция йўли билан даволанади, яъни бачадон, унинг ўсимталари, қиннинг юқори қисмини олиб ташлашга тўғри келади. Агар қин орқали қиннинг пастки қисмида метастаз тугунлар бўлса, улар олиб ташланади. Сўнг гормон билан даволанади: эркаklar жинсий гормони (5% ли 1 мл) тестостерон мушак орасига укол қилинади. Қорин бўшлиғи ва ўпкаларга тарқалган хорионэпителиомани рентген нурлари билан албатта нурлантириш лозим.

Агар касаллик ўз вақтида аниқланиб, турли даволаш чоралари қўлланилса, аёл соғайиб кетиши мумкин.

Хорионэпителиомага шубҳа бўлса, бундай аёл тезлик билан онкология шифохонасига ётқизилади.

Ҳозирги даврда ўз вақтида аниқланган хорионэпителиомани операциясиз ҳар хил дорилар (метатрексат, 6-меркаптопурин ва бошқалар) билан муваффақиятли даволаш мумкин. Бу эса аёлларни оғир операциядан сақлаб қолишга катта ёрдам беради.

ҲОМИЛАНИНГ МУДДАТИДАН ОЛДИН ТУҒИЛИШИ

Ҳомиланинг 28—38 ҳафта ичида туғилишига чала туғилиш дейилиб, бунда чақалоқ вазни 1000—2500 г, бўйи 35—45 см атрофида бўлади. Чала туғилган болада бир қанча функционал етишмовчиликлар мавжуд бўлиб, шунинг учун ҳам бундай болалар ўртасида касалланиш ва нобуд бўлиш кўп учрайди. Ҳомиланинг чала туғилиш сабаблари турлича; аёл жинсий органларининг тўла тараққий этмаслиги инфантилизм); бачадондаги турли патологик ўзгаришлар (ўсма, тўсиқ, яллиғланиш, эзилиши, тез-тез аборт қилдириш ёки ҳомиланинг ўз-ўзидан табиий тушиши, бачадон яхши бекилмаслиги (истмико-цервикал етишмовчилик ва бошқалар) каби асоратлар кўйинги вақтларда кўп учрамоқда. Чунки бунда бачадон бўйни туғруқ вақтида йиртилиши ва яхши тикилмаслиги натижасида чилла даврида тўла-тўқис битмаслиги ёки кўпинча аборт қилдириш оқибатида юзага келиши мумкин.

Шу билан бир қаторда она ва бола қон группалари ҳамда резусларининг тўғри келмаслиги, ҳомиладорлик

токсикозлари, айниқса нефропатиянинг оғир даражаси, презклампсия ва эклампсиянинг бирон-бир ички касалликлар (юрак-томир касалликлари, пиелонефрит, қанд касаллиги) билан қўшилиб келиши; ҳомиладорлик вақтидаги турли психик-руҳий эзилиш ва эмоционал ўзгаришлар; ҳомиладорлик давридаги турли ўткир юқумли касалликлар; грипп, ангина, сариқ касаллиги, турли меъда-ичак касалликлари ва сурункали юқумли касалликлар, бруцеллез, захм, бўғимлар ва юрак ревматизми, сил касаллиги; моддалар алмашинувининг бузилиши: ҳаддан ташқари семизлик, қанд ва бўқоқ касаллиги кабилар ҳомиланинг барвақт туғилишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, 18 ёшгача бўлган ҳамда 30 ёшдан ошган биринчи туғувчи аёлларда ҳам бундай асоратлар кўп учраши мумкин.

ТУҒРУҚНИНГ КЕЧИШИ ВА УНДА УЧРАЙДИГАН АСОРАТЛАР

Дард бошланмасданоқ қоғоноқ сувининг кетиб қолиши натижасида туғруқ йўлларида турли инфекциялар тушиши, дарднинг сустлашиши, ҳомилада гипоксия ёки ўлик туғилиши кабиларни кузатиш мумкин.

Туғруқ йўллари ҳали туғишга тайёр бўлмаганлиги сабабли туғруқ пайтида бачадон оғзи йиртилиши кўпроқ учрайди.

Туғруқнинг III даври — йўлдошнинг бачадон деворидан ажралиши ва тушиш даврида унинг нотўғри кўчиши, бўлақларининг ва пардаларининг чала ажралиши натижасида қон кетиши, чилла даврида эса септик касалликларни кузатиш мумкин. Булардан кўпроқ эндометрит (бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши), метроэндометрит (бачадон шиллиқ ва мускул қаватларининг яллиғланиши), тромбофлебит (вена қон томирлари девори ва ундаги тромбнинг яллиғланиши) ва бошқаларни учратиш мумкин.

Ҳомилардор аёлда вақтидан илгари туғиш белгилари кузатилса нималар қилиш керак? Ҳомиладорлар, одатда, юқори пастада вақти-вақти билан тутаётган оғриқдан, баъзан ҳомилани секин ёки ҳаддан ташқари тез қимирлашидан шикоят қилишади. Вақтидан илгари туғишнинг бирон-бир белгилари бўлса, аёлни тезда туғруқхонага ёткизиб ҳомилани сақлаб қолиш чораларини кўриш лозим. Бунда аёлга ҳар томонлама тинчлик, нерв системасини тинч-

лантирувчи дорилар (3% ли натрий бромдан 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал, валериана суюқлигидан 15—20 томчидан кунига 2—3 маҳал ичириш), витаминлар, айниқса витамин Е дан кунига 50—60 мг, 200—300 мг аскорбат кислота, витамин В₆ ва В₁₂ лардан бериш керак. Вақтидан илгари туғишга жинсий гормонларнинг етишмаслиги сабаб бўлса қуйидаги гормонларни, яъни 0,5% ли ёки 1% ли прогестерондан ҳар кун 1 мл (10—12 кун): хорион гонадотропиндан купора 500—1500 Халқаро Бирликда (ХБ) (ҳаммаси бўлиб 3—4 марта) мушак орасига укол қилинади. Ҳомиладорларда инфантилизм белгилари мавжуд бўлса кўрсатилган дорилар билан бир қаторда озроқ эстроген (кунора 5000 бирликда фолликулин ёки эстрадиол-дипропионат) мушак орасига (4—5 марта) юборилади. Кўрсатилган дорилар қатори бачадон қисқаришини сусайтирадиган дорилардан папаверинли шамчалардан кунига 2—3 маҳал тўғри ичакка киргизиш, 1—2 таблеткадан кунига 2—3 маҳал но-шпа бериш ёки унинг эритмасидан (2 мл) 1—2 маҳал мушак орасига юбориш, 2% ли папавериндан 2 мл ни мушак орасига, 25% ли магний сульфатдан 10—15 мл ини 0,5% ли новокаин (5 мл) билан бирга мушак орасига юборишни тавсия қилиш мумкин.

Бундан ташқари, ҳомиланинг аҳволини яхшилаш учун 40% ли глюкоза (20—40 мл) ни 50 мг кокарбоксилаза билан томирга, 5% ли аскорбат кислота (3—5 мл) ни (аскорбин кислотаси билан кокарбоксилазани алоҳида) венага, сигетиндан 2 мл дан кунига 1—2 маҳал мушак орасига юбориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Вақтидан илгари туғиш сабабларидан бири бачадон оғзининг яхши бекилмаслиги бўлса, ҳомиладорни қин орқали кўрилганда бачадон оғзи очилиб, қоғоноқ пардаси секин-аста бачадон оғзидан қинга чиқа бошлайди. Ҳомилани сақлаб қолиш учун дори-дармонлар билан бир қаторда, бачадон оғзини тикиш керак. Бунини врач бажаради.

Агар ҳомиланинг вақтидан илгари туғилиш белгиларига ҳомила суви кетиши ҳам қўшилса, бунда сув кетиши даражасига қараб иш тутилади. Қоғоноқ суви озгина миқдорда кетса, бу кўпроқ қоғоноқнинг бачадон оғзига яқин қисмида эмас, аксинча, юқори қисмида йиртилганлигини кўрсатади. Бунда ҳомиладор бутунлай осойишта шароитда бўлиши, унга антибиотик, сульфаниламид ва бошқа ҳомилани сақлаб қолиш учун керакли дори-дармонлардан берилса, баъзи вақтда ҳомила олди

суви тўхтаб (қоғоноқ пардаларининг йиртилган жойи битиб қолганлигини кўрсатади), оғриқлар пасайса ҳомилани вақтидан олдин туғилишидан сақлаб қолишга муваффақ бўлинади ва ҳомила аҳволини яхшилайдиган дори-дармонларни бериш давом эттирилади.

Олиб борилган даво ёрдам бермаса (2—3 кунда сув кетиши тўхтамаса), ҳомила ўз-ўзидан туғилиши мумкин, агар туғилмаса, дардни тезлаштирадиган витамин-глюкоза-кальций-гормон дорилар комплексини аёл организмига юбориш керак. Бунинг учун венага 40% ли глюкоза (40 мл) билан 5% ли аскорбат кислота (5 мл), 10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконат (10 мл), мускул орасига 5% ли витамин В₁ ва В₆ дан (1 мл) ҳар 2 соатда (ҳаммаси бўлиб 3 марта), 0,5 мл наркоз эффри билан мускул орасига 20 000 бирликда фолликулин гармонни укол қилинади. Бундан ташқари, гормоннинг 3-уколи билан бирга 60 мл канакунжут мойи ичирилади, бир соатдан сўнг эса клизма қилинади, сўнг ҳар ярим соатда ичгани 0,15 г хинин (ҳаммаси бўлиб 6 марта), 0,2 мл маммофизин ёки (агар босими ошиқ бўлмаса) питуитрин (4—5 марта) билан алмаштириб, мушак орасига юборилади.

Қоғоноқ суви кўп бўлса, айниқса дард тутмасдан олдин кетса, бу кўпроқ бачадон оғзининг яхши бекилмаслиги (истмико-цервикал етишмовчилик) натижасида юзага келади. Бунда ҳомилани сақлаб қолишнинг иложи бўлмайди. Бунда дард ўз-ўзидан бошланмаса, уни (юқорида кўрсатиб ўтилганидек) қўзғатадиган дори-дармонлар қилиш лозим. Шуни ҳам айтиш керакки, вақтидан илгари туғруқда ҳам ўз вақтида туғилгандаги каби дард тутиб, бачадон оғзи аста-секин очилади, сув кетмаган бўлса қоғоноқ ёрилади, ҳомила туғилади, сўнг йўлдош бачадон деворидан ажралади — умуман нормал туғруқдаги барча процесслар кузатилади.

Ҳомила суви кетаётган бўлса, у ўз-ўзидан тўхтаб қолади деб ўйлаш ва бепарво бўлиш керак эмас, бунда ҳомиланинг барвақт туғилишидан ташқари турли инфекцияларнинг тушишига ва келгусида чала ёки ўлик туғадиган бўлиб қолишга ва иккиламчи бефарзандлик каби салбий асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

Туғруқнинг биринчи даврида дардни зўрайтирувчи дорилар билан бирга бачадон оғзининг яхши очилишига ёрдам берадиган спазмолитик ва инфекцияга қарши, асфиксиянинг олдини олувчи дорилардан 40% ли глюкоза (40 мл), 5% ли аскорбин кислота (3—5 мл), кора-

зол (1 мл) ёки кокарбоксилаза (50 мг) лардан вена қон томирига ҳамда 4% ли натрий гидрокарбонат (150—200 мл) ни томирга томчилатиб юборилади.

Туғруқнинг биринчи ва иккинчи даврларида она ва ҳомиланинг умумий аҳволини диққат билан кузатиб туриш керак.

Ҳомила суви кўп кетсаю, дард ўз-ўзидан икки соат ичида бошланмаса, уни қўзғатиш учун олдин витамин-глюкоза-кальций-гормон дорилар комилеки берилиб, сўнг дардни қўзғатувчи методлардан бири — Штейн-Курдиновский ёки окситоцин-глюкоза аралашмасини («туғруқда учрайдиган нуқсонлар» бўлимига қаралсин) ҳомиладорга бериб дард қўзғатилади.

Ҳомила чала туғилишида кўпинча дарднинг бирламчи сустлиги кузатилади, айрим вақтларда иккиламчи сустлиги ҳам учраши мумкин. Бу вақтда она ва боланинг аҳволига қараб турли дорилар ва акушерлик усуллари қўлланилади. Кўпинча, юқорида айтиб ўтилганидек, спазмолитик ва оғриқ қолдирувчи дорилар билан 40% ли глюкоза эритмаси (40 мл) 5% ли аскорбат кислота (5 мл), 50 мг кокарбоксилаза (50 мг) аралашмасини вена қон томирига аста-секин юбориш дардни зўрайтиради ҳамда ҳомила асфиксиясининг олди олинади ёки даволанади.

Агар ҳомила она қорнида нобуд бўлса ва бачадон бўйни 6—7 см очиқ бўлса, ҳомилани майдалаб олиш зарур (буни врач бажариши керак). Агар бу операция вақтида бажарилмаса, қон ивиши пасаяди ва натижада қон кетиши ҳамда инфекция тушиб, сепсисга олиб келиши мумкин.

Дарднинг иккиламчи сустлигида ҳам окситоцин билан глюкоза аралашмасини юқорида кўрсатилгандек, қон томирига томчилатиб юборилса, дардни зўрайтириб, туғруқни тезлаштиради. Бу билан бир қаторда ҳомила асфиксиясининг олдини олиш учун қўлланилган чораларни ҳар 3 соатда такрорий олиб бориш керак.

Ҳомиланинг боши бешикаст чиқиши учун човни қирқиш — эпизиотомия ёки перинеотомия қилиш тавсия қилинади.

Ҳомила чала туғилганда туғруқ йўллари кўпроқ шикастланиши мумкин. Уни аниқлаш учун чилла даврининг илк 2 соати ичида туғруқ йўлларини гинекологик кўзгу ёрдамида текшириш лозим, йиртилган бўлса, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилган ҳолда тикиш керак. Ҳомила чала туғилганда

чилла даври жуда масъулиятли ҳисобланади, ҳомиланинг чала туғилишига сабаб бўлган бирор касаллик белгилари аниқланса, уни ҳам вақтида даволаш зарур.

Бола чала туғилганлиги учун туғруқдан кейин 70 кунга декрет отпускази берилади ва туғруқхонадан бериладиган справкада туғруқнинг қандай ўтганлиги, боланинг аҳволи ҳақида тўла маълумот берилган бўлиши керак. Агар аёл бир неча марта чала туққан бўлса; унда туғруқдан сўнг 2—3 йил ҳомиладорликдан сақланиш, тўла-тўқис даволаниб бўлгандан сўнг ҳомиладор бўлиш тавсия этилади.

Ҳар бир чала туғилган бола ўзига хос хусусиятга эга. Боланинг чалалигини фақатгина унинг вазнига қараб эмас, балки бошқа бир қанча белгиларига қараб ҳам аниқланади. Бу қуйидагилардан иборат: одатда чала туғилган боланинг бўйи калта бўлади, бу унинг чалалик даражасига боғлиқ. Яъни бола қанчалик чала туғилган бўлса, унинг бўйи шунча калта бўлади. Чала туғилган болалар анчагина озғин, тери ости тўқимаси яхши тараққий этмаган бўлади. Лекин бунинг касал ёки вақти-соати етиб туғилган соғлом болалардан озғинлик (гипотрофия)дан фарқ қила билиш лозим. Гипотрофик болалар териси буришган бўлади.

Чала туғилган болалар камҳаракат бўлишади, яъни улар бўшашган, мускулларининг тонуси паст, овози, суст, эмиш рефлекси яхши тараққий этмаган бўлади. Уларда боши танасига нисбатан каттароқ (муддатида туғилган болалар боши танасининг $1/4$ қисмини ташкил қилади), яъни $1/3$ қисмини ташкил қилади. Кичик лиқилдоқ очиқ бўлиб, бош суяк чоклари яхши бирикмаган, суяги бироз юмшоқроқ бўлади, Қулоқ тоғайи юмшоқ бўлиб, бош терисига ёпишган бўлиши мумкин.

Узун туклар вақти — соати етиб туғилган болаларнинг елкаси ва курак устидагина бўлса, чала туғилган болаларнинг танасида ҳам бўлади. Бунга лануго дейилади.

Чала туғилишнинг яна бошқа белгиларидан бири қиз болаларда катта жинсий лабларнинг кичик жинсий лабларни беркитмаслигидир, ўғил болаларда эса уруғдон қорин бўшлиғида бўлиб, кейинчалик секин-аста уруғ халтасига тушади. Бундан ташқари, чақалоқларнинг тирноқлари ҳам яхши тараққий этмаган бўлади.

Чала туғилган боланинг асосий физиологик хусусиятлари нималардан иборат?

Ҳомила туғилгандан сўнг чақалоқлик даврига кира-

ди. Бу давр чақалоқ учун мураккаб давр ҳисобланиб, бунда организмнинг ташқи муҳитга мослашиши кузатилади. Бу даврда физиологик сарғайиш, жинсий криз, вазнининг камайиши ва бошқа шунга ўхшаш мураккаб ўзгаришлар кузатилади.

Чақалоқлик даври ўз вақтида туғилган болаларда 3—4 ҳафта давом этса, чала туғилган болаларда анча узоқроққа чўзилади. Чала туғилган болаларнинг ички органлари ҳам етарли тараққий этмаган бўлиб, боланинг вақтидан илгари туғилиши унинг ташқи муҳитга мослашишида кўпгина қийинчиликлар туғдиради. Шу сабабли чақалоққа биринчи ҳафтада алоҳида шароит яратиш ва турли хил дори-дармонлар қилиш талаб қилинади. Шу сабабли бола қанчалик кўп чала туғилган бўлса, ундаги ташқи шароитга мослашиш шунчалик узоқ давом этиб, бир ярим-икки ойгача бориши мумкин.

Чала туғилган болаларнинг айрим хусусиятларидан бири уларда кузатиладиган вазнининг кундан-кунга бироз камайиши бўлиб, бу асосан она қорнидалигида ҳосил бўлган биринчи ахлат ва сийдикни туғилганининг 2—3 — кунда ажралиб чиқиши, чақалоқнинг тез-тез нафас олиши эвазига суюқликнинг буғланиши ҳамда ҳаётининг биринчи кунларида улар организмга суюқликнинг етарли даражада тушмаслиги ҳособига бўлади. Бунга вазнининг физиологик камайиши деб айтилади. Бу ўз вақтида туғилган болаларда туғилгандаги вазнининг 6—9%ини ташкил қилса, чала туғилганларда 10—12%ини ташкил қилиши мумкин. Чақалоқларнинг аввалги вазни миқдорига етиши чала туғилган болаларда 2—3 ҳафтагача давом этади. Бу процессни тўғри идора қилиш учун чақалоқни неонатолог врач назорат қилиб бориши лозим.

Чала туғилган чақалоқлардаги физиологик сарғайиш нимадан иборат? Бунда чақалоқ териси ва кўзининг оқ қисмида туғруқнинг дастлабки 2—3-кунда бироз сарғайиш юзага келади, бу сариқлик чақалоқ ҳаётининг 7—10-кунлари бутунлай йўқолиб кетиши керак.

Чала туғилган чақалоқларнинг жигари ҳали тўла ривожланмаган бўлиб, глюкурон-трансфераза ферменти етарли ишлаб чиқарилмайди. Шунинг учун чақалоқ қонида эритроцитларнинг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган ва қайта ишланмаган билирубин пигменти уни жигарда бевосита билирубин пигмантига айлантиришга улгурмайди, бу процесс вақтинчадир. У чала

туғилган чақалоқларда вақтида туғилганларга нисбатан узоқроқ вақтда ўтади, яъни 10—15 кундан 2 ойгача давом этиши мумкин. Бундай вақтларда вена қон томирига чақалоқ вазнига қараб альбумин, гемодез, 20% ли глюкоза ва бошқа дори-дармонлар юбориш лозим. Умуман олганда чала туғилган чақалоқлар ўзининг анатомик-физиологик тузилиши билан соғлом туғилган чақалоқлардан анчагина фарқ қиладилар. Ҳаёт учун зарур бўлган асосий орган ва системалар функционал жиҳатдан яхши тараққий этмаган бўлади. Бу жуда ҳам чала туғилган чақалоқларда, айниқса кўпроқ кўзга ташланади. Чала туғилган чақалоқлар кўнгина касалликларга: зотилжам, раҳит ва бошқаларга мойил бўлишади. Уларда тана ҳароратини идора қилиш ҳам етарли ривожланмайди. Агар ташқи муҳит ҳарорати ўзгарса, уларда ҳам ҳарорат тез ўзгариб, тез совқотиши ёки аксинча, тезда ҳарорати кўтарилиб кетиши мумкин. Биринчи ёшида камқонлик учраши мумкин.

Чала туғилган чақалоқларни парвариш қилишда юқорида кўрсатилганларга тўла амал қилиш, чақалоқлар ўртасида ўлимнинг камайишига ёрдам беради.

ЧАЛА ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДАГИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ

Барвақт туғилган болаларда туғруқ вақтида қандай асоратлар рўй беради? Кўпинча бош миёга қон қўйилиши ва унинг шикастланиши ҳамда кефалогематома (суяк устки қавати тагига қон қўйилиши) ҳосил бўлади.

Бош миёга қон қўйилишининг клиникаси қуйидагилардан иборат: чақалоқларнинг умумий аҳволи оғирроқ бўлиб, тери қавати оқаради, оғиз ва бурун атрофлари кўкимтир тус олади. Кўз соққасига майда нуқтасимон қон қўйилади.

Инграб тез-тез, минутига 80—100 мартагача (нормада 40—60 марта) нафас олади. Томир уриши секинлашади; юрак уриш оҳанги суст, тана ҳарорати ўзгарувчан, чақалоқда безовталаниш, тез қўзғалувчанлик кузатилади. Танасининг ҳамма мускуллари ўзгариб, юз мускулларининг бироз қисқа вақт қисқариб туришини, баъзи мускулларнинг тиришини кузатиш мумкин. Бундан ташқари қўллари ва пастки жағида қалтираш, катта лиқилдоғи таранг бўлиб, кўз қорачиқларининг ҳар хил кенгайиши юзага келади.

Баъзан чақалоқ бўшашган, мускуллар тонуси жуда

ҳам пасайганлиги кузатилади. Бош мия шикастланиши клиникаси 3 даражада кузатилади.

1. Е н г и л д а р а ж а с и. Бунда чақалоқнинг умумий аҳволи бироз ёмонлашади. Чақалоқ бўшашган, суст эмадиган, оёқ-қўлларида бироз титраш ва мускулларининг бирмунча ўзгарганлиги кузатилиб, тонуси бироз пасаяди.

2. Ў р т а ч а о ғ и р л и к. Бу даражада боланинг умумий аҳволи ўртача бўлиб, анчагина бўшашган, қўл-оёқларининг бироз тиришиши ва қалтирашини, кўз соққасининг ён томонга тез-тез кетиб қолишини, лаб-бурун бурмаларининг бироз силлиқлашиши кабиларни кўриш мумкин.

3. О ғ и р д а р а ж а. Чақалоқ анчагина бўшашади, оёқ-қўллари тез-тез тиришади, баъзан бир томондаги оёқ-қўллارнинг ҳаракати йўқолгани, эмиш ва ютиш рефлексининг пасайганлиги ёки бутунлай йўқолганлигини кузатиш мумкин. Шунингдек, чақалоқда одатда учрайдиган рефлексларнинг (Моро, Перез, Галант, Робинзон ва бошқалар) ҳам пасайиб кетгани ёки йўқолганлиги қайд қилинади.

Кўрсатилган рефлексларни чақалоқлар хонасида ишлайдиган ҳамшираларнинг билиб қўйишлари фойдадан ҳоли эмас, чунки улар чақалоқнинг аҳволи ўзгарганлиги тўғрисида тез врачни огоҳлантиришлари зарур бўлади.

М о р о р е ф л е к с и: чақалоқ ётган ёстиққа бироз урилса, у қўл ва оёқларини ёзиб, бир оздан сўнг яна ўз ҳолига келади. Агар қўл-оёғини ёзиб ўз ҳолига келиши секин бўлса ёки бутунлай бўлмаса, чақалоқнинг бош миясига қон қуйилиш аломатларидан бири-бир томонда парез (мускуллар қисқаришининг пасайиши) бўрлигини билдиради.

П е р е з р е ф л е к с и: чақалоқнинг юзини пастга қилиб ётқизилади ва кўрсаткич бармоқ билан думғаза умуртқа поғонасидан бўйин умуртқа поғонасигача силанса чақалоқ чинқариб, бошини кўтаришга ҳаракат қилади ва қўл-оёқларини букади. Бу рефлекс чақалоқда кузатилмаса, унда мияга қон қуйилиш аломатлари борлигидан дарак беради.

Г а л а н т р е ф л е к с и: чақалоқнинг умуртқа поғонаси юзаси бўйича силанса, у шу томонга қараб эгилади.

Р о б и н з о н р е ф л е к с и д а соғлом чақалоқни қорни билан ётқизиб қўйилса, бошини дарров бир томонга қаратади. Бош мияси шикастланган чақалоқда бу реф-

лекс кузатилмайди, у юзини ёстиққа қўйганча ётаве-
ради.

Маҳкам ушлаш рефлексда чақалоқ кафтига бирон-
бир предмет қўйилса чақалоқ дарров маҳкам ушлаб
олади ва уни қўйиб юбормайди. Қўл панжалари мушак-
лари кучсизланган бўлса (парез кузатилса), у нарсани
маҳкам ушлай олмайди ёки бутунлай ушламайди.

Мияси шикастланган чақалоқ ҳаддан ташқари иссиқ-
қа ҳам совуққа ҳам сезувчан бўлади. Шунинг учун
уларни махсус «кувез» ёки «инкубаторларга» ётқизиш
тавсия қилинади, бунда ҳарорат ($32-34^{\circ}$) ва ҳавонинг
намлиги (70—80% гача) доимо бир хил бўлиши ҳамда
кислород бериб туриш зарур. Бундай чақалоқлар ҳар
томонлама тинч шароитда бўлишлари лозим.

Бола каравотда ёки кувезде ётган ҳолида онадан
соғиб олинган сут билан боқилади, бундай болаларда
ютиш рефлекси яхши тараққий этмаган бўлади. Чақалоқ
яхши ютолмаса зонд билан овқатлантириш мумкин.
Чақалоқни эрта чилла даврида бирдан эмизишга берил-
майди, марказий нерв системасининг фаолияти бузилган-
лигини кўрсатувчи белгилар йўқолгандан кейин, туғруқ-
дан 3—5 кун ўтгач эмизишга берилади.

Бош мияга қон қуйилишини даволашда
нималарга эътибор бериш керак? Аввало
боланинг боши ва танасининг юқори қисми баланд
қилиб ётқизилади — тагига ёстиқча қўйилади. Бошга кўп
қон қуйилишини камайтириш учун боши устига муз
солинган халтани (каравотнинг бош томонига боланинг
боши тегмайдиган қилиб) осиб қўйиб, боши совутилади,
бу краниоцеребрал гипотермия дейилади.

Даволаш чораларини аввало нафас олишни нормал-
лаштиришдан бошланади. Бунинг учун минутига 10—15
литр нам кислородни 5—10 минут танаффус қилиб ҳид-
латилади. Бу биринчи суткаларида бўлса, кейинчалик
минутига берилаётган кислород миқдори камайтирилиб,
танаффус вақти оралиғи узайтирилади. Кислородни
нафас йўллариغا боришини яхшилаш учун бурун тешик-
ларига ингичка полиэтилен катетерлар киргизиб, шулар
орқали кислород юбориш мумкин. Ҳозирги пайтларда
ҳамма район ва шаҳар туғруқхоналарида чақалоққа
кислород берадиган ҳар хил аппаратлар (РДА — 1:
«Вита — 1», «ДП — 5» ва бошқалар) мавжуд. Лекин
бу аппаратларни фақат врачлар ёрдамида қўллаш керак.

Мияга қон қуйилишини камайтириш учун чақалоққа
қон тўхтатадиган дори-дармонлар берилади: 0,002 г дан

кунига 2 маҳал викасол ичирилади ёки 1% ли эритмасидан 0,2—0,3 мл дан кунига 2 маҳал 3—4 кун давомида мушак орасига юборилади; рутин 0,005 г дан кунига 2—3 маҳал, 10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконатдан чой қошиғида кунига 3 маҳал ичирилади, 5% ли аскорбат кислотадан 1 мл дан мушак орасига ёки 10—20% ли глюкоза билан томирга юборилади. Чақалоқнинг аҳволи жуда оғир бўлса, 5—7 мг ёки 10 мг гача гидрокортизон глюкоза билан бирга томирга юборилади ёки преднизолонни тана оғирлигининг ҳар 1 кг га 2—3 мг дан суткасига 1 марта 7—10 кун давомида ичишга тайинлаш мумкин.

Бош миянинг шикастланиш белгилари камайиб борган сари суткасига глютамин кислотадан (0,1 г) кунига 3 маҳал ичирилади, витамин В₁ нинг 2,5% ли эритмасидан 0,3—0,4 мл, В₁₂дан 0,1—0,2 мл, В₆нинг 2,5% ли эритмасидан 0,5—0,6 мл дан, витамин С нинг 5% ли эритмасидан 0,5 мл бирин-кетин мушак орасига юбориш мумкин, апилакдан тўғри ичакка киргизиладиган шамча сифатида 0,0025 г дан кунига 2—3 маҳал берилади.

Чақалоқ организмда суюқлик етишмовчилигини қондириш учун биринчи 2 суткада ҳаммаси бўлиб (ичгани ҳамда қон томирига) 1 кг гавда оғирлигига 40—60 мл, 3-суткада—60—70 мл, 4-суткада—70—80 мл, 5-суткада—80—90 мл суюқлик юборилади. Бундай суюқлик ҳар хил дори-дармонлардан: 5% ли глюкоза ва физиологик эритма, қон плазмаси, протеин, альбумин, натрий гидрокарбонат, 20 ёки 10% ли глюкоза, реополиглюкин, гемодез, неокомпенсан ва бошқа шу кабиларни қон томирига томчилатиб юборишдан иборат бўлиши мумкин.

Барвақт туғилган чақалоқларда учрайдиган асфиксия касаллиги нималардан иборат ва уни қандай даволаш керак?

Асфиксияда чақалоқ нафас олиши оғирлашади ва тезлашиб, юзаки бўлиб қолади, натижада қонда ва тўқималарда чуқур метабolik ўзгаришлар содир бўлади. Асфиксия келиб чиқишига кўра ҳомила асфиксиясига ва (бирламчи ҳамда иккиламчи) чақалоқ асфиксиясига бўлинади.

Чақалоқ асфиксияси ҳомила асфиксиясининг давоми бўлиб, ҳомила асфиксияси негзида бачадон-йўлдош қон айланиш системасининг бузилиши (сабаблари: ҳомиладорлик токсикозлари, йўлдош патологияси), ҳомиладорлик даврида кислород етишмовчилигига олиб кели-

аши мумкин бўлган касалликлар (юррак-томир, нафас олиш системаси касалликлари, бирдан қон кетиши натижасида шок юзага келиши), киндикнинг ўз-ўзидан ҳомила боши ёки танаси атрофида ўралиб қолиши, киндикнинг ҳомиладан олдин туғилиши, қоғоноқ сувининг барвақт кетиши натижасида «қуруқ» туғиш, дарднинг сустлиги натижасида туғруқнинг чўзилиши ва бошқа патологиялар ётади. Кўрсатилган сабаблар ҳомилада кислород етишмаслигига, натижада унинг қонида углевод оксид гази тўпланишига ва ҳомила нафас олиш марказини қўзғатиб, унинг она қорнидалигидаёқ нафас олишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида ҳомиланинг нафас йўлларига қоғоноқ сувининг киришига ва ҳомила нафас йўллариини беркитиб қўйишига олиб келади.

Бундан ташқари, ҳомила организмида кислород етишмаслиги натижасида қон айланиш системасида чуқур ўзгаришлар кузатилади, бу асфиксияга олиб келадиган сабаблардан бири бўлиши ва бош миёга, ўпкаларга ва бошқа органларга қон қўйилишига олиб келиши мумкин. Натижада эса ҳомила юрак уриши тезлашади (асфиксиянинг бошида) ёки секинлашади (асфиксиянинг оғир кечишида), ритми бузилади. Бу вақтда она қорнидаги ҳомиланинг қимирлаши олдинига тезлашиб, кейинчалик секинлашиб қолиши мумкин. Кислород етишмаслиги натижасида содир бўлган ўзгаришлар ҳомиланинг орқа чиқарув тешиги мускулларига таъсир қилиб, у бироз очилиши мумкин ва тўғри ичакдан бирламчи ахлат қоғоноқ сувига чиқиб, унга яшил тус беради. Агар туғруқ пайтида қоғоноқ суви яшил тусда ва «лўйқаланган» бўлса, демак ҳомилада гипоксия аломатлари сезилади ва тезда зарур ёрдам кўрсатиш лозим бўлади. Ҳомиланинг она қорнидаги гипоксияси туғруқчага ёки туғруқ пайтида унинг нобуд бўлишига ёки гипоксия аломатлари билан туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Бирламчи асфиксия кўпинча ҳомила асфиксиясининг давоми бўлиб, баъзан ҳомила туғилаётган пайтда кузатилиши мумкин. Бунда бир томондан, чала туғилган чақалоқларда нафас олишни бошқарувчи марказ етарли тараққий этмаганлиги бўлса, иккинчи томондан эса, чақалоқ юқори нафас йўлларига қоғоноқ суви ва қин йўлидаги шиллиқ моддалар тушиши натижасида нафас йўллари беркилиб қолишидир. Асфиксиянинг клиник белгиларига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир даражалари кузатилади.

Енгил даражадаги асфиксияда ҳомила-нинг териси бироз кўкимтир бўлиб, нафас олиши қийинлашган, рефлекслар ҳамда мускулларининг тонуси бироз пасайган, лекин юрак уриши яхши, нафас олиши бироз сустроқ бўлади.

Уртача оғирликдаги асфиксияда ҳомила териси кўкимтир, рефлекслари ва мускуллар тонуси пасайган, юрак уриши сони камайган, нафас олиши паст бўлади.

Оғир даражадаги асфиксияда чақалоқ деярли нафас олмайди ёки онда-сонда нафас олади, юрак уриши анча пасайган, рефлекслари ва мускул тонуслари жуда паст ёки деярли бўлмайди, териси оқимтир тусда бўлади.

Ҳомила ҳаддан ташқари чала ва нафас олиши ёмон бўлса, териси кўкимтир бўлади.

Иккиламчи асфиксия ҳомила туғилгандан сўнг чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларнда кузатилиб, унга кўпроқ ўпка зотилжами, ўпка маълум қисмларининг нафас олишда қатнашмаслиги (атсептик), бош миёна шикастланиши, ички органлар аномалияси, ҳаддан ташқари чала туғилиш кабилар сабаб бўлиши мумкин.

Иккиламчи асфиксиянинг бошланиши нафас олишнинг қийинлашиши ва тери рангининг кўкимтир бўлиши билан бошланади. Чақалоқ қийналиб нафас олиши ёки бутунлай нафас ололмай қолиши мумкин, шунда териси жуда кўкариб ёки оқариб, мускуллар тонуси пасайиб кетади. Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилса чақалоқ ўзига келади, лекин асфиксия кейинроқ яна қайтарилиши мумкин, шунинг учун асфиксия сабабини бартараф қилишга ҳаракат қилиш лозим. Бундай процесс кўпроқ жуда чала туғилган чақалоқларда кузатилади. Иккиламчи асфиксияга айниқса болани сўргич билан эмизиб боқиш, тана ҳароратининг пасайиб кетиши, қорнининг дам бўлиши, бирон-бир укол қилиш кабилар сабаб бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик давридаги ҳомила гипоксияси (ёки асфиксияси)га қуйидагича даво қилинади.

Ҳомиладор аёлни туғруқхонага ётқизиб, тинч шароит яратиш, экстрагенитал касалликлар (юрак-томир, буйрак, жигар касалликлари, она ва ҳомила резусларининг тўғри келмаслиги, қанд касаллиги ҳамда камқонлик касаллиги, ҳомиладорлик токсикозлари ва бошқалар)ни ўз вақтида ва кислород ҳидлатиш билан даволаш лозим.

Дорилардан 1% ли сигетин (2—4 мл дан) 40% ли глюкозани (20—40 мл) томирга (10—12 кун давомида) юбориш; 20% ли глюкозанинг 150—200 мл ига 10 бирликда инсулин қўшиб, томирга томчилатиб юбориш; 2,4% ли эуфиллидан 10 мл ини 15 мл физиологик эритмада томирга юбориш; кокарбоксилазанинг 50—100 мг ини 40% ли глюкозанинг 20 мл и билан томирга юбориш; 5% ли аскорбат кислотани (3—4 мл) 40% ли глюкозага (20 мл) ҳамда 1 мл коразол қўшиб томирга юбориш; витамин Е дан 1 мл дан мушак орасига юбориш (5% ли бўлса ҳар куни, 10% лисини кунора). Витамин В₁₂ ни 200 граммдан кунора мушак орасига юбориш; галаскорбат (0,5 г) ва фолат кислотадан (0,02 г) кунига 3 маҳал ичириш кабилардир. Туғруқнинг биринчи ва иккинчи давларида эса ҳомилада асфиксия аниқланганда даволаш усули ҳомила гипоксиясини даволашдагидек бўлиб, комплекс дориларни, айниқса глюкоза, аскорбат кислота, коразол эритмаларини туғруқнинг биринчи даврида ҳар 3 соатда, иккинчи даврида эса 10—30 минутда такроран томирга юбориш мумкин.

Кислородни намланган дока орқали ҳидлатишни ҳар ярим соатда, туғруқнинг иккинчи даврида эса ҳар гал кучангандан сўнг ҳидлатиб туриш зарур.

Агар юқорида айтиб ўтилган дори-дармонлар яхши ёрдам бермаса, ҳомилани тезроқ туғдириб олиш чораларини кўришга киришиш лозим. Буни ҳомиланинг боши ёки думбаси билан келишини ҳисобга олиб, врач ҳал қилади.

Ҳомиланинг сурункали гипоксиясининг олдини олишда аёллар консультацияси муҳим роль ўйнайди. Ҳар қандай ички касалликларни ҳомиладор бўлмасдан олдин даволатиш маъқул. Ҳомиладорлик бошланганидан сўнг ҳомила гипоксияси бўлиш эҳтимоли бор аёллар консультация врачига мурожаат қилишлари лозим ва махсус «хавфли» гурппада туришлари ҳамда ўз вақтида керакли дори-дармонлар олишлари лозим. Гипоксияга сабаб бўлувчи ички касалликлар ва ҳомиладорлик токсикозларини ўз вақтида даволаш гипоксиянинг олдини олиш гаровидир.

Туғруқ даврида уни тўғри бошқариш лозим. Асфиксия белгилари бошланиши билан керакли дори-дармонларни ўз вақтида бериш керак. Ҳомила асфиксия билан туғилса, уни ўз вақтида даволаш бошлар ўлимининг олдини олишда муҳим роль ўйнайди.

МУДДАТИДАН ЎТГАН ҲОМИЛАДОРЛИҚ

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик, кўпчилик олимларнинг фикрича, умуман 1,4—14% учраб, ўртача 8% ни ташкил қилади. Бизнинг шароитимизда серфарзанд ва тез-тез туғадиган аёллар кўп бўлганлиги учун 5—10%, биринчи туғувчи аёлларда эса 4—5% ҳолларда учрайди (Л. Л. Левинсон, 1969; Е. А. Чернуха, 1982 йил).

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик нима?

Физиологик ҳомиладорлик 39—41 ҳафта давом этади, агар у 42 ҳафтадан ўтиб кетса, паталогик — муддатидан ўтган ҳомиладорлик ёки кечиккан туғруқ ҳисобланади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни узоқ давом этган ҳомиладорликдан фарқ қила билиш керак.

Узоқ давом этган ҳомиладорликда ҳомила она организмда туғилиш даражасида ривожланмаганлиги сабаб ҳомиладорлик бир-икки ҳафта кўп давом этади. Кўпчилик олимлар буни биологик ҳолат ёки ҳомиладорликнинг муддатидан вақтинча узайиши деб ҳисоблайдилар.

Агар ҳомиладорлик муддатидан икки ҳафта ёки undan кўпроқ ўтса ва ҳомилада вақтидан ўтиб туғилиш белгилари мавжуд бўлса, бу паталогик ёки ҳақиқий вақтидан ўтиб туғиш дейилади.

Кейинги вақтларда ўтказилган кўпгина илмий тадқиқотлар ва кундалик тажриба ҳомиланing муддатиdan ўтиб туғилиши она ва бола учун хавфли эканини кўрсатди.

Муддатиdan ўтиб кетган ҳомиладорликning келиб чиқиш сабаблари узоқ йиллардан бери олимларning диққат-этиборини ўзига жалб этиб келган.

Гипократ давриdan шу вақтгача жуда кўп илмий тадқиқотлар қилинди. Кўпчилик олимлар аёл организмда нейроэндокрин системаси ишинing, жумладан жинсий безлари фаолиятинing бузилишини муддатиdan ўтган ҳомиладорликning асосий сабабларидан бири деб ҳисоблайдилар, шулардан айримлари туғрисида тўхталиб ўтмоқчимиз.

Ҳайз кўриш циклинing ҳар хил ўзгаришлари ҳомиладорликning муддатига таъсир қилиши аниқланган. Бунда: болалик даврида бўлиб ўтган бирон-бир инфекция касалликлар (қизилча, қулоқ олди безинing яллиғланиши, қизамиқning оғир формаси ва бошқалар) ҳайз кўришни бошқарувчи бош миёдаги марказлар фаолиятини таъсирлаштириб, ҳайз кўриш циклинing бузилиши натижасида ҳайз цикли қисқа (21 кундан кам) ва узоқ

(35 кундан кўп) бўлиб қолиши мумкин. - Муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳайз циклининг ҳар замонда (2—3 ойда бир марта) келиши маълум роль ўйнаши мумкин.

Бу процессда ички органларнинг баъзи касалликлари ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади. Булардан ички секреция безлари (бўқоқ, буйрак усти, меъда ва бошқалар) фаолиятининг бузилиши, моддалар алмашинувининг (ёғ, оқсил, углевод ва бошқалар) ўзгариши, ҳомиладорлик токсикозлари, бирон-бир нерв-психик касалликлар ҳам маълум таъсир кўрсатиши мумкин.

Е. А. Чернуха ва бошқаларнинг айтишича, бу асоратда ҳомиланинг ҳам роли катта, чунки вақтидан ўтиб туғилган ҳомила ва чақалоқлар ўртасида турли нуқсонлар: гидроцефалия — миёга сув йиғилиши, анэнцефалия — ҳомиланинг бош миёсиз туғилиши, микроцефалия — бош миёнининг ҳаддан ташқари кичик бўлиши, Даун касаллиги — туғма асаб касаллиги, буйрак поликистоз — буйракнинг майда пуфакчаларга айланиши каби касалликлари 9,24% ни ташкил қилади.

Одатда ҳомиланинг нормал ривожланишида она-йўлдош-ҳомила системаси бир бутун бўлиб, уларнинг фаолиятлари бир-бирига чамбарчас боғлиқдир.

Ҳомиланинг буйрак усти беши дегидроэпиандростерон гормонини ишлаб чиқади, у ҳомила ва она жигарида гидроксилланади ва 16-дегидроэпиандростеронга айланади, бу эса йўлдошда эстриолга айланади. Агар бу система бузилса, она қонидаги эстриол миқдори камайиб, ҳомила ҳаёти хавф остида эканлигини кўрсатади. Агар эстроген гормони етарли ишланиб чиқмаса аёл организми туғишга вақтида тайёрланмасдан, ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига олиб келади.

Баъзи олимларнинг фикрича, қондаги прогестерон гормони кўпайиб кетса ҳам ҳомиладорликнинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин (Чернуха Е. А. 1981).

Туғруқ процессининг ўз-ўзидан бошланишида биологик актив аминлар (серотонин, кинин, брадикинин, простагландин ва бошқалар) катта аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг қондаги миқдори камайиб ёки окситоциназа ҳамда холинэстераза ферментларининг кўпайиб кетиши ҳам ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Туғруқ вақтида бачадон мускуллари яхши қисқариши учун микроэлементлар (мис, марганец, рух ва бошқалар), витаминлар (В группаси В₁, В₆, В₁₂; витамин РР, С, Е ва бошқалар), липид, гликоген, рибо-

нуклеотидлар ва бошқалар муҳим роль ўйнайди. Агар ана шу моддалар аёл организмида камайиб кетса, бачадон мускулларида моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келиши ва ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, бачадон мускуллари илгари яллиғланган ёки аёл кўп марта аборт қилдирган бўлса, бачадон мускулларининг қондаги гормонларга сезувчанлиги сусайиши ҳам муддатидан ўтган ҳомиладорликка сабаб бўлиши мумкин.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашда консультациянинг роли катта. У ерда аёлларни ҳар тарафлама текшириш катта аҳамиятга эга.

Ҳомиладор аёл консультацияга келганда ҳайзнинг қачон ва неча ёшдан бошлангани, неча кун давом этиши, неча кунда такрорланиши (21—28—30—35), ҳайз кўрганда оғриқ бўлиш-бўлмаслиги, охириги марта қачон ҳайз кўргани каби маълумотларни билиши жуда катта аҳамиятга эга, чунки муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик кўпинча кеч 16—17 ёшда ҳайз кўрган ва ҳайз кўриш функцияси бузилган аёлларда кўпроқ учрайди.

Ҳомиладорликда аёлнинг ёши катта аҳамиятга эга бўлиб, муддатидан ўтган ҳомиладорлик кўпинча 28 ёшдан кейин биринчи марта ҳомиладор бўлган аёлларда кўп учрайди.

Консультацияда аёлдан олдинги ҳомиладорлиги қандай ўтганлиги, фарзанди чала туғилганми ёки муддатидан ўтганми, ҳомиладорлик асоратлари тўғрисидаги маълумотларни ҳомиладорлик варақасига аниқ қилиб ёзиб қўйиш керак. Аёл ҳомиладорликнинг биринчи ярмида (беш ойгача) бир ойда бир-икки, иккинчи ярмида уч-тўрт марта текшириб турилади. Агар ҳомиладорлик даврида нормадан ташқари белгилар топилса ёки ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиш хавфи бўлса, бундай аёлни туғруқхонага ҳомиладорлигининг 37—38 ҳафта-сида ётқизиш зарур.

Ҳомиладор аёлнинг тахминий туғиш вақти қуйидагича аниқланади. Ҳомиладорлик охириги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисоблаганда ўрта ҳисобда 280 кун ёки акушерлар ойи билан 10 ой (40 ҳафта), баъзан ҳомиланинг ривожланиш хусусиятига қараб 280 кундан (10—12 кунгача) кам ёки кўп давом этиши мумкин.

Бундан ташқари охириги ҳайзнинг биринчи кунидан бошлаб уч ой орқага санаб, унга етти кун қўшилади. Масалан, агар охириги ҳайзнинг биринчи кунни 20 август бўлса, уч ой орқага саналиб (20 июль — 20 июнь), унга

етти кун қўшилса, туғруқ келаси йилнинг 27 июнида бўлади. Ҳомиланинг тахминий туғилиш кунини, унинг биринчи марта қачон қимирлаганини аёлдан сўраб ҳам аниқлаш мумкин. Маълумки, биринчи туғувчи аёллар ҳомилани биринчи марта қимирлашини унинг 20 ҳафталигида, қайта туғувчилар эса 18 ҳафтада сезишади. Шунга асосан биринчи туғувчиларнинг ҳомила қимирлаганлигини сезган числосига 144 кун ёки 20 ҳафта, қайта туғувчиларда эса 154 кун ёки 22 ҳафта қўшиб, туғруқнинг тахминий кунини аниқлаш мумкин.

Ҳомиланинг туғилиш вақтини аниқлашда ҳомиладорликнинг дастлабки 3 ойида консультация врачига учраб туриш катта аҳамиятга эга. Чунки шу вақт ичида ҳомиланинг муддатини аниқлаш врач учун анча осон бўлади. Агар ҳомиладор аёл шу муддатдан кеч мурожаат қилса, врач ҳомила муддатини аниқлашда 1—2 ҳафтага адашиши мумкин.

Ҳозирги пайтда туғруқ вақтини аниқлашдаги қўшимча усуллардан бири қиндан суртмалар олиб, ундаги ҳужайралар сифатига, сонига, формасига қараб цитологик аниқлаш усули кенг тарқалган. Қин девори 4 қаватдан иборат: базал, парабазал, оралик, юзаки қаватдан. Бунда базал қават юза қават ҳужайраларнғача етилишида ҳужайра формаларининг ўзгариши ва ядроларининг борган сари кичиклашиши, кўчиб тушган ҳужайраларнинг сони қондаги эстроген ва прогестерон гормонларнинг миқдорига боғлиқ.

Одатда туғруққа яқин ҳомиладор организмда эстроген гормони кўпайиб боргани учун у қин шиллиқ қавати ҳужайраларига таъсир қилиб, юзаки қават ядроси нуқтасимон бўлган ҳужайралар сони ҳам кўпая боради. Қиндан суртмани туғишга 8—10 кун қолганда ҳар куни олиб текшириб кўрилганда, бунга ишонч ҳосил қилиш мумкин. Агар кўрсатилган ҳужайралар сони (20 дан) кам бўлса, демак ҳомиладор организмда эстроген гормони камлигини кўрсатади, шу билан бирга туғруқ кечикаётганидан дарак беради. Агар қинда яллиғланиш бўлса, бу усул билан текшириш натижа бермайди. Шу билан бирга бачадон оғзининг етилиш даражасига, бачадон мускулларининг окситоцинга сезгирлигига ҳам аҳамият бериш зарур. Бачадон бўйнининг узунлиги, юмшоқ-қаттиқлиги, чаноқ ўқиға нисбатан жойлашиши, деворларининг қалин-юмшоқлиги, каналининг кенглиги каби белгиларга қараб А. В. Голубев бўйича 4 та «етилганлик» даражаси тафовут қилинади (3-жадвал). Бу

ҳомиладорликнинг 38-ҳафтасидан бошлаб аниқланади.

Бу жадвални ҳар бир фельдшер-акушерлик пунктида, туғруқхона залларида, аёллар консултацияларида кўзга кўринадиган ерга осиб қўйиш лозим. Буни ҳар бир акушерка билиши, ўз иш фаолиятида ишлата олиши жуда зарур. Чунки бу жадвал ҳомилани вақтидан ўтиб туғилишидан ташқари, кўпгина акушерлик асоратлари (дарднинг сустлиги, туғруқда қон кетиши ва бошқалар) нинг олдини олишга ҳам ёрдам беради. Туғруқни вақтидан ўтиб кетаётганлигини кўрсатувчи юқоридаги комплекс тадбирлардан ташқари, окситоцин тести (аёл организмнинг туғишга тайёрилигини билиш учун), яъни бачадон мускулларини окситоцин моддасига сезгирлигини билиш мумкин. Бу қуйидагича олиб борилади. 1 мл (5 бирликдаги) окситоцинни 5% ли глюкозанинг 500 мл ига аралаштириб, ундан 5 мл шприцга олинадиган ва ҳомиладор аёлнинг қон томирига 1 минутда 1 мл дан (ёки 5 мл аралашмани 5 минут давомида) юборилади, бачадон мускуллари — 1—3 мл ни юборганда қисқариш билан (бу қўлни бачадонга қўйиб турганда сезилади) жавоб берса — тест мусбат; 4-ва 5-минутларда қисқарса — тест манфий деб ҳисобланади. Бу тест ёрдамида ҳомила аҳволини ҳам аниқлаш мумкин. Бу кардиотахограф аппаратида ҳомила юрак уришини ёзиб олиш билан билинади. Агар ҳомилада бирон-бир ўзгариш (гипоксия) бўлса юрак уриши секинлашади. Бу эса ҳомила аҳволи ёмонлашганини билдирувчи илк белгилардан ҳисобланади. Демак, ҳомила хавф остида — туғруқни тезлатиш лозим бўлади. Туғруқ кечикаётганда ҳомила аҳволини билиш учун аёлни 8—10 та зинапоя погонасидан юқorigа чиқариб, сўнг ҳомила юрагини эшитиб кўриш усули ҳам бор. Бунда, агар ҳомилада гипоксия бўлмаса, унинг юрак уриши 5—10 мартага тезлашади, секинлашса — бу ҳомилада гипоксия борлигини билдиради. Булар ҳаммаси туғруқни тезлатиш усуллари қўллаш зарурлигидан дарак беради. Ҳомила аҳволини билиш учун ҳозирги даврда унинг юрак фаолиятни ёзиб оладиган электрокардиограф ва фонокардиограф каби аппаратлардан фойдаланилмоқда.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни аниқлашга ёрдам берадиган яна бир усул — ультратовуш аппарати билан текширишдир. Бунда ҳомила бош суяги қаттиқлашганлиги ва бироз қалинлашганлиги, унинг чоклари торайганлиги, қоғоноқ суви миқдори бироз камайганлиги аниқланади.

Ҳозирги даврда клиникаларда муддатидан ўтган ҳамиладорликни аниқлашда аминоскопия (оптик система ёрдамида бачадон бўйни орқали ҳомила пуфаги ҳолати ҳамда суви рангига аҳамият бериш), амниоцинтёз (қорин орқали ёки бачадон бўйни орқали узун игна билан ҳомила сувидан текширишга олиш), қондаги эстроген, прогестерон, гонадотропин ва бошқа гормонларни текшириш усуллари кенг қўлланилмоқда.

Ҳозирги даврда ҳамиладорлик даврини аниқлашда ультратовуш (УТ) аппарати кенг қўлланилмоқда, бу ҳомиланинг туғилиш вақтидан ўтиб кетаётганлигини ҳам яхши аниқлаб беради. Она ва бола ўртасидаги моддалар алмашинувини йўлдош таъминлаб турганлиги учун, унда бирон бир морфологик ўзгариш бўлса, ҳомиланинг овқатланиши, нафас олишига салбий таъсир кўрсатади.

Айрим ёш оналар юқорида айтиб ўтилган баъзи маълумотлардан хабардор бўлсалар ҳам, дард бошланмасдан олдин туғруқхонага бормайдилар, бу ҳол кўнгилсиз воқеаларга сабаб бўлади.

Биз муддатидан ўтган ҳамиладорликни аниқлаш тўғрисида қисқача тушунча бердик.

Ҳамиладор аёлни туғруқхонага ётқизиб текширилса, тўлиқ маълумотлар олишдан ташқари, даволаш чоралари ҳам кўрилади. Ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши она ва бола учун хавфли деганимизнинг боиси шундаки, йўлдош қон айланиш системаси фаолияти сусайиши билан бир қаторда она ва бола организмда моддалар алмашинувининг барча тури ҳам бузилади.

Ҳомиланинг муддатидан ўтиб туғилиши кўпинча баҳор-қиш ойларида, организмда витаминлар камайган даврда учрайди. Бизнинг шароитимизда ёзин-қишин витаминларга бой ҳўл ва қуруқ мевалар мўл бўлганлиги учун ҳамиладорликнинг муддатидан ўтишининг олдини олиш мумкин.

Муддатидан ўтган ҳамиладорликда кўпроқ илк ва кечиккан токсикозлар, ҳомиланинг сурункали гипоксияси ёки унинг нобуд бўлиши, туғруқ даврида эса дарднинг бирламчи ёки иккиламчи сустлиги, ҳомила сувининг барвақт кетиши, чаноқнинг функционал торлиги каби асоратлар кузатилади.

Муддатидан ўтган ҳамиладорликда нималар қилиш ва туғруқни қандай бошқариш керак?

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, ҳомилани туғдиришга ҳаракат қилишдан олдин уни ҳар томонлама текшириб, аниқлаш лозим. Агар ҳомила етилиши учун туғруқ вақти узаяётган бўлса, бироз (42-ҳафтагача) кутиш ва ҳомила аҳволини яхшилайдиган дорилар бериб туриш мумкин. Ҳомиладорликнинг вақтидан ўтаётгани ҳақиқий бўлса, уни туғдиришга вақтида ёрдам бериш лозим. Бунда аёлнинг ўзи туға оладими ёки дард бошланишини кутмай, операция йўли билан туғдириш зарурати пайдо бўладими, деган масалани ўз вақтида ҳал қилиш керак. Бу борада муддатидан ўтган ҳомиладорликни бошқаришда кўп иш олиб борган олим Е. А. Чернуханнинг ва бизнинг кўп йиллик тажрибаларимизга асосланиб, қуйидаги маслаҳатни берамиз.

Агар аёлда ҳомиладорлигида ва аввалги ҳомиладорликлари даврида бирон-бир оғир асорат (туғруқ пайтида операциялар қўлланилганлиги, ўлик туғиш ёки чақалоқнинг нобуд бўлиши, бефарзандлик ва бошқа)лар, шунингдек ички органлар касалликлари бор бўлса, туғруққа 3—4 кун қолганда ҳомилани Кесар усулида кесиш операцияси билан олган маъқул. Ҳомиланинг туғилиши вақтидан ўтган бўлса (аҳволи ёмон бўлмаса), бачадон огзини етарли «етилтириш» ҳамда бачадон мускулларини окситоцин моддасига сезувчанлигини ошириш учун ҳомиладор организмга витамин-глюкоза-гармон-кальций моддаларидан иборат дорилар комплекси юборилади. Бунинг учун фолликулин ёки эстрадиол дипропионатнинг мойли суюқлиғидан 10000 бирликда кунига 2 маҳал (3 кун давомида) мушак орасига юбориш мақсадга мувофиқдир. Агар эстрогеннинг бу тури бўлмаса, ўрнига синтетик гормон — синеэстроленнинг 0,1% ли эритмасидан 1 мл дан 2 маҳал, 1—2% лиси бўлса 0,1 мл дан мушак орасига кунига икки маҳал юбориш керак. Агар 0,5 мл наркоз эфиридан қўшилса, суюқлик танага тез сўрилади. Бундан ташқари, ҳар куни мушак орасига витамин В₁ нинг 5% ли эритмасидан 1 мл, В₆ нинг 5% эритмасидан 1 мл, витамин С нинг 5% ли эритмасидан 5 мл укол қилинади. Қон томирига 40% ли глюкозанинг 20—40% мл ига коразолдан 1 мл қўшиб ҳамда 10% ли кальций глюконат ёки калций хлориднинг 10 мл ини секин-аста юборилади. Ундан ташқари, ҳар куни АТФ дан 2 мл, сигетиндан 2 мл мушак орасига юбориб турилади. 1 г дан кунига 3 маҳал галаскорбин, 1 г дан 3—4 маҳал калий хлорид ичирилади. Юқорида кўрсатилган дорилар таъсирида бачадон оғзи етарли «етилмаса», уларни

Бачадон бўйнининг етилиш даражаси шкаласи (А. В. Голубев бўйича)

Белгилари	0	1	2	3	4
Бачадон бўйнининг қаттиқ ёки юмшоқлиги (консистенцияси)	Бачадон бўйни қаттиқроқ ва қиннинг орқа гумбазига қараган	Бачадон бўйни бир оз юмшоқлашган, лекин қиннинг орқа гумбазига қараган	Бачадон бўйни бир оз юмшоқлашган, қиннинг орқа гумбазига қараган	Бачадон бўйни юмшоқ, чаноқ ўқи бўйлаб жойлашган. Бачадон бўйнининг ички тешиги соҳаси бироз қаттиқлашган тўқима (кольцо уплотнения) аниқланади	Умуман ҳамда ички тешиги соҳаси ҳам юмшоқ
Бачадон бўйнининг узунлиги	4 см ва ундан ҳам кўпроқ	4 см дан 3 см гача	3 см дан 2 см гача	2 см дан 1 см гача	1 см ва ундан ҳам оз
Бачадон бўйни каналининг очилганлик даражаси	Бачадон бўйнининг ташқи тешиги берк	Бачадон бўйнининг ташқи тешиги берк	Бачадон бўйни ташқи тешиги бир оз очик, бармоқ учи киради	Бачадон бўйни ҳам ташқи, ҳам ички тешигига 1 бармоқ киргизиш мумкин	Бачадон бўйни каналига 1—1,5 бармоқ киргизиш мумкин.

юборишни 5—6 кунгача давом эттириш мумкин. Окситоцин тести текширилиб, дардни қўзғатадиган кунни эрта билан (соат 6 дан бошлаб) глюкоза-гормон-витамин-кальций хлорид дорилар комплекси тезлашган усулни қайтариш лозим, бунда эстроген гормонини ҳар 2 соатда дорилар (глюкоза, витаминлар, кальций хлорид) ни бир марта юқорида кўрсатилгандек юборилади. Гормоннинг иккинчи уколи билан бир қаторда кунжут ёғидан 60 мл ичириш, учинчи уколи билан эса тозаловчи клизма қилиш лозим. Булар ҳаммаси — дард бошланса, унинг зўрайишига ёрдам беради.

Бачадон оғзининг «етилишига» қараб организмни туғишга тайёрлашда юқорида айтилгандек, окситоцин тести қўйиб билинади. Окситоцин тести мусбат бўлса (5% ли глюкозанинг 500 мл га 1 мл (5 бирлик) окситоцин қўшилади), қон томирга минутига 6—8 томчи юборилади. Томчилар сони ҳар 5 минутда 5 тадан кўпайтирилиб, умумий сонини 25—30 тагача етказилади ва бачадон қисқаришидан, ҳомила аҳволидан тез-тез хабардор бўлиб турилади. Агар қориндаги бошланган оғриқ мунтазам, яъни ҳар 6—8 минутда тутиб, туғруқ процесси бошланмаса, бу ҳомиладор организмнинг туғишга ҳали тайёр эмаслигини билдиради. Шундай бўлса ҳам окситоцин ва глюкоза аралашмасини одатдигидек 6—8 томчидан қон томирга секин-аста (ҳар 5 минутда 5 тадан кўпайтириб умумий сонини 40 дан оширмасдан) юбаравериш керак, бу эса бачадон оғзининг етарлича «етилишига» ёрдам беради.

Дард тутиши мунтазам, бир текис ва қоғоноқ парда бутун бўлса, шунингдек бачадон оғзи секин-аста очила бошласа (7—8 см гача), агар ҳомила кўндаланг ёки ҳаддан ташқари катта бўлмаса, уни аста-секин игна ёрдамида йиртиш мумкин. Қоғоноқ парда бачадон оғзи етарли очилмасдан туриб йиртилса, туғруқда ҳар хил асорат (дарднинг сустлиги, «қуруқ туғиш, кўп қон кетиши, ҳомила аҳволининг оғирлашиши ва бошқа)ларга сабаб бўлиши мумкин.

Окситоцин юборилганда аёл ва ҳомила аҳволини диққат билан кузатиб бориш зарур. Зарурат бўлиб қолганда (бачадон мускулларининг тез-тез қисқариши, йўлдошнинг олдин кўчиш белгилари, ҳомила аҳволининг ёмонлашиши) окситоцин юбориш тўхтатиб, асоратларнинг ўз вақтида олдини олиш мумкин. Ҳомиладор аёлни туғишга тайёрлаш даврида қон томирга томчилатиб бироз оқсил моддаси (200 мл протеин ёки 100—150 мл қон

плазмаси) юборилса, ҳомилага ижобий таъсир кўрсатиши мумкин. Аёлда камқонлик бўлса янги тайёрланган қондан томирига томчилатиб 200—300 мл юборилади.

Барча ҳомиладор аёлларда гемоглобинни ва кўп туққан хотинларда (айниқса илгари ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида қон кетган аёлларда) қон ивиш системасини олдиндан аниқлаш зарур. Қон кетишининг олдини олиш учун ҳар 8 соатда мускул орасига 1% ли викасолдан 3 мл юборилади. Ҳомиланинг она қорнидаги асфиксиясининг олдини олиш учун 40% ли глюкоза эритмаси (40 мл) ва кокарбоксилаза (50 мл) ни 1 мл коразол билан қон томирига юбориш лозим. Қислородни намланган докадан ўтказиб ҳидлатилади. 4% ли натрий бикарбонат эритмаси (100 мл) қон томирига томчилатиб юборилади.

ТУҒРУҚ ЖАРАЁНИНИ БОШҚАРИШ УСУЛЛАРИ

Туғруқ процесси қўзғатилиб, бир текис дард тутаётганда бачадон мускулининг ҳаддан ташқари қисқаришига йўл қўймаслик учун вақти-вақти билан спазмолитик дорилар бериб туриш лозим. Буларга но-шпа (2 мл), 2% ли папеверин гидрохлорид (2 мл) оғриқсизлантириш учун 2% ли промедол (1 мл) ва 1% ли димедролни (1 мл) алоҳида шприцларда бирин-кетин мушак орасига юбориш мумкин. Туғруқни оғриқсизлантириш учун ҳозир кўп туғруқхоналарда «Электронаркон-1» аппаратидан фойдаланишмоқда. Буни электроанальгезия дейилади. Агар туғруқ давомида бирон-бир асорат (дарднинг бирламчи ва иккиламчи суствлиги, ҳомила асфиксияси) содир бўлиб қолса, одатдагича (тегишли бобларга қаралсин) зарур ёрдам кўрсатилади. Чаноқ функционал тор бўлса (бунга кўпроқ ҳомила бош суягининг қаттиқлашиб, чок ва лиқилдоқларининг торайиб кетиши сабаб бўлади), унинг даражасига қараб кесар кесиш операцияси қилинади ёки махсус акушерлик қисқичлари ёрдамида ҳомила туғдириб олинади. Буни врач бажаради.

Ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилганлигини ундаги маълум белгилар ва йўлдошдаги патоморфологик ўзгаришлар асосида аниқланади. Бунда ҳомила олди суви камайиб кетади, унга ҳомила ахлати аралашганидан яшил тусда бўлади, ҳомила териси қуруқ, сарғиш-яшил бўлиб, тери юза қавати худди «кир юувчилар» қўлига ўхшаб қолади, баъзан кўчиб (айниқса, қўл ва оёқ

кафтлари), туша бошлайди, бош суяги қаттиқлашиб, чок ва лиқилдоқлар торайиб кетади.

Йўлдошнинг бачадонга ёпишиб турган томонида тўқимаси «ўлик» ва оқ нуқтасимон соҳалар кўп бўлиши мумкин. Бундай ўзгаришлар ҳомиланинг туғилиши қанча чўзилса, шунча кўп кузатилади.

МУДДАТИДАН ЎТГАН ҲОМИЛАДОРЛИҚНИНГ ОНА ВА БОЛАГА ТАЪСИРИ

Ҳомила бошининг тор чаноққа кириш қисмида (айниқса туғруқнинг 2-даврида) узоқ туриб қолиши ва чаноқда жойлашган органлар (сийдик пуфаги, тўғри ичак) эзилиши натижасида аёлда туғруқдан сўнг турли оқма касалликлар юзага келиши ва сийдик ёки ахлат қин орқали чиқиши мумкин.

Дард бошланмасдан олдин қоғоноқ суви кетиши, дарднинг суст бўлиши натижасида туғруқ йўлларида турли инфекциялар тушиши она ва бола учун айниса хавфлидир. Чилла даврида пайдо бўладиган кўпгина септик касалликлар келиб чиқишига шу нарса сабаб бўлиши мумкин.

Айрим аёллар қоғоноқ суви оз-оздан кетса, у ўз-ўзидан тўхтаб қолар деб ўйлашиб, врачга бормаидилар, бу жуда нотўғри. Чунки инфекция олдин ҳомила пардасига, сўнгга йўлдош ва йўлдош-бачадон қон томирлари орқали бутун организмга тарқаб кетиши мумкин. Айрим вақтларда инфекция туғруқ йўлларида сақланиб қолиб, кейинчалик чилла даврида турли яллиғланиш касалликларига сабаб бўлиб, бефарзандликка олиб келиши мумкин.

Қоғоноқ сувининг олдин кетиши 10—12%, дарднинг суст бўлиши 18—19%, туғруқ вақтида қон кетиши 25%, чилла даври касалликлари 8—10% ҳолларда учрайди! Муддатидан ўтган ҳомиладорликда турли операциялар 20% ҳолларда қўлланилади. Кесар усулида кесиш операцияси 5—10% ҳолларда қўлланилади.

Ҳомиладорлик муддатидан 2—3 ҳафта ўтганда боланинг ўлик туғилиши 3—4%, 4—5 ҳафта ўтганда эса 6—8% ҳодисада кузатилади.

Ҳомиладорлик муддатидан қанча кўп ўтса, у шунчалик кўп асоратлар қолдиришини яна бир бор таъкидлаб ўтиш зарур.

Муддатидан ўтиб туғилган чақалоқда қандай ўзгаришлар кузатилади?

Ҳомиланинг ҳар хил формадаги асфиксия билан туғилиши йўлдош-қон айланиш системасида узоқ вақт патологик ўзгаришлар бўлганлигидан ва кислород алмашинувининг бузилганлигидан далолат беради. Бундай болада чилла даврида ҳам кислород етишмаслиги натижасида бош мияга қон қуйилиши ва иккиламчи асфиксия рўй бериши мумкин.

Ҳомила асфиксиясининг келиб чиқиш сабаблари, кўп, биз шулардан ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилиш механизминигина айтиб ўтдик, чунки қонда кислород алмашинувининг ҳамда ишқорийлик хусусиятининг бузилиши ҳомила миясида нафас олишни идора қилувчи марказнинг ишини ҳам издан чиқаради. Бундай чақалоқларга ҳар томонлама тинч шароит яратиш, соғилган она сутини чой қошиқда ёки зонд ёрдамида бериш керак бўлади. Сутни чақалоқ қайтариб чиқармаслиги учун зондни ичкарироқ (12 бармоқ ичаккача) киргизиш мақсадга мувофиқдир.

Нафас олиш маркази фаолияти бироз бузилганда организмни кислород билан таъминлаш етарли бўлмайди. Бу чақалоқ ўпкаси фаолияти бузилиши туфайли ҳам келиб чиқади (гиалин мембранаси, зотилжам, ателектаз ва бошқалар), натижада чақалоқ тез-тез ва секин ёки тез ва юзаки, қийналиб нафас олади. Бу ўзгариш чақалоқ юқори нафас йўлларига ҳомила олди суви ҳамда шилимшиқ тушганда содир бўлади, шунинг учун электр сўргич аппарати ёрдамида уларни сўриб олиб ташлаш лозим. Сўнгра намланган дока орқали кислород ҳидлатилади.

Марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштириш учун чақалоқ бошини баландроқ қилиб ётқизиб, 20 см баландликда (каравотга) музли резина халта осиб қўйилади ва мушак орасига чақалоқ вазнининг ҳар 1 кг га 0,3—0,5 мг дан кунига 2—3 маҳал дроперидол, 2 маҳал 1% ли викасол эритмасидан, 0,2—0,3 мл (вазнининг 1 кг га 0,1 мл дан), 0,005 г дан кунига 2—3 маҳал рутин, 10% ли кальций хлор ёки кальций глюконатни 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал ичирилади, 5% ли аскорбат кислотадан 1 мл мушак орасига ёки томирга 10—20% ли глюкозадан 15—20 мл юбориш мумкин.

Чақалоқнинг 1 кг вазнига 0,01—0,02 г аминазинни сутка давомида 3 га бўлиб мушак орасига 5—7 кун юборилади.

Бош суяги ичидаги босимни камайтириш учун 2 маҳал гипотиазид ёки 0,03 г диакарб ичирилади ёки ҳар 1

кг вазнига 1—3 мг лазекс мушак орасига юборилади. Оқсил дорилардан 10—15 мл альбумин ёки плазма, реополиглюкинни қон томирига томчилатиб юбориш мумкин. Суюқлик миқдори ҳаммаси бўлиб (ичирилгани ва томирга юборилгани) бир суткада 1 кг вазнга 30—40 мл атрофида бўлиши керак, бу дориларга 25 мг кокар-боксилаза қўшиш мумкин. Қондаги электролитлар ҳамда қоннинг ишқорийлик хусусиятини нормаллаштириш учун 4% ли натрий гидрокарбонатдан 10—15 мл дан қон томирига секин-аста юборилади.

Инфекцион касалликларнинг олдини олиш учун 1 кг вазнга суткада 50000—100000 бирликда пенициллин (2 маҳал) ёки оксациллиндан 200 мг мушак орасига 3 маҳал юборилади. Чақалоқларни бундай даволаш неонатолог врачлар назорати остида олиб борилади, чақалоқлар туғруқхонадан 1—2 ҳафтадан сўнг чиқарилгани маъқул.

Агар ҳомила асфиксия билан туғилган ёки операция қилиб олинган бўлса, у қанча муддат ўтиб туғилганидан қатъи назар, чилла ва ундан кейинги даврда педиатр-врач назорати остида бўлиши лозим. Муддатидан ўтиб туғилган бола кўринишидан соғлом бўлса ҳам, у турли касалликларга, инфекцияларга тез чалинувчан бўлади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, муддатидан ўтиб туғилган боланинг онаси ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладор-лик даврида гипертония, нефропатия ва турли ички касалликлар билан оғриган бўлса, бундай болалар жуда нимжон бўлиб, ҳатто туғилганда ҳам вазни кам бўлади. Бунга туғма гипотрофик ҳолат дейилади. Чилла даврида боланинг шахсий гигиенасига риоя қилиш лозим, чунки тери орқали турли инфекциялар кириши, биринчи навбатда тери касаллиги — пиодермия, кейинроқ эса, инфекциянинг бутун организмга тарқалиши — септицемияга олиб келиши мумкин. Агар боланинг бадан терисида йирингли тошмаларнинг бирортаси борлиги сезилса, дарҳол врачга олиб бориш керак, шу тариқа оғир септик касалликнинг олдини олиш мумкин.

Чақалоқнинг гемоглобини чилла даврида 110—120 бўлиши керак. Камқонлик аниқланса, турли дори-дармонлар бериш билан бирга қон қўйиш лозим. Ҳомиладор-ликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида аниқланган ички касалликларга ўз вақтида даво қилинса, ҳомиланинг нормал туғилишига ҳамда унинг чилла даврида нормал ўсишига шароит яратилган бўлади.

Чилла даврида кўпгина оналар чақалоқнинг бадан териси шилинганини туғруқ вақтида рўй берган шикаст

натижасида келиб чиққан, деб ўйлайдилар. Бу хато фикр. Ҳомиладорлик муддатидан ўтганда боланинг бадан териси тез шилинадиган бўлиб қолади. Бунда чақалоқни чўмилтирганда ва йўргаклаганда эҳтиёт бўлишни унутмаслик лозим.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда унинг неча ҳафта ўтганлиги ва токсикоз касаллиги қўшилганми ёки йўқлигининг катта аҳамияти бор. Бунинг сабаби шундаки, агар аёлда нефропатия касаллиги бўлса, ҳомиладорлик оғир ўтиб, туғруқ вақтида кўп асоратлар (операция, дарднинг сустлиги ва бошқалар) кузатилиши мумкин.

Муддатидан ўтиб туққан аёллар туғруқхонадан тез уйга кетишга шошилмасликлари, 10—12 кун туғруқхонада ётиб, керакли дори-дармонлар билан даволанишлари лозим.

Чилла даврида аёл шахсий гигиенага қатъий риоя қилишидан ташқари, организмини ҳам чиниқтириб бориши, сервитамин овқатлар ейиши ва ҳар хил витаминлардан ичиб туриши лозим. Агар аёл нефропатия ва гипертония касаллиги билан оғриб туққан бўлса, парҳезга риоя қилиб, турли хил сутли овқатлар (творог, пишлоқ, ширгуруч) истеъмол қилгани маъқул.

Болани уй шароитида қандай парвариш қилиш керак? Она биринчи марта болалар врачига учраганда ёки уни уйга чақирганида туғруқ варақасини кўрсатиши, ҳомиладорлик давридаги аҳволини ва туғруқнинг қандай ўтганлигини, чилла давридаги аҳволини қисқача айтиб бериши керак.

Чилла даврида болани албатта болалар врач маслаҳати билан парвариш қилинади ва даволанади.

Айрим ёш оналар боланинг бадан териси қизарса, озмоз шилинса ёки унда йирингли тошмалар бўлса, қизитилган қум ёки ўчоқ кулини бола терисига сепадилар. Бундай қилиш мумкин эмаслигини акушерка тушунтириши лозим. Аксинча, болани 36° гача илитилган калий перманганат (1:10000) эритмасида ювинтириб, баданига стерилланган пахта мойи суртиш тавсия қилинади.

Кейинги йилларда терининг стафилококкли касалликлари кўп учраётганлиги сабабли кичкинтойнинг кийим-кечакларини ҳам дазмоллаб ишлатишни унутмаслик керак.

Ҳомила муддатидан ўтиб туғилганда кичкинтойни қиш пайтларида кунда бир марта, ёз кунларида эса, бир кунда икки марта чўмилтириб туриш тавсия қилинади. Болани калий перманганатнинг нимтатир эритмасида

чўмилтирилса терисига турли хил йирингли микроблар тушмайди. Чилла даврида она ўзи ва боласининг шахсий гигиенасига риоя қилса, ҳар хил чилла даври касалликларидан ҳоли бўлишади.

Юқорйда кўрсатиб ўтилган муҳим тадбирларни туғруқхонадаёқ оналарга тушунтириш акушеркаларнинг асосий вазифасидир.

ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ МУДДАТИДАН ЎТИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Бу вазифа асосан аёллар консультациясининг иши. Ҳомиладор аёллар консультацияга ўз вақтида борса, улар синчиклаб текширилса ва анамнези билан батафсил танишиб чиқилса, вақтидан ўтган ҳомиладорликни ўз вақтида аниқлаш осон бўлади. Ўткир ва сурункали инфекцияларни бошидан кечирган, олдинги туғруқларда бирон-бир асоратга чалинган, шунингдек, илгари кечикиб туққан ҳомиладор аёлларга алоҳида эътибор бериш зарур.

Ҳомиладорликнинг вақтидан ўтишининг олдини олиш мақсадида витаминларга бой, сифатли овқатлар ейиш, кутилган туғруқ муддатидан 7—10 кун муқаддам витаминлар, айниқса, С ва В гурппадаги витаминларни қўшимча тайинлаш зарур. Туғруққа физиопсихопрофилактик тайёрлаш ҳам муҳим ўрин тутати. Ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетишига шубҳа қилинганда, ҳомиладор аёлларни туғруқхонанинг патология палатасига ёки туғруққа қадар тайёрлаш учун ётиладиган палатага жойлаштирилади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик кўп кузатилишини ҳисобга олиб, ҳомиладорлик муддати 38—39 ҳафтага етганда, бачадон бўйни тайёр эмаслигига қараб 5 кунгача гормонал муҳит вужудга келтиришни таклиф қиламиз. Шунини айтиб ўтиш керакки, ҳар бир ҳомиладор аёлга консультация шароитида туғишига 2 ҳафта қолганда организмнинг туғишга тайёрлигини: 1) бачадонни ушлаб кўрилганда унинг дарров қисқарувчанлигини; 2) ҳомила бошининг (айниқса биринчи туғувчиларда) чаноққа тиқилиб туришини; 3) бачадон оғзи 3—4-даражали «етилиши» каби белгиларни аниқлаш керак. Бунини ҳар қандай акушерка аниқлаши мумкин. Шунинг учун ҳамма ҳомиладор аёлларни шу вақтда қин орқали текшириб кўриш лозим. Бачадон оғзининг кўрсатилган даражада етилганлиги аниқланмаса, унга 5—6 кун ичида, яхшиси

туғруқхонада (иложи бўлмаса, консультация шароитида) витамин-глюкоза-кальций-гормон дорилар комплекси бериш керак. Бунда ҳамма дориларни шу давр ичида ичгани бериш ҳам мумкин: поливитаминдан 1—2 дондан кунига 3—4 маҳал, кальций глюконатдан 0,5 г дан кунига 3—4 маҳал, микрофоллин таблеткасидан 1 тадан кунига 1—2 маҳал, глюкоза ўрнига шакарли чой бериш мумкин. Агар бачадон оғзи етарли «етилмаса», албатта ҳомиладорни туғруқхонага ётқизиш зарур.

Баъзи акушеркалар кўпинча туғруқ йўллариға микроблар тушишидан қўриқиб, туғруққа яқин қолганда қин орқали кўришни лозим топмайдилар. Бу — нотўғри. Асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда қин орқали кўрилса инфекция ҳам тушмайди, қоғаноқ ҳам ёрилмайди, ҳомиладор аёлни эса турли акушерлик асоратларидан сақлаб қолинади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликнинг олдини олишда ўз вақтида хотин-қизлар консультациясига бориш, врачлардан керакли маслаҳатларни олиш она ва боланинг соғлом бўлишини таъминлашдаги бирдан-бир гаровдир.

ДАРД ТУТИШ НУҚСОНЛАРИ

Одатда ҳомиладор аёллар туғишга 10—15 кун қолганда вақти-вақти билан қорин пастида ва белда бироз оғриқ сезадилар. Бу оғриқ ҳомиладор аёлни унча безовта қилмайди. Туғиш вақти-соати етганда бу оғриқ туғруқ дардига ўтиб, аввалига ҳар 8—10 минутда 20—25 секунд давомида тутати, ҳомиладор туғилишига яқинлашган сари дард тутиш давоми бўлиб, 50—60 секундгача, дардлар ораси эса борган сари қисқариб, ҳар 3—4 минутдан 2—3 минутгача етиши мумкин. Бунда шуни ҳисобга олиш керакки, биринчи туғаётган аёлларда бачадон оғзи очилиши 1 соат давомида 1 см ни ташкил қилса, қайта туғаётганларда 1,5—2 см ни ташкил қилади. Шунинг учун биринчи туғаётганлар 15—18 соат, қайта туғаётган аёллар 6—12 соат ичида туғадилар.

Туғруқнинг нормал ўтиши, кўпинча юқорида айтилганидек, дард тутишнинг тўғри, мунтазам ва секин-аста кучайиб боришига боғлиқдир. Дарднинг сустлиги туғруқ вақтидаги патология ҳисобланиб, 8—10% ҳолларда учрайди. Дард тутишнинг сустлиги бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Дард тутишнинг бирламчи сустлигига сабаб нима? Кўпинча бунга жинсий органларнинг, ай-

ниқса бачадоннинг етилмаганлиги (инфантилизм ва аномалияси), яъни бачадоннинг бир ва икки шохли бўлиши, бачадон мускулларида чандиқлар бўлиши ва бошқалар сабабчидир. Бундай аёлларда бачадон мускуллари яхши ривожланмаганлигидан у етарли даражада қисқара олмайди ва дард сусайишига сабаб бўлади.

Бундай ҳолат кўпинча кўп ҳомилали (икки-уч ва ундан кўп) аёлларда ёки қоғоноқ суви кўп бўлган ҳолларда тез-тез бачадон деворининг ҳаддан ташқари чўзилиши натижасида ҳамда кўп туққан аёлларда бачадон мушакларининг чўзилувчанлиги пасайиши оқибатида рўй бериши мумкин. Бу асорат ёши 30 дан ошган, биринчи марта туғаётган аёлларда бачадон мускул қавватида яхши чўзилмайдиган бириктирувчи тўқима кўпайганлиги натижасида мускулларининг қисқариш қобилияти сусайиши сабабли кўп кузатилади.

Дарднинг бирламчи сустлигида дард тугруқ бошла-нишидаёқ суст бўлиб, у бир неча соатдан бир неча кун-гача давом этиши мумкин. Бунда дард бошланишдаёқ суст бўлиб, норитмик, қисқа (15—25 секунд), паузаси узоқ (12—15 минут) бўлади. Айрим вақтларда дард узоқроқ турса ҳам натижасиз ва кучсиз бўлади.

Дарднинг иккиламчи сустлиги дард бошидан бошлаб биров вақт яхши, регуляр, етарлича давомли бўлиб туриб, сўнг суст, натижасиз бўлиб қолади. Дард сустлигини аниқлашда акушерка ҳамширанинг кузатувчанлиги катта аҳамиятга эга.

Дард тутиш даври борган сари узайиб, улар орасида-ги вақт камайиши ўрнига узаяди ёки бир неча соат ўт-гандан сўнг ҳам дард тутиши бирдан бўлиб қола-веради ҳамда дард қисқа тутиб, самарасиз бўлади, яъни бачадон оғзининг очилиши жуда суст бўлади ёки бирдай қолади. Ҳомиланинг чаноққа яқин турган қисми (боши ёки думбаси) олдинга қараб силжимайди.

Кам учрайдиган дард тутиш аномалияларидан бири бачадон мускулларининг инертлигидир. Бунда туғруқ процессининг бошланишида ҳар замонда тутадиган суст дард кейинчалик бутунлай йўқолиб кета-ди. Бу билан бачадон оғзи очилиши ҳам тўхтайди. Бу акушерликда энг оғир асорат ҳисобланиб, баъзан бача-доннинг қисқаришини кучайтирадиган ҳар қандай дорига ҳам бачадон мускуллари қисқариш билан жавоб бермай-ди, бундай асоратларда тугруқни операция йўли билан тугатишга тўғри келади.

Дарднинг сустлиги натижасида туғруқ процесси уза-

йиши ҳамда ҳомила сувининг барвақт кетиб қолиши (одатда бачадон оғзи тўла очилгандан сўнг кетиши керак); туғруқ йўлларида кўпгина жароҳатлар бўлиши, ҳсмила гипоксияси ҳамда унинг шикастланиши туғруқнинг учинчи ва илк чилла даврларида қон кетиб қолиши каби асоратларга олиб келиши мумкин. Дарднинг сустлигини даволашда нерв системасини тинчлантирадиган дорилар: 1 таблеткадан кунига 2—3 маҳал триоксозин, кунига 2—3 маҳал 3% ли натрий бром суюқлигидан 2 ош қошиқ бериш лозим. Аёлга тез ҳазм бўладиган юқори колорияли овқатларни оз-оздан 4—5 маҳал бериш керак. Овқат рационига кефир, творог, қайнатма шўрва, мастава, қайнатилган ёғсиз гўшт, қаймоқ ва бошқалар, шунингдек сервитамин овқатлар киритиш тавсия қилинади.

Аёлнинг сийдик ва ахлат чиқариш функцияларига аҳмият бериш лозим. Бунда аёл шахсий гигиенага қатъий риоя қилиши лозим. Аёлнинг ичи бир сутка давомида келмаган бўлса тозаловчи клизма қўйиш мумкин.

Аёл яхши ухламай чарчаган бўлса, уйқу дорилар ёрдамида ухлатиш дарднинг сустлигини даволашда катта аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳозирги даврда электросон аппарати ёрдамида уйқу келтириш ҳамда гамма оксимасло кислотаси (ГОМК) ва стероид наркотик модда виадрил Г дан кенг фойдаланилмоқда. Бу дориларни бачадон оғзи 2—3 см очиқлигида берилади. Аввал 2% ли промедолдан 1 мл ва пипольфен ёки 1% ли димедролдан 1 мл қўшиб премедикация ҳосил қилинади. Ундан 15—20 минут кейин (агар қон босими нормал бўлса) 20% ли ГОМК дан 20 мл ни 40% ли глюкоза (20 мл) эритмаси билан секин-аста қон томирига ёки қон босими юқори бўлса 2,5% ли виадрил Г дан 40 мл (1 г) ни 5% глюкозанинг 200 мл эритмасига аралаштириб қон томирига томчилатиб юборилади. Уйқу вақтида (2—2,5 соат давом этади) дарднинг тутиши нормаллашиб қолиши мумкин. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, бу дориларни врач анестезиолог бергани маъқул.

Агар дард тутиши яхшиланиб кетмаса, уни тезлатувчи усулларни қўллаган маъқул.

Ҳамма вақт дардни сунъий қўзғатиш ёки тезлаштиришдан аввал организмни шунга тайёрлаш учун витамин-глюкоза-кальций-гормонлардан иборат комплекс дорилар бериш керак. Бунинг учун ҳар икки соатда (ҳаммаси бўлиб 3 марта) 20 000 бирликда фолликулин ёки синэстрол гормонидан укол қилинади (ҳаммаси бў-

либ 60 минг бирликда). Бу дорилар яхши сўрилиши учун ҳар бир уколга 0,5 мл наркоз эфири қўшган маъкул. Аёлга иккинчи ёки учинчи укол билан 60 мл канакунжут мойи берилиб, шундан 1 соатдан сўнг тозалаш клизмаси қилинади. Бундан сўнг агар қаршилиқ қилувчи моментлар (буларга ҳомила боши билан она чаноғи размерларининг мос келмаслиги, яъни клиник тор чаноқ, бачадонда бирон-бир операциядан сўнг чандиқ мавжудлиги, илгари жинсий органларда кузатилган оғир септик касалликлар, бачадоннинг ўз-ўзидан йиртилиш хавфи, кўп ҳомилалик, ҳомила сувининг кўплиги кабилар киради) бўлмаса, дардни тўғридан-тўғри тезлатувчи усуллардан бири қўлланилади. Буларга Штейн-Курдиновский методи бўйича (ҳар ярим соатда 0,15 г дан хинин порошоғи ичирилади, 0,2 мл питуитрин ёки 0,3 мл дан маммофизинни мушак орасига юборилади) ёки глюкозакситоцин аралашмасини томирга томчилатиб юбориш киради. Яъни 5 бирликда (1мл) окситоцинни 5% ли глюкозанинг 500 мл ига аралаштириб 8—10 томчидан томирга юборилади. Бунда ҳар 5 минутда томчилар сони 5 тага кўпайтириб борилиб, умумий сони 30—35 га етказилади. Дардни тезлатиш учун Уильт-Ивановнинг бош-тери қисқичи (ҳомиланинг бош терисига мустаҳкам Мюзо қисқичи қўйиб, унинг қўл ушлайдиган жойига дока-бинт боғланади ва иккинчи учи каравотнинг оёқ томони устидан ошириб ташланади, унга оғирлиги 300—400 г келадиган юк осиб қўйилади) ҳам қўлланилади. Буни врач бажариши керак.

Шулар билан бир қаторда ҳомила гипоксиясига қарши дорилар: нам докадан ўтказилган кислород ҳидлатиш, сигетин, коразолни 40% ли глюкоза билан бирга томирга юбориш керак. Ҳомила суви кетган бўлса эндометритнинг олдини олиш учун сульфаниламид ва антибиотиклардан бирини бериш керак.

Окситоциннинг томчи миқдори кўпайтирилганда аёлнинг умумий аҳволига, бачадоннинг қисқаришига эътибор бериб бориш лозим. Окситоцинни спазмолитик ва оғриқ қолдирувчи дорилар (но-шпа 2 мл, ёки 0,5% ли 2 мл дибазол, 2% ли 2 мл папаверин гидрохлорид ва бошқалар) билан бирга бериш лозим.

Окситоцин қўлланиб, дард зўрайтириляётганда врач ёки акушерка аёлнинг ёнида бўлиши керак.

Сўнгги вақтларда дардни зўрайтирувчи янги дорилардан простогландин F₂ (2,5 мг ва 2,5 бирлик окситоцин 500 мл 5% ли глюкоза эритмасига аралаштириб)

қон томирига томчилатиб юборилади. Туғруқ вақтида ҳар 3 соатда асфиксияга қарши профилактик чоралар кўриш лозим.

Дард тутишининг иккиламчи сустлигини даволашда чарчаган аёлга ГОМК ёки виадрил Г бериб, дам олдириш, ўз вақтида овқатлантириш, чўмилтириш (иссиқ душ), тез ҳазм бўладиган сервитамин овқатлар бериш керак. Дард тутишининг иккиламчи сустлигида 10% ли кальций глюконат эритмасидан 10 мл венага юборилади. Дарднинг иккиламчи сустлигида АТФ (1—2 мл 1% ли эритмаси)дан мушак орасига юбориш ҳамда 40% ли глюкозанинг 40 мл га 5% ли витамин С нинг 5 мл ни (алоҳида шприцда) 50 мг кокарбоксилаза билан бирга ҳомилада асфиксия рўй беришининг олдини олади. Агар дарднинг иккиламчи сустлигида бачадон бўйни тўла очиқ бўлиб, ҳомила боши чаноқнинг тубида бўлса, туғруқни тезлатиш учун акушерлик қисқичлари ёки вакуум аппаратида фойдаланиш мумкин, чунки бу вақтда ҳомилада асфиксия юзага келган бўлади.

Бачадон бўйни қаттиқлашиши натижасида у яхши очилмаганда (бачадон бўйнида структур ўзгаришлар ёки дистрофия бўлганлиги туфайли) туғруқ узоққа чўзилиб, дард сустлашади, бунда спазмолитик дорилардан лидазанинг 64 бирлигини 0,25% ли новокаин эритмасининг 50 мл ида эритиб, бачадон бўйнининг бир неча жойига укол қилинади. 5% ли натрий гидрокарбонат эритмасидан 150—200 мл ни томчилатиб қон томирига юбориш ҳам ҳомила фаолиятини яхшилайти. Агар дард сустлигини даволаш ижобий натижа бермаса (айниқса бу 30 ва ундан катта ёшли биринчи туғувчиларда) Кесар усулида кесиш операцияси қилинади. Бунини врач ҳал қилади.

Дард шиддатли тутганида бачадон мускуллари тортишиб-қисқарганлиги учун йўлдошда қон айланиши издан чиқади ва болада асфиксия рўй беради.

Агар биринчи туғаётган аёл 8—10 соат, қайта туғаётган аёл 5 соат ичида туғса, бунга ҳаддан ташқари тез туғруқ дейилади. Бундай ҳолат она ва болага салбий таъсир кўрсатади: туғруқ йўллари йиртилиши, йўлдош вақтидан илгари бутунлай ёки қisman кўчиши, гипо-ёки атоник қон кетиши мумкин. Бунда туғруқни енгил наркоз остида бошқариш керак.

Тартибсиз (номутаносиб) дард тутишининг клиник белгилари ва даволаш чоралари. Нормал дард тутганда,

илгари айтиб ўтилгандек, бачадон мушакларининг қисқариши унинг ўнг бурчагидан чапга, сўнг танасига ўтади, кейин пастки сегментида тугалланади.

Тартибсиз дард тутганда эса, дард пастки сегментда бошланиб, кейин бачадоннинг қолган қисмларига тарқалади. Тез-тез ва оғриқли дард бўлишига қарамай бачадон оғзининг очилиши жуда секин боради ёки маълум даражада (3—4 см гача) очилиб, бошқа кенгаймайди.

Ҳомила боши ёки думбаси ва она чаноғи размерлари бир-бирига тўғри келган бўлса ҳам ҳомиланинг боши ёки думбаси олдинга силжймайди, аёл сийдик чиқариш канали (уретраси) торайиши (спазм) натижасида сийишга қийналади, қаттиқ оғриқдан азоб чекади.

Бунда пала-партиш, яъни координациясиз дард тутишини дард сустлиги ва бачадон оғзининг структура ўзгариши натижасида ёмон очилиши (дистоцияси) дан фарқ қила билиш керак. Дард сустлигида дард қисқа, ҳар замонда тутса, бачадон оғзининг дистоцияси кўпинча, аёлда илгари бачадон оғзи яллиғланиши бўлиб ўтганда ёки катта ёшдаги биринчи туғувчиларда кузатилади.

Акушерликда учрайдиган бундай асоратни даволашда электр аппарати ёрдамида ухлатиш ёки ГОМК ва виадрил Г билан уйқу келтириш катта ёрдам беради. Бундан ташқари, бачадон мушакларининг тўғри қисқаришига ижобий таъсир қилувчи дорилардан: но-шпа, дибазол, папаверин кабиларни ишлатиш яхши натижалар беради. Дард тутиш аномалияларининг олдини олишда аёллар консультацияси иши, айниқса акушеркаларнинг ёрдами катта аҳамиятга эга. Аёллардаги мавжуд ички касалликларни ҳомиладор бўлмай туриб даволанишга жалб этиш, диспансер типдаги мунтазам кузатиш рўйхатига олиш, абортга қарши кураш, консультация шароитида туғруққа тайёрлаш каби профилактик ишлар жуда катта роль ўйнайди.

ЙЎЛДОШНИНГ ОЛДИН КЕЛИШИ ВА НОРМАЛ ТУРГАН ЙЎЛДОШНИНГ БАРВАҚТ КЎЧИШИ

Йўлдошнинг олдин келиши. Одатда йўлдош бачадоннинг актив қисмида: деворларида ва қисман тубида жойлашади.

Агар йўлдош бачадоннинг пастки қисмига жойлашса, у бачадон бўйнининг ички тешигини қисман ёки бутунлай беркитиши мумкин.

Йўлдошнинг олдин келиши 0,17% дан 0,35% гача ҳолларда учрайди.

Йўлдошнинг олдин келиш сабаблари нималардан иборат? Йўлдошнинг олдин келиши қайта ва кўп туғадиган аёлларда биринчи марта туғаётганларга нисбатан уч барабар кўп учрайди. Бундай ҳол инфантилизмга мойил ва айниқса, бир ҳамда кўп марта сунъий аборт қилдирган аёлларда кўп учрайди.

Йўлдошнинг олдин келишига кўпинча бачадон шиллиқ қаватидаги яллиғли процесслар сабаб бўлиши мумкин. Уруғланган тухум ҳужайра бачадон найларидан бачадон бўшлигига ўтгандан сўнг ўзгарган бачадон танасининг шиллиқ қавати юзасидан ўзига мос жойни топа олмай, бачадоннинг пастки қисмига тушиб жойлашади.

Агар бачадонда ўсма бўлса, бачадон шиллиқ қаватида ўзгариш юз бериши сабабли уруғланган тухум ҳужайранинг нотўғри жойлашишига сабаб бўлади.

Бачадон бўйни берк бўлганда йўлдошнинг олдин келиш турини аниқлаш деярли мумкин бўлмайди: бунидард бошлангандан сўнг бачадон бўйни маълум даражада (4—5 см) очиқ бўлганда тўғри аниқлаш мумкин. Йўлдошнинг олдин келиши қуйидагича кузатилади:

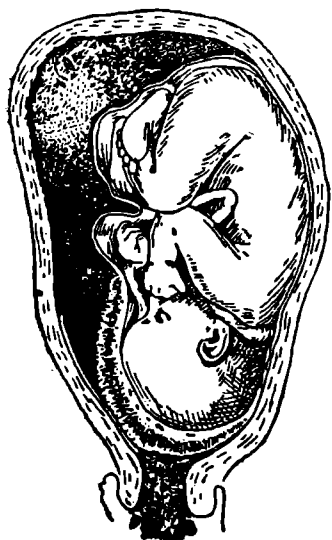
1. Йўлдошнинг чеккаси билан келиши — бунда йўлдошнинг бир чеккаси бачадон бўйнининг тешигига яқин келади. Қин орқали кўрилганда бироз ғадир-будир ҳомила пуфаги ва қисман булут (губка) га ўхшаш тўқима қўлга уннайди.

2. Йўлдошнинг ёни билан келиши — бунда бачадон бўйни каналининг ички тешигини йўлдош қисман қоплаган бўлади. Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни тешигини ярми ғадир-будир юзали сувли пуфак, ярмини эса булутсимон тўқима қоплаган бўлади.

3. Йўлдошнинг ўртаси билан келиши — бунда йўлдош бачадон бўйни тешигини бутунлай қоплайди (3-расмга қаранг).

Юқорида кўрсатилган турлари ичида йўлдошнинг чеккаси билан олдин келиши кўпроқ учраб, ўртаси билан келиши фақат 20—40% ни ташкил этади.

Бунда ҳомиладор аёл дард бошланиши билан бир вақтда қиндан (кўп ёки бир оз) қон ажралиб чиқишидан шикоят қилади. Дард тутиши тўхтагандан сўнг баъзан қон кетиши тўхтаб, ҳомиладорлик ривожланишда давом этиши мумкин.



3-расм. Йўлдошнинг олдин
(ўртаси билан) келиши

Қон кетиш ҳомиладор-
лик даврида бир неча бор
такрорланиши мумкин.
Туғруқ вақтида дард зў-
райган сари қон кетиши
ҳам кўпая боради. Шунга
мувофиқ йўлдош бачадон
мускуллари сингари қисқа-
риш қобилятига эга бўл-
маганидан бачадон дево-
ридан кўчади ва қон кети-
шига сабаб бўлади. Шу-
нинг учун ҳар гал дард
тутганда қон кетиши зў-
раяди. Қон кетиши ай-
ниқса йўлдош ўртаси би-
лан келганда кучли бў-
либ, аёлнинг ҳаётига
хавф солиши мумкин.

Йўлдошнинг олдин ке-
лишини аниқлашда кўпин-
ча ҳомиланинг думбаси би-
лан ёки кўндаланг келиши-

га аҳамият бериш зарур. Ҳомила боши билан келганда
бачадон туби юқори, ханжарсимон ўсиққа яқин туради,
чунки ҳомила боши чаноққа кириш қисмига яқинлаша
олмайди, шунга мувофиқ ҳомила юрак уриши киндикдан
юқорида ёки унинг рўпарасида эшитилиши мумкин.
Туғруқ пайтида йўлдош олдин келишини аниқлаш
бироз осонроқ, чунки очилаётган бачадон бўйни орқали
булутга ўхшаган тўқимани ушлаб кўриш мумкин. Аммо
қинни кўзгу ёрдамида кўрган маъқул. Бунда бачадон
бўйни ёки қин деворида бирон-бир ўзгариш (рак, полип,
қонаб турувчи эрозия, қонаётган вена қон томири ва
бошқалар) бўлса, осон кўриш мумкин. Агар шу белги-
лардан биронтаси бўлмаса, унда қон кетишига йўлдош-
нинг олдин келиши сабаб бўлади.

Йўлдошнинг олдин келишини унинг олдин
кўчишидан тафовут қила билиш керак. Бунда қу-
йдагиларга аҳамият берилади.

Йўлдошнинг ўз жойидан барвақт кўчганини аниқлаш-
да анамнез катта ёрдам беради. Бунда аёл қорнида
оғриқ сезаётганлиги ва аҳволи борган сари оғирлаша-
ётганидан шикоят қилади. Акушерликда учрайдиган бу
оғир асорат асосан аёлда ўткир ва сурункали буйрак

касаллиги, гипертония, ҳомиладорлик токсикозлари ва бошқалар бўлганда кузатилади. Бу касалликда бачадон таранглашиб, катталаша боради, ҳомила қисмларини аниқлаш секин-аста ёки бирданига йўқолади.

Ҳомиладорлик вақтида оғриқсиз бирдан қон кетиши, кўпинча йўлдошнинг ҳомиладан олдин келиб, унинг ўз ўрнидан кўчишидан дарак беради. Бундай пайтда тезда врач чақириш керак.

Ультратовуш аппарати ёрдамида йўлдошнинг жойлашишини аниқлаш катта аҳамиятга эга бўлган методлардан биридир. Ҳомиладорликдаги бу оғир асоратни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, шунингдек камроқ қон кетиши учун курашиш ҳомила ва аёл ҳаёти учун жуда муҳим. Лекин туғруқнинг қандай тугаши бир неча сабабларга, хусусан йўлдошнинг қанчалик (ўртаси ёки чеккаси билан) олдин келиш даражасига, организмдан йўқолган қон миқдорига боғлиқ бўлади.

Йўлдош олдин келганда қандай асоратлар кузатилади? Йўлдош олдин келганда дарднинг бирламчи сустлашиши кўпроқ учрайди. Дарднинг бирламчи сустлашишига кўпинча ҳомиладан олдин келган йўлдошнинг бачадон нерв охирилари яхши қитиқламаганлиги сабаб бўлади. Қон кетишига эса, йўлдош тушиш даврида унинг қисман ажралганлиги сабаб бўлади. Бунинг устига, йўлдош бачадон бўйнига яқин жойлашганлиги учун қин орқали бачадонга микроб кириши осонлашади, оқибатда чилла даврида инфекцион (септик) касалликлар юзага келиш хавфи ҳам ошади.

Йўлдошнинг олдин келишига шубҳа туғилган аёлни бошқа туғруқхонага юбориб бўлмайди. Чунки қон кўп кетиб, она ва ҳомила хавф остида қолиши мумкин. Агар хотин-қизлар консультацияси ёки медицина пунктига мурожаат қилган ҳомиладор аёлда йўлдош олдин келганига шубҳа туғилса, албатта уни бирон-бир яқинроқдаги туғруқхонага эҳтиёт бўлиб олиб бориш ва ётқизиш лозим.

Юқори малакали ёрдам керак бўлган тақдирда, аёлни бошқа туғруқхонага ўтказиш хавфли бўлганлиги учун, бундай врачни шу ернинг ўзига чақиртирган ва шу туғруқхонада ёрдам қилган маъқул.

Йўлдошнинг олдин келишининг олдини олишдаги асосий чорани яллиғланиш процессларига қарши курашдан бошлаш керак. Бунинг учун аввало сунъий бола тушириш (аборт)нинг зарарини тушунтириш ва сурункали яллиғланиш касалликларини ўз вақтида давола-

тиш зарур. Агар ҳомиладор аёлдан қон кета бошласа, дарҳол уни касалхонага ётқизиш керак, қон тўхтагандан кейин ҳам аёл анча вақт (2 ҳафта) бир жойда ётиши лозим.

Агар аёл қон кетиш сабабли туғруқхонада ётиб чиққан бўлса, патронаж ҳамшира ҳомиладорнинг уйига бориб хабар олиб туриши, яна қон кетиши такрорланса, қайта касалхонага ётқизиш керак.

Даволаш чоралари. Йўлдошнинг олдин келишини ва қон кетишини даволашда аёлга ва ҳомилага иложи борица зиён етказмайдиган тадбирларни танлаш керак. Даволаш учун аёлнинг йўқотган қон миқдоринигина эмас, балки унинг умумий аҳволини ҳам ҳисобга олиш зарур.

Агар қон озроқ кетиб, йўлдош олдин келганига шубҳа бўлса, аёлни тезда туғруқхонага ётқизиб, унга бачадоннинг қисқаришини сусайтирадиган дори-дармонлар берилиши ва гормонлардан (ҳомила муддати 28 ҳафтадан кам бўлса) прогестерон укол қилиниши лозим. Бундан ташқари, қонни қуюлтирадиган дорилар бериш ҳам тавсия этилади. Викасолнинг 1% ли эритмасидан (2—3 мл) бир кунда 1 маҳал мускул орасига юборилади. Аёлнинг қон группаси ва қайси резусга оидлигини текширибгина қолмай, унинг ивиш системасини ҳам дарҳол текширилади. Йўқотган қоннинг миқдорига қарамай, дарҳол аёлга қон қуйилади, бу аёлдан кетаётган қоннинг тўхташига таъсир этишдан ташқари, она ва ҳомила қон айланиш системаси фаолиятининг яхшиланишига ҳам ёрдам беради. Агар аёл уйда қон йўқотган бўлса, камқонликка қарши дори-дармонлар қилинади. Ундан ташқари, йўлдошнинг бачадон деворидан кўчишини тўхташ чораларини (спазмолитиклар) қўллаш керак.

Операция усуллари танлаганда бачадондан оқаётган қон миқдорига, аёлнинг умумий аҳволига, операцияда қўллаш учун зарур шарт-шароит бор-йўқлигига катта эътибор бериш зарур.

Йўлдош қисман чети ёки ёни билан олдин келган ҳолларда (бачадон бўйи 2—2,5 (4—5 см) бармоқ сиғадиган даражада ва ундан кўпроқ очиқ бўлса) ҳомила пуфагини йиртиш керак, шунда йўлдошнинг бачадон деворидан кўчиши камаяди. Ҳомила пуфагини йиртиш даволаш усулигина бўлиб қолмай, балки бирон-бир акушерлик операцияси олдидан тайёргарлик ҳам ҳисобланади. Туғруқни тезлаштиш мақсадида ҳомила бошига (200 г гача) ёки оёғига (400 г гача) юк осиб қўйиш усули қўлланади.

Бундан ташқари, дардни тезлатиш учун бирон-бир усулдан (Штейн-Курдиновский ёки 5% ли глюкоза эритмасига 500 мл 5 бирликда окситоцин аралашмасини қон томирига томчилатиб юборилади) фойдаланилади.

Берилган дори-дармонлар ва кўрсатилган ёрдам фойда бермасдан қон кетаверса, Кесар усулида кесиш операциясини қўллаш керак. Бундай операция асосан йўлдош ўртаси билан келганда қўлланилади. Йўлдош ёни билан келганда эса (огир қон кетишига сабаб бўлиб), тезда туғдириб олиш учун туғруқ йўллари тайёр бўлмаганда аёл ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида қўлланилади. Бу усулда операция қилинганда кўпинча ҳомила тирик қолади. Мазкур операцияни операция хонаси бўлган туғруқхоналарда тажрибали врачларгина қилиши керак.

Агар чақалоқ эсон-омон туғилса, бу она учун бўлган хавф тамом бўлди, дегани эмас. Бундай аёлларда ҳомиладорликнинг учинчи даври ва туғруқдан кейинги илк давр туғруқни бошқарувчи медицина ходими учун энг маъсулиятли дамлар ҳисобланади. Чунки бачадоннинг пастки қисми юпқалашганлиги сабабли, йўлдош тушиш даврида у яхши қисқара олмайди, натижада йўлдош бир текис кўчмай, кучли қон кетиши мумкин. Баъзан йўлдош тушгандан кейин ҳам у турган юза ёмон қисқариши натижасида гипотоник ва атоник қон кетиши натижасида аёл туғруқнинг бошидаёқ ўлиб қолиши мумкин. Шунинг учун туғруқнинг учинчи ва ундан кейинги илк даврида томир орқали 5% ли глюкоза эритмасининг 200 мл ига 5 бирлик окситоцин аралаштириб, минутига 20—30 томчидан юбориб турилади. Бундан ташқари, керак бўлса бачадон қисқартирувчи дорилардан питуитрин, маммофизин (1 мл дан мушак орасига), 40% ли (20 мл) глюкоза билан бирга қон томирига 1 мл метилэргометринни секин-аста юбориш мумкин. Барча зарур чораларни аёлнинг умумий аҳволига қараб давом эттириш лозим.

Агар даво тадбирлари ҳам таъсир қилмай қон кетаверса, йўлдошни қўл билан чиқариш ва бачадонни, айниқса, унинг пастки қисми бутунлигини текшириш лозим. Чилла даврида бачадоннинг тўғри қисқаришини таъминлаш ва асептика, антисептика қоидаларига қатъий риоя қилган ҳолда чилла даврини кузатиш, агар бирор патологик ҳолат юз берса, ўз вақтида унинг олдини олиш лозим. Йўлдош олдин келганда у жойлашган ернинг қинга яқинлиги, қон томирларининг кўп бўлиши чилла даврида аёл организмнинг инфекцияга мойиллигини оширади. Шунинг учун ҳам аёл организмнинг умумий қув-

ватини ошириш чораларини ўз вақтида кўриб (камқонликни ўз вақтида даволаш, керак бўлса антибиотиклар бериш ва ҳоказо), диққат билан кузатиш олиб бориш керак.

Нормал турган йўлдошнинг барвақт кўчиши. Нормал ўтган ҳомиладорликда йўлдош бачадоннинг тана деворларига жойлашиб, ўз ўрнидан кўчиши туғруқнинг учинчи даврида содир бўлади. Дард тутган вақтда бачадон танасидаги мускулларнинг қисқариши ва пастки сегмент мускуллари кенгайиши ҳақида айтиб ўтилган эди.

Бачадоннинг танаси қисмидаги мускуллар қисқарган вақтда йўлдош жойлашган юзадаги мускуллар бошқа мускулларга нисбатан сустроқ қисқаради. Йўлдошнинг бачадонга жойлашган юзаси бироз сиқилади, лекин ўз ўрнидан кўчмайди.

Баъзан нормал, яъни бачадон танаси деворларига жойлашган йўлдош ҳомила тугилишининг биринчи ва иккинчи даврларида, ҳатто дард тутишдан олдин ҳам ўз жойидан кўчиши мумкин. Бу хил асорат нормал турган йўлдошнинг барвақт кўчиши дейиладди.

Йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчиши биринчи туғувчиларга нисбатан қайта ва кўп туғувчиларда деярли икки барабар кўп учрайди.

Сабаблари. Йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчишини юзага келтирувчи сабаблар турлича бўлади. Бундай сабабларни икки гурппага бўлиш мумкин:

а) йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчиши учун шароит яратувчи сабаблар;

б) йўлдошни тўғридан-тўғри кўчирувчи сабаблар;

Йўлдошни ўрнидан барвақт кўчириш учун шароит яратувчи сабабларга қуйидагилар киради:

1. Бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши натижа-сида бачадон қон томирларининг мўрт бўлиб қолиши. Бунда қон томирлари осон ёриладиган бўлиб қолади.

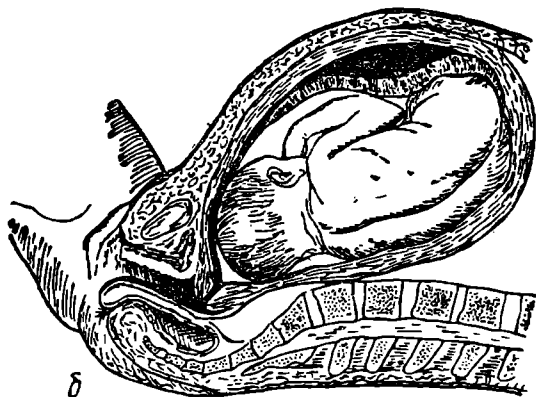
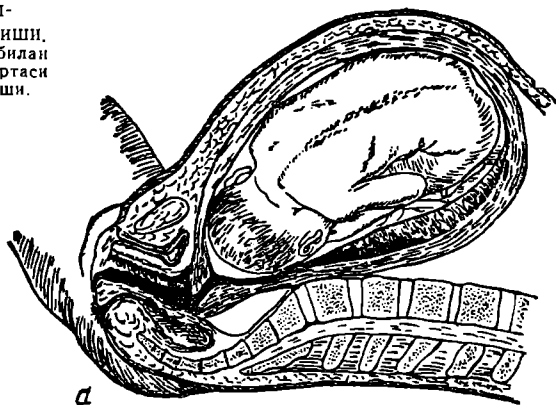
2. Турли ички касалликлар: буйрак касалликлари, юрак пороги, гипертония касаллиги ҳамда ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидаги токсикозлар ва бошқалар киради.

3. Бачадон деворининг ҳаддан ташқари кенгайиб, юпқалашиб кетганлиги (кўпҳомилалик, ҳомила олди сувининг кўпайиб кетиши, ҳомиланинг катта бўлиши) кабилар.

Нормал турган йўлдошни ўрнидан тўғридан-тўғри кўчирувчи сабабларга қуйидагилар киради:

Турли шикастлар: қоринга уриш, йиқишиш, ҳомила

4-расм. Йўлдош-
нинг олдин кўчиши.
а — чеккаси билан
кўчиши; б — ўртаси
билан кўчиши.



кўндаланг бўлганда ташқаридан қўполлик билан профилактик мақсадда тўғрилаш, бирданига қўрқиб кетиш кабилар.

Нормал жойлашган йўлдош туғруқнинг иккинчи даврида ҳам кўчиши мумкин. Бунга кўпинча киндикнинг 40 см дан калта бўлиши ёки ҳомиланинг тана ва бўйни атрофига ўралиб қолиши натижасида калта бўлиб қолиши, қоғоноқнинг қалин бўлиши натижасида унинг ўзича вақтида ёрилмаслиги сабаб бўлади.

Касалликнинг тараққий этиш механизми (патогенези). Йўлдош вақтидан илгари ўрнидан кўчганда у бачадон деворидан ажралади ва қон томирлари девори бузилиши натижасида бачадон девори билан йўлдош орасида қон тўпланеди. Бунини бачадон-йўлдош афлексияси дейилади. Йўлдошнинг бачадон деворидан вақтидан илгари кўчиши унинг чеккасидан ёки ўртасидан

бошланиши мумкин. Йўлдош қирғоғидан бошлаб кўчганда (4-рasm, а) йўлдош ва бачадон девори орқасида (ретроплацентар) гематома ҳосил бўлмай, балки қон бачадон бўйни ва қин орқали ташқарига оқади. Йўлдош ўртасидан бошлаб кўча бошлаганда (4-рasm, б) бачадон девори билан йўлдош орасида гематома ҳосил бўлади. Бунда қон ташқарига оқиб чиқмаслиги натижасида йўлдош юзасининг бачадон деворидан кўчиши кўпаяди ва йўлдош бачадон ичига дўппайиб чиқади. Оғир ҳолларда йўлдош бутунлай кўчиб, қон қуйилиши кўпая бориб, ҳсмила пуфаги ва бачадон девори оралиғидан ташқарига қин орқали оқади. Бунда ҳатто қон бачадон мускул толалари орасига сингиб, бачадоннинг сероз қавати остигача ҳам ўтади, бачадоннинг бундай ҳолатини Кювеле-р бачадони дейилади. Аёл қорнида оғриқ сезади. Оғриқнинг кучи йўлдошнинг кўчиш даражасига боғлиқ.

Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши қисман ва тўла бўлиши мумкин.

Агар йўлдошнинг иккидан бир ва ундан кўп қисми юзаси ўз ўрнидан кўчган бўлса, ҳомила тезда нобуд бўлади, учдан бир қисми ўрнидан кўчган бўлса, чақалоқ оғир асфиксия билан туғилиши мумкин.

Йўлдошнинг барвақт ўрнидан кўчиши озроқ бўлса, бу процесс баъзан ҳеч қандай клиник белгисиз кечиши ҳам мумкин. Бундай ҳолларда ҳомила ва йўлдош туғилгандан сўнг унинг юзасини кўриб, жойидан барвақт кўчганини йўлдош юзасидаги қон лахтаси борлигидан аниқлаш мумкин бўлади.

Йўлдошнинг барвақт кўчиш белгилари. Йўлдошнинг вақтидан илгари кўчишининг оғир-енгиллиги йўлдош юзасининг кўчган қисмига, йўқотилган қон миқдорига, ҳомиладор организмнинг ҳолати ва ҳомиланинг аҳволига қараб турлича бўлади. Агар ҳомиладор аёл илгарилари юрак, буйрак касалликлари билан оғриган бўлса ёки унинг яқин орада лат еганлиги билинса, нормал турган йўлдошнинг барвақт кўчганлигини аниқлаш осон бўлади. Йўлдошнинг бироз кўчиши кўп клиник белгилар бермаслиги мумкин. Асосий белгилар фақат йўлдошнинг кўпроқ қисми жойидан кўчгандагина кўришга бошлайди.

Йўлдош вақтидан илгари кўчганда қон оқиши асосий белги ҳисобланади. Лекин бунда қон йўлдош олдин келгандаги каби ташқарига эмас, балки кўпинча бачадон ичига оқади. Қон кетиши натижасида аёлда ўткир кам-қонлик ҳамда шок ва коллапс белгилари кўрина бошлайди. Бундай вақтларда касаллик бирданига бошланиб,

аёл қорнида кучли оғриқ сезилади, унинг ранги оқаради, шиллиқ қаватлари рангсизланади, томир уриши тезлашади, қон босими секин-аста пасая боради, баъзан оғир ҳолларда томир уришини аниқлаш ҳам қийин бўлиб қолади. Беморнинг нафас олиши тезлашади, қулоғи шанғиллаб, кўз олди қоронғилашади. Аёл ҳушидан кетади ёки тез-тез ҳушини йўқотиб туради. Бачадон деворини қорин орқали пайпаслаб кўрилганда унинг таранглашиб, баъзан қаттиқлашганлиги аниқланади. Бачадоннинг йўлдош кўчган соҳаси дўппайиб чиққан, оғриқли ва юмшоқроқ хамирсимон бўлади. Бундай ҳолларда бачадоннинг таранглигидан дард тутаётганлигини аниқлаб бўлмайди.

Йўлдош ўрнидан кўча бошлаганида ҳомиланинг юрак уриши сустлашган бўлса, йўлдошнинг кўчиши орта борган сари, у бутунлай йўқолади. Кейинчалик ҳомила қисмларини аниқлаш мумкин бўлмайди, у қимирламай қолади, юрак уришини ҳам эшитиб бўлмайди. Натижада ҳомила асфиксиядан нобуд бўлади.

Ҳомила туғилиши билан (агар йўлдош кўчишининг оғир даражаси бўлса) йўлдош ҳам тезгина тушади ва у билан бирга кўп миқдорда бачадон ичидан ивиган ва суюқ қон келади.

Агар бачадоннинг мускул толалари орасига қон қуйилган бўлса (Кювелер бачадони) ҳомила туғилгандан кейинги даврда яхши қисқармаслиги натижасида гипотония ва атония бериши, кўп қон кетиши эса энг оғир акушерлик асорати — коагулопатик (қон ивимаслик натижасида) қон кетишига олиб келиши мумкин.

Одатда ҳамма тўқималар ва қон суюқлигида қон ивиши учун зарур бўлган жуда кўп ноактив тромбопластин моддаси мавжуд бўлади. Йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиш процесси бу тромбопластинларни активлаштиради. Бундай активлашган тромбопластинлар ретроплацентар гематомада ҳаддан ташқари кўпдир. Улар очилиб қолган бачадон томирлари орқали қонга ўтиб протромбинни тромбинга, у эса ўз навбатида суюқ фибриногенни фибринга айлантиради ва томирлар ичида жуда ҳам кўп майда тромбчалар юзага келтириб, ҳаёт учун энг зарур бўлган органлар (бош мия, буйрак ва бошқалар) фаолиятини ишдан чиқаришга олиб келади. Қондаги фибриногеннинг кўп қисми қон томирларида тромбчалар ҳосил бўлишига сарфланганлиги сабабли, бачадон қон томирларидан оқаётган қон гипофибриногенемия процесси натижасида ивимайди. Бу қоннинг ивимаслигининг биринчи сабаби бўлса, унинг иккинчи

сабаби қуйидагича: томирларда қон ивиб, тромблар ҳосил бўлишига жавобан рефлексор сифатида организмда фибринолитик, яъни тромбларни эритадиган система активлашади, натижада бу система моддалари бачадон деворларида қон тўхтатиш учун ҳосил бўлаётган тромбларни ҳам эритиб юборади. Шунинг билан аёлда тромбогеморрагик ёки коагулопатик қон кетиш юзага келади. Бу акушерликнинг энг оғир асорати ҳисобланади.

Нормал жойлашган йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчишини қон кетишига сабаб бўладиган қуйидаги касалликлар билан чалкаштирмаслик керак. Улар:

1. Йўлдошнинг олдин келиши.
2. Бачадон йиртилиши.
3. Талоқ йиртилиши.

1. Йўлдошнинг олдин келиши. Бунда қон ташқарига оқиб, бачадон формаси ўзгармайди. Қон оқиши ҳар бир дард тутганда кўпаяди, қин орқали кўрилганда бачадон бўйин тешиги соҳасида йўлдош бўлаклари топилади. Йўлдош ўрнидан барвақт кўчганда эса бу белгилар бўлмайди.

2. Бачадон йиртилиши. Бу ҳам тўсатдан юз бериб, дард бирдан тўхтади, бачадоннинг шакли аниқ бўлмай, қорин девори остида ҳомила қисмларини ушлаб билиш мумкин. Шуни ҳам айтиш керакки, бачадон йиртилиши кўпинча маълум бир акушерлик асоратидан сўнг (функционал тор чаноқ, бачадон деворида чандиқлар бўлганда, кўп туғувчи аёллар ва бошқаларда) кузатилади.

3. Талоқ йиртилиши. Бунда бемор тўсатдан чап қовурғаси остида оғриқ сезиб, унда камқонлик белгилари кўрина бошлайди. Бачадоннинг шакли ва ҳомиланинг юрак уриши ўзгармайди. Бундан ташқари, кўпинча аёлда илгари талоқ касаллиги борлиги аниқланади.

Йўлдошнинг вақтидан илгари кўчишини даволаш. Бу касаллик йўлдошнинг кўчиш даражасига, туғруқ йўлларининг ҳолатига, аёлнинг умумий аҳволига қараб турлича даволанади.

Агар йўлдошнинг озгина қисми ўрнидан кўчган бўлиб, аёл ва ҳомиланинг аҳволи унчалик ўзгармаган бўлса, клиник аломатлар яхши билинмаса ҳам аёлни дарҳол туғруқхонага ётқизиб, ниҳоятда тинч шароит яратилади, сўнгра қонни қуюлтирувчи дорилар (викасолнинг 1% ли эритмасидан 3 мл ни тери остига, желатиндан 10 мл ни мушак орасига) юборилади, 40% ли глюкоза эритмасидан 20—40 мл билан 5% ли аскорбат кислотасидан 3—5 мл ни қўшиб томирга юборилади, спазмолитик дорилар-

дан (но-шпа, папаверин, баралгин ва бошқалар) мушак орасига юбориш билан бир қаторда, асосий касаллик (буйрак, гипертония, кўпинча ҳомиладорлик токсикозлари) ларни даволаш лозим.

Ҳомиладорда йўлдошнинг бироз кўчганлиги аниқланганда аёлнинг томир уришини, қон босимини, умумий аҳволини кузатиб туриш ва вақти-вақти билан қорин айланасини, бачадон узунлигини (қов суягидан бошлаб) сантиметрда ўлчаб, бачадон ҳолатини текшириш ва ҳомиланинг юрак уришини эшитиб туриш керак. Бундан ташқари аёлнинг қонини ва сийдигини умумий текшириш, қоннинг ивиш хусусиятини (коагулограмма) анализи қилиш ҳамда бачадоннинг қисқариш хусусиятини пасайтирувчи, томирлар деворн ўтказувчанлигини камайтирувчи дори-дармонларни қон босимини вақти-вақти билан ўлчаш билан бирга олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Агар бу кузатишлар вақтида қорин айланаси ва бачадон тубининг баландлиги оша борса, бачадонни ушлаб кўрилганда деворининг бирон ерида дўппайиш (бу ер йўлдошни кўчган жойини кўрсатади) сезилса, аёл шу ерда оғриқ сезса, томир уриши тезлашиб, қон босими камайиб борса, ҳомиланинг юрак уриши ўзгарса, буларнинг ҳаммаси йўлдошнинг ўрнидан кўчиши давом этаётганлигини кўрсатади. Шунинг учун бундай аёлга жуда тез ёрдам кўрсатиш керак бўлади. Бу эса туғруқ йўллари тезда тугдириб олишга тайёрни ёки тайёр эмаслигига ҳамда аёл аҳволига боғлиқ.

Агар ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ёки бачадон бўйни етарли очиқ бўлмаганда йўлдош ўрнидан тўла кўчса ва аёлнинг ҳаёти хавф остида қолса тезда операция қилиш лозим. Операция вақтида бачадоннинг мускул толалари орасига қон қуйилиб, Кювелер бачадони мавжуд бўлса, кейинчалик гипотоник ва атоник ҳамда коагулопатик қон кетишининг олдини олиш мақсадида, бачадоннинг танасини ёки ҳаммасини олиб ташлашга тўғри келади.

Бачадон девори унчалик ўзгармаган бўлса, ҳомила ва йўлдошни олгандан кейин бачадон деворларининг бутунлигини текшириш, бачадон ичидаги ивиган қонларни олиб ташлагандан сўнг унинг деворларини қаватма-қават тикиш керак. Операциядан олдин йўлдошнинг барвақт кўчиш даражасини камайтириш мақсадида ҳомила пуфаксини йиртиш мумкин.

Туғруқнинг иккинчи даврида ҳомиланинг боши чаноқ тубида бўлса, махсус қисқичлар ёрдамида тугдириш

лосим. Бу операцияларни врач бажариши керак. Аёлда кўп ҳомила бўлиб, биринчи ҳомила туғилган ва иккинчи ҳомила ҳали туғилмаган вақтида йўлдош ўрнidan кўча бошласа, иккинчи ҳомиланинг туғилишини тезлаштириш учун ҳомила пуфагини ёриб, наркоз бериб ҳомилани оё-ғига айлантириб, секин-аста тортиб чиқарилади.

Аёлни туғдириш вақтида қандай чоралар қўлланган бўлишидан қатъи назар, йўлдош туғилгандан кейин бачадон ичини енгил наркоз берилгандан сўнг дар-ҳол қўл билан текшириш ва ичидаги қон лахталари-ни ҳамда (қолган бўлса) йўлдош бўлакларини олиб таш-лаш, шу билан бир қаторда бачадон бутунлигини текши-риш лозим. Қориннинг пастига музли ёки совуқ сувли резина халта қўйиш, қон томирига окситоцин (1 мл) ва метилэргометрин (1 мл) ни 40% ли (20 мл) глюкоза эритмаси билан укол қилинса, бачадон мускулларининг қисқаришини кучайтиради. Шу билан бирга қон ва унинг ўрнини босадиган (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль ва бошқалар) суюқликлар қон томирига томчилатиб юборилади.

Шу чоралар қўлланилгандан сўнг ҳам қон кетишда давом этаверса, операция йўли билан тўхтатишга тайёр-ланиш, ва унғача аортани қорин девори орқали умуртқа поғонасига босиш керак, бундан ташқари қин орқали бачадон артериясини бачадон бўйнининг ён деворларига Генгель — Текенадзе усуллари билан қисқичлар қўйиш ёки Н. С. Бакшеев усули бўйича (бунда бачадон бўйни ён деворини гемorroидал қисқичи учлари орасига олиб қисилса бачадон қон томири қисқич учлари орасига олиб қисилади) бачадон бўйни ён девори соҳасига махсус қисқичлар қўйиб, қон кетишини тўхтатишга эришиш мумкин. Агар бу чоралар ёрдам бермаса операция қи-лишга тўғри келади.

Йўлдошнинг барвақт кўчиши оқибати. Йўлдош вақ-тидан илгари кўчганда ҳомиладор организмда рўй бера-диган ўзгаришлар унинг йўқотган қони миқдорига, бери-ладиган ёрдамнинг тезлигига, организмнинг ҳолатига боғлиқ бўлиб, аёл туғруқхонага қанча тез келтирилса, оғир асоратлар қолиши, шунингдек оналар ҳамда бола-лар ўлими шунчалик камаяди. Ўз вақтида ҳар томонлама ёрдам кўрсатилмаса, баъзан аёл туққандан кейин гипо-тоник ёки атоник ҳамда коагулопатик қон кетишидан нобуд бўлиши мумкин.

Ҳозирги вақтда консультация ва туғруқхоналар бир-

лашиб иш олиб боришлари, аёлларга ҳар томонлама медицина ёрдами яхши йўлга қўйилганлиги туфайли бу оғир асоратдан нобуд бўлиш ҳоллари ҳамда ҳомила ва болалар ўлими деярли камайган деб айтиш мумкин.

Йўлдош барвақт кўчишининг олдини олиш бўйича кўриладиган чоралар асосан йўлдошнинг ўрнидан барвақт кўчирувчи сабабларни йўқотишга қаратилган бўлиши керак. Асосий профилактик чоралар: буйрак ва гипертония касалликлари, ҳомиладорлик токсикозларини ўз вақтида даволаш, абортга қарши кураш, ҳомиладорнинг овқат рационига сервитамин маҳсулотларни киргизиш ва бошқалардан иборат.

ҚОН КЕТИШИДАН ЮЗАГА КЕЛГАН (ГЕМОРРАГИК) ШОК ВА ҚОН ИВИШ СИСТЕМАСИНИ БОШҚАРИШ

Юқорида айтиб ўтганимиздек, бизнинг шароитда кўп ва тез-тез туғадиган аёллар кўп бўлгани сабабли қон кетиш ҳомиладорлик вақтида, тугруқнинг учинчи даврида ва чилла даврида кўп (15—18%) учрайди.

Одатда, асоратсиз, туғруқда йўқотилган қоннинг умумий миқдори 200—250 мл ёки вазнининг 0,4—0,5%ини ташкил қилади. Йўқотилган қон миқдори бундан ошиқ бўлса, буни патологик қон кетиши деб айтилади.

Акушерка туққан аёлнинг умумий аҳволини кузатиши, қон босимини тез-тез ўлчаб туриши лозим. Илк чилла даврида аёлнинг умумий аҳволи бирдан ўзгариши, қон босими пасайиб кетиши, қон айланиши бузилиши, томир уриши тезлашиши мумкин.

Бу белгилар қон кетаётганини билдиради. Қон кўп кетса аёлда геморрагик шок юзага келади. Қон кетиши натижасидаги (геморрагик) шок кўрсатилган белгиларнинг аниқ-аниқмаслигига қараб 3 босқичда давом этади.

Б и р и н ч и б о с қ и ч. Бу енгилроқ босқич бўлиб, қон босими нормал (110/70 — 120/80), баъзан бироз юқори-роқ (130/80 гача) бўлиши мумкин (бунга сабаб қон бирданига кўпроқ кетиши натижасида тери, жигар, буйрак ва бошқа органлардаги майда қон томирлар бирданига торайиб, қон асосан юрак ва мия фаолиятларини кучайтиришга интилади, буни қон айланишининг «марказлашиши» дейилади, шу сабабли қон босими бироз ошиши мумкин). Томир уриши бироз тезлашади (100 та гача), тери ва шиллиқ қаватлар сал оқариши мумкин. Лекин аёл ўзини яхши сезади, сал боши айланаётганидан шикоят қилиши мумкин.

Бу босқичда сийдик йўлига резина катетер киргизиб қўйиб, ажралаётган сийдик миқдорини ҳисобга олиб бориш (энг аввало буйрак функциялари бузилади, буни сийдик миқдорининг камайиши кўрсатади) ва қон қуйиш зарур.

Геморрагик шокнинг биринчи босқичида йўқолган қон миқдори умумий оғирликнинг 0,6—0,8% ини ташкил қилса, умумий йўқотилган қоннинг 75—80% ини қон билан, қолган қисмини ҳар хил суюқликлар: полиглюкин, реополиглюкин, плазма, желатиноль ва бошқа оқсил моддалари билан тўлдириш мумкин. Акушерка қон кетишининг бу босқичида аёлнинг қон босимини тез-тез ўлчаб, томир уришини санаб, сийдик миқдорига аҳамият бериб туриши, шуингдек, қонни умумий текшириб, гемоглобин миқдорини ва гематокрит (қон эритроцитларининг плазмасига бўлган нисбати) сонини билиб бориши зарур, чунки уларнинг миқдори камайиб кетиши мумкин.

Агар ўз вақтида тез ёрдам берилмаса, шокнинг бу босқичи ўртача оғирликдаги иккинчи босқичига ўтиши мумкин. Бунда тери ва шиллиқ қаватлар анча оқаради, совуқ тер чиқади, аёл бироз безовталанади, томир уриши тезлашиб, минутига 100—120 гача етади, қон босими 90/60—100/60 га тушиб, сийдик миқдори камаяди. Бунда йўқолган қон миқдори умумий вазннинг 0,9—1% ини ташкил қилиши мумкин. Бунда (агар аёл соғлом бўлса) йўқолган қоннинг 90—100% ини қон билан, қоннинг ярмига яна шунча миқдорда бирон-бир суюқлик қўшиб юбориш керак. Аёлда бирон-бир касаллик (нефропатия, камқонлик ва бошқалар) бўлса, қонни 120 мл миқдорда қуйиш ва шу билан бир қаторда ҳар хил суюқликлар ҳам юбориш керак.

Агар бу босқичда ҳам тезда ёрдам кўрсатилмаса, геморрагик шок охирги учинчи (декомпенсация) босқичига ўтиши мумкин. Бунда қон босими жуда пасайиб кетади. Тўқималарнинг қон айланиши пасайиши натижасида аёлда гиповолемия (қон суюқ қисмининг камайиб кетиши) ҳолати юз беради. Натижада қоннинг венадан юракка келиши камаяди, юрак минутига 120—130 марта уради. Тўқималарда кислород алмашинуви сусаяди ва гипоксия юз беради. Қон босимининг бирдан пасайиб кетиши натижасида аёлда коллапс ҳолати рўй беради.

Капилляр томирнинг узоқ вақт торайиб, бирдан кенгайиши натижасида уларда айланаётган умумий қон миқдори камаяди, сўнг кенгайган қон томирларининг ўтка-

зувчанлиги бузилади. Бунда тери ва шиллиқ қаватлар ҳаддан ташқари оқариб кетади, қўл-оёқлар совийди, томир жуда тез (минутига 120 дан ортиқ), сусти ва паст уради, қон босими 60/40 ва ундан ҳам паст бўлиши мумкин. Сийдик жуда кам ажралади ёки бутунлай бўлмайди (одатда 1 минут давомида 3—4 мл ёки 1 соатда 50 мл ажралаши керак). Бу ҳолат буйраклар иши катта хавф остида қолганидан, кетган қон миқдори 2 литрдан ошиб кетганидан хабар беради. Агар аёл соғлом бўлса, йўқолган қон ўрнини тўлдириш учун 150%, бирон-бир касалликда (ҳаддан ташқари семизлик, анемия, нефропатия ва бошқаларда) эса 200% миқдорда қон қуйиш лозим.

Қон кетишига қарши курашни унинг асоратларини тугатиш билан бир вақтда олиб бориш зарур, аynи вақтда юрак функциясини оширувчи дорилар (0,05% ли строфантиндан 0,5—1 мл ни 0,9% ли физиологик эритма билан), витаминлар (витамин В группаси, витамин С), қон ивишини кучайтирувчи дорилар (1% ли викасол, дицинон, қон плазмаси, фибриноген ва бошқалар), цитратли донор қони қуйилган бўлса, унинг ҳар 400—500 мл га 10% ли 10 мл кальций глюконат ёки кальций хлорид кўшиш ҳамда буйрак фаолиятини яхшиловчи дорилар (2,4% ли эуфиллиндан 10 мл, 0,25% ли новокаиндан 100—200 мл, лазекс 40—60 мг, маннитол 1 кг вазнга 1 г дан ва бошқалар) юбориш зарур; буйрак усти беzi гормонларидан 40—50 мг преднизолон ёки 250—300 мг миқдорда гидрокортизон юбориш мақсадга мувофиқдир. Қон кетиши тўхтатилгандан ҳамда йўқотилган қон миқдори ўрни тўлдирилгандан сўнг (агар аёл аҳволи яхши бўлса), қон босими муқим — 100/60, 110/70 мм симоб устунича, томир уриши минутига 90 ва ундан кўп бўлмаса, аёлни туғруқдан кейин палатага ўтказиш мумкин. Лекин аёлнинг аҳволини бутунлай яхши деб бўлмайди, чунки унинг организми ҳали бегона қонга кўникмаган бўлади. Шунинг учун аёлнинг аҳволидан тез-тез хабар олиб туриш, томир уришини санаб, қон босимини ўлчаш, қон ва сийдигини лабораторияда текшириб туриш, бир сутка давомида ажралаётган сийдик миқдорини ўлчаб бориш ва ҳамма маълумотларни интенсив даволаш варақасига мунтазам ёзиб бориш лозим.

Қоннинг ивиш хусусияти бузилишини ташдиқлашда қон кетиши. Бу асорат кўпинча йўлдош олдин кўчиб, ҳомила суви она қонига тушганда ва бачадон қисқаришининг бузилиши (гипотония, атония) натижасида кўп қон кетиб, қондаги фибриногеннинг умумий

миқдори бирдан камайиб кетганда (гипофибриногенимия), она қорнида нобуд бўлган ҳомила узоқ ушланиб туғилганда кузатилиши мумкин.

Қоннинг ивиш хусусияти қуйидаги уч фазадан иборат. Биринчи фазада, одатда ноактив тўқималар ва қондаги тромбопластин моддаси танада биронта жароҳат содир бўлса, кальций моддаси таъсирида актив ҳолатга келади. Бу 3—5 минут давом этади. Иккинчи фазада протромбин активлашган тўқима ва қон тромбопластини таъсирида тромбинга ўтади. Бу фаза 3—5 секунд давом этади.

Учинчи фазада тромбин таъсирида суюқ фибриноген — фибринга айланади. Бу фаза ҳам 3—5 секунд давом этади. Қоннинг ивиш процессига қанча фибриноген кетса, унинг қондаги миқдори шунча камаяди, туғруқ даврида қонни ўз-ўзидан тўхтатиш учун анчагина миқдорда фибриноген зарур бўлади. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, ҳомиладорликнинг охири ойларида фибриногеннинг қондаги миқдори 1,5—2 барабар (200 дан 350—450 мг) кўпайиб, туғруқдаги юқорида айтиб ўтилган фибриногенга бўлган талабини етарли даражада қоплайди. Шулардан ҳулоса қилиб айтганда, агар туғруқдаги қон йўқотиш физиологик миқдордан (соғлом аёллар учун 200—300 мл ёки вазннинг 0,5% ича) қанча кўп бўлса, фибриногеннинг қондаги миқдори шунча камайиб, камфибриногенликка (гипофибриногенимия), ҳаддан ташқари кўп йўқотилганда эса фибриноген қонда бутунлай йўқолиб, фибриногенсизликка (афибриногенимия) олиб келиши кузатилади. Натижада коагулопатик қон кетиш юзага келади.

Фибриноген қонда 150—100 мг % (1,5—1 г/л) миқдорида бўлса, қон бутунлай ивимади. Юқорида айтиб ўтилганидек, ҳар бир тўқима ҳамда қонда тромбопластин моддаси мавжуд экан, тўқималарнинг шикастланиши ёки қон томирларининг ҳамма органларда бирданига торайиши (айниқса бу кўпроқ, ҳаддан ташқари кўп қон йўқотилганда ёки қонга кўплаб ҳомила суви тушганда кузатилади), натижада тромбопластин субстанцияси қонга тушиши, унда қон ивиш процесси ва унга қарши система активлашиб, оғир акушерлик асорати — тромбогеморрагик синдром (ёки коагулопатик қон кетиши) юзага келишини эсдан чиқармаслик керак.

Қонга бир қанча тромбопластин субстанцияси тушганда қон ивиши кучайиб, томирларда майда қон лахталари ҳосил бўлади (ДВСС—диссеминированное внутрисосудистое свертывание), бу эса ўз навбатида бир томондан,

фиброгеннинг қондаги умумий миқдорини камайтирса, иккинчи томондан, томирларда қон юришини қийинлаштиради ва уларнинг фаолиятини ишдан чиқишига олиб келади.

Қоннинг ивиш хусусияти тезлашиши натижасида организмнинг бунга қарама-қарши фаолияти — қон лахталарини эритиш (фибринолитик) системаси авж олади.

Бу ҳам ҳаёт учун зарур. Чунки бу система органлар томирларидаги қон лахталарини эритиб, улар фаолиятини тиклашга ёрдам қилади. Шундай қилиб, фибринолитик системанинг активлашиши иккинчи даражали бўлиб, бу бирон-бир сабаб билан қон ивишининг тезлашишига жавобан юзага келади. Бу кетма-кет бўладиган процессларни ҳар бир акушерка билиши шарт.

Шундай қилиб, акушеркалик ишида учрайдиган тромбогеморрагик синдром бир томондан, қондаги фибриноген миқдорининг камайишидан (гипо ёки афибриногенемия) юзага келадиган бўлса, иккинчи томондан эса, қонни суюлтириш, яъни фибринолиз хусусиятининг кучайиши натижасида пайдо бўлади.

Юқорида айтилганлардан кўриниб турибдики, агар тромбогеморрагик синдром геморрагик шок натижасида бўлса, бунда шундай шокнинг олдини олиш учун тезда томирга қон ва унинг ўрнини тўлдирадиган суюқликлар қуйиш билан бирга, бачадонни қисқартирувчи дорилар юборишни ҳам амалга ошириш лозим. Бунда акушерканинг вазифаси қон кетишини тўхтатиш билан бир қаторда тезда врачни чақириш ҳамда томирга қон ўрнини босадиган суюқликлар юбора бошлаш ва қон қуйишга тайёргарлик кўришдан иборат бўлади. Организмдан йўқолган қон ўрнини ўз вақтида тўлдириш геморрагик шок ҳамда тромбогеморрагик синдромнинг олдини олиш гаровидир.

Йўлдош олдин кўчганда қон ивишининг бузилиши қуйидагилардан иборат. Агар йўлдошнинг кўчган соҳаси анчагина бўлса, бачадон девори билан йўлдош орасига қон кўп оқиб, ташқарига чиқмасдан лахта бўлиб қолса, бу кўпинча геморрагик шок тараққий этишига сабаб бўлади. Бу қон лахтасига организмдаги фибриногеннинг кўп миқдори сарфланиб, қонда гипофибриногенемия юзага келади ҳамда организмда фибринолиз, яъни қонни суюлтириш процесси активлашади.

Бундан ташқари, йўлдошнинг олдин кўчиши туфайли қон ивишининг бузилишида бачадон қон томирларига йўлдош ҳамда децидуал пардадан тушадиган актив тром-

бопластин моддалар қон ивишини тезлаштириб, қон томирларида майда қон лахталари ҳосил бўлишига (бунда кўп фибриноген сарфланади) ёрдам беради. Бунга жавобан фибринолитик процесс активлашиб, қоннинг ивиш хусусиятини пасайтиради. Қон ивишининг бундай бузилиши асосан ҳомила туғилгандан сўнг йўлдош ҳамда чилланинг илк даврида ривожланиши сабабли туғруқ процессини тезлатиш ва актив тромбопластин моддаларнинг қонга тушишини камайтириш лозим. Йўлдошнинг олдин кўчганига сал шубҳа туғилиши билан тезда қон ивиш хусусиятини яхшиловчи дори-дармонлар бериш ва врач чақириш зарур.

Қон ивишининг бузилиши туфайли қон кетишига ҳомила сувининг кўп миқдорда томирга тушиши ҳам сабаб бўлади, бунда актив тромбопластин моддаси кўп бўлганлиги учун бир томондан, томирларда майда тромблар ҳосил бўлади (ДВС—синдром), айниқса ўпка ва буйракларда қон айланиши бузилади ва шок юзага келади, иккинчи томондан эса, фибриногеннинг қондаги абсолют миқдори камайиши натижасида қон ивиш хусусияти кескин пасаяди ва қон кетиши зўраяди. Ҳомила сувининг қон томирига тушиши кўпинча шиддатли ва тез дард тутиши натижасида содир. бўлади. Бунда ҳомила пуфакчи ичидаги босим хорион ворсинкалари орасидаги босимдан ошиб кетади ҳамда ҳомила сувининг она қонига ўтишига шароит туғилади, натижада тромбогеморрагик синдром юзага келади.

Шундай қилиб, ҳомила суви эмболиясининг олдини олиш учун туғруқ процессини тўғри идора қилиш, шиддатли ва тез туғруққа йўл қўймаслик керак. Демак, тромбогеморрагик синдром алоҳида касаллик бўлмай, балки акушерликдаги бирон-бир энг оғир асоратлардан бўлиб, шок ривожланиши билан давом этади.

Тромбогеморрагик синдром тараққий этишида 4 босқич бўлиб, биринчи босқичда қон ивиш процесси тезлашади (ДВС — синдром). Бунда одатда бачадондан оқиб чиққан қон 5—6 минут ичида ивиса, тромбогеморрагик синдромда эса қон ивиши учун жуда оз вақт кетиши мумкин. Бунда кўпроқ тромбоэмболия касаллиги хавфи кучаяди. Иккинчи босқичда (қонда ҳосил бўлган майда тромблар мия, юрак ва бошқа ички орган томирлари бўшлиғида тўпланиб, улар фаолиятини бузиши) эса қон ивиши секинлашиб, гипокоагуляция босқичи бошланади, буни аниқлаш учун — Ли Уайт методи ишлатилиб, пробиркага вена қон томиридан 10 мл қон олиниб, ҳар 20

секундда ивиш процесси кузатиб борилади. Агар қон 10 минутда ивиса, қон ивиш процессининг бироз пасайгани — гипокоагуляция аниқланади. Учинчи босқичда пробир-кадаги қон ҳам, бачадондан оқиб чиқаётган қон ҳам ивимайди, буни афибриногенимия деб айтилади. Аёлга ўз вақтида ёрдам кўрсатилса, касалликнинг тўртинчи босқичи — тузалиш даври бошланади.

Бундай тромбогеморрагик қон кетишини даволаш жуда масъулиятли иш бўлиб, бунга кўпчилик қатнашиши керак. Бунда йўқотилган қон ўрнини тўлдириш билан бир қаторда қон ивиш хусусиятини кучайтирадиган дори-дармонлардан 10—12 г гача фибриноген, яхшиси илқ донор қони ёки донордан тўғридан-тўғри касалга аппарат ёрдамида ёки шприц билан қон қуйиш йўллари қўллаш керак. Қон ивишини яхшилайдиган дори-дармонлардан 1% ли викасолдан 3 мл вена қон томирига, 10% ли кальций хлориддан 10 мл ва 5% ли аскорбат кислота-силан 5 мл қон томирига, қон суюлтирувчи омилларга (фибринолизга) қарши дорилар; 20—30 бирликда трасилол ёки контрикал вена қон томирига юборилади. Агар етарлича тоза фибриноген бўлмаса, унинг ўрнига қон томирига концентрланган қон плазмаси ҳам юбориш мумкин, бунинг учун 150 мл қуруқ плазмага 75 мл физиологик эритма қўшилади. Яъни эритиш учун қўшиладиган суюқлик миқдорининг ярми қўшилади, бунда 10—12 г тоза фибриноген юбориш учун 150 мл ли қон плазмасидан 7—8 та флакон керак, чунки 1 дон шундай флаконда 2 г фибриноген бўлади. Капиллярдаги қон айланишини яхшилаш учун реополиглюкин, гемодез қуйилади.

Агар аёл кўп қон йўқотган ва ўз вақтида текшириб, даво бошланмаган бўлса, чилла даврининг 3—4-куни камқонлик (анемия) белгилари пайдо бўлади.

Камқонлик аёл организмнинг иммунобиологик қобилятини сусайтириш билан бирга чилла даврида турли инфекцияларга мойиллик ҳам туғдиради, шунинг учун бундай аёллар организмни умумий чиниқтиришга ва ўз вақтида рационал овқатланишга аҳамият беришлари керак.

Кўп қон йўқотган аёлни туғруқ залидан бошқа палатага олиб ўтиб бўлмайди: бирдан ҳаракат қилинганда томирлардаги қон ҳаракати бузилиб, оғир коллапс пайдо бўлиши мумкин. Чилла даврида аёлни ёруғ алоҳида хонага ётқизиб, керакли дори-дармонларни бериш билан бирга, турли инфекциялардан сақлаш зарур.

Хулоса қилиб айтганда, чилла даврида кўп қон йўқотган аёлни уч тарафлама даволаш чоралари кўрилади:

1. Организмнинг умумий аҳволини яхшилаш, иммунобиологик қобилятини кучайтирувчи дори-дармонлар билан:

2. Камқонликка қарши курашиш билан;

3. Чилла даврида учрайдиган септик касалликларнинг олдини олиш ва тромбоземболияга қарши зарур дориларни буюриш билан даволанади.

Чилланинг 2—3-суткаларида кўп қон йўқотган аёлларда қон ивиши кучайишига мойиллик бўлиб, қон томирларда майда тромблар ҳосил бўлиши, кейинчалик эса тромбоземболияга олиб келиши мумкин.

Кўп қон йўқотган аёлни бирдан ўрнидан турғазмасликнинг сабаби ҳам шунда, чунки қон томирида тромб узилиб кетса, ўпка ёки бош мия томирларининг тўла беркилиб қолиши натижасида тўсатдан ўлим юз бериши мумкин.

Тромбоземболия чилла даврининг биринчи ҳафтаси охирида ёки иккинчи ҳафтасида кўпроқ учрайди.

Чилла даврида учрайдиган ана шундай оғир асоратларнинг олдини олиш учун қонни умумий анализ қилиб текшириш билан бирга унинг ивиш системасини ҳам текшириш лозим.

Тромбоземболиянинг олдини олиш учун қоннинг протромбин индексини текшириб, сўнг фенилин (0,02 г дан кунига 2—3 маҳал) ёки пелентан (0,1—0,2 г дан бир кунда 1—2 марта) 3—5 кун давомида берилади, бу дориларни берганда сийдикни текшириб бориш лозим (агар дозаси ошириб юборилса, сийдикда қон бўлиши мумкин).

Агар протромбин индекси 60—70% дан кам, сийдикда эритроцитлар пайдо бўлса, юқоридаги дориларни бериш тўхтатилади.

Тромбоземболия асоратлари бўлган аёлнинг қон ивиш системаси ва сийдигини ҳафтасига икки марта, уйга кетишидан олдин ҳам албатта текшириш лозим. Кўп қон йўқотган аёл қон босимини ҳар куни ўлчаш, томир уришини санаш, суткалик сийдик миқдорини билиш ва умумий аҳволини кузатиб бориш лозим.

Кўп қон йўқотган аёлда туғруқдан кейинги биринчи кунлари сут келмаслиги, кам бўлиши ёки бутунлай бўлмаслиги ҳам мумкин. Бу асорат ағалактия дейилади. Сут бор-йўқлигига қарамай болани эмизиш керак. Боланинг эмишга интилиши, ҳаракатланиши аёлга маънавий таъсир этиб, унинг тезроқ тузалиб, ўрнидан туриб кетишига ёрдам беради.

Қон кетишининг олдини олиш. Бачадон мускуллари қисқаришининг бузилиш натижасида қон кетишининг олдини олишни қиз бола ҳаётининг илк давридан бошлаш керак. Бунда қиз бола организмни чиниқтириш, ҳайз бузилишини ўз вақтида даволаш лозим. Бу айтилиш вақтда ҳомиладор бўлиш, туғруқ процессида дарднинг сусайиши, бачадон қисқаришининг бузилиши ҳамда гипотоник қон кетишининг олдини олиш гарови ҳамдир. Аёлларнинг ҳар хил ички касалликларини ўз вақтида даволаш, ҳаддан ташқари семизликка йўл қўймаслик, гимнастика билан шуғулланиш, жинсий органлар яллиғланиши, сунъий абортнинг олдини олиш кабилар ҳам туғруқ процессидаги оғир асоратларнинг олдини олишга ҳар томонлама ёрдам беради.

Ҳомиладорлик даврида ўз вақтида етарли овқатланиш ички касалликлар, токсикозларни ўз вақтида аниқлаб даволаш ҳам туғруқда ошиқча қон йўқотишга қарши тадбирлар ҳисобланади. Патологик қон кетишининг олдини олиш учун туғруқни идора қилиш, уни ҳар томонлама оғриқсизлантириш, агар дард суст бўлса, ўз вақтида даволаш, туғруқнинг иккинчи даври охирида ёки учинчи даврининг бошида 40% ли глюкозанинг 20 мл ига 1 мл метилэргометрин қўшиб қон томирга секин-асталик билан ёки 5% ли глюкозанинг 200 мл ига 1 мл окситоцин қўшиб, томчилатиб юбориш лозим.

Қон ивишининг бузилиши туфайли қон кетишининг олдини олишда (йўлдошнинг олдин кўчиши ҳамда ҳомила суви эмболиясида) туғруқни тўғри бошқариш, агар йўлдош кўчишига сал бўлса-да, шубҳа туғилса, дарров врачни чақириш, туғруқнинг шиддатли ва тез кечишига йўл қўймаслик (бунда бачадон оғзи ва қин деворларининг йиртилиш хавфи кўпаяди) каби чораларни кўриш керак.

Аёллар консультациясида ҳар бир ҳомиладор аёлнинг қон группасини, резус факторини аниқлаш шарт. Мабодо бу ишлар консультацияда қилинмаган бўлса, ҳомиладор аёл туғруқхонага келиши билан шуларни қилиш керак. Бундан ташқари, ҳар бир туғруқхонада етарли қон ва унинг ўрнини босадиган суюқликлар, қон плазмаси, фибриноген бўлиши шарт. Донордан аёлга тўғридан-тўғри қон қуйиш зарур бўлиб қолганда тезда қон ташкил қилиш учун туғруқхонада телефон номери, қон группаси ва резус фактори аниқ бўлган донорлар рўйхати бўлиши керак. Кўрсатилган ҳамма ишлар акушерканинг вазифаларига кирadi.

Туғруқнинг иккинчи даврида кўпинча туғруқ йўлидаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши туғруқнинг учинчи ва ундан кейинги илк даврларида қон кетишига (агар артерия ёки йирик вена қон томирлари шикастланса) сабаб бўлиши мумкин. Жароҳат клитор ён-атрофида бўлса, бу орган қон томирига бой бўлгани учун кўп қон кетишига олиб келади. Акушерлик травматизми туғруқ йўли ва чот тўқималари, қин девори, бачадон бўйнининг озроқ жароҳатланишидан тортиб, ҳатто бачадон йиртилиши каби асоратлардан иборат бўлиши мумкин.

Ташқи жинсий аъзолари, чот шикастланиши ва йиртилиши биринчи марта туғаётган, айниқса чала, шунингдек муддатидан ўтиб туққан аёлларда кўп учрайди. Бундан ташқари қинга кириш қисмининг яллиғланиши — вульвит, қиннинг яллиғланиши — кольпит касалликлари ҳомиладорлик даврида яхши даволанмаганда ҳам учрайди. Туғруқ вақтида қин юмшоқ тўқималари ҳаддан ташқари чўзилиши натижасида йиртилиши мумкин. Бу тўқималар туғруқда акушерка оралиқни йиртилишдан эҳтиёт қилмаганда, туғруқ йўллариининг чўзилиш қобиляти сусайганда (30 ёш ва ундан ошган биринчи туғаётган ҳамда жинсий органлари яхши тараққий этмаган аёлларда), ҳомилани акушерлик қисқичи билан тортиб чиқарганда йиртилиши мумкин.

Фақат шиллиқ қават сал тилинган бўлса ва қон кетмаса, шу ерга 5% ли йод эритмасидан суртиш мумкин. Аммо бачадон бўйни, қин девори ва клитор зарарланган, айниқса чот оралиғи йиртилган бўлса, уни албатта врач тикиши керак.

Клитор ёнидаги жароҳатни сийдик йўлига металл катетер киргизиб қўйиб, кетгут билан тикилади, сўнг стерилланган дока тампонни қон тўхтагунча бироз босиб туриш лозим.

Қин ва қин даҳлизида гематома (қон тўпланиши натижасида ҳосил бўлган шиш) чуқур жойлашган қон томирларнинг бузилиши натижасида шиллиқ қават ва тери остига қон қуйилишидан ҳосил бўлади, бунда шиллиқ қават ёки тери шишади ва аёл кучли оғриқ сезади. Агар гематома унчалик катта бўлмаса шу ерга музли халта қўйиш керак. Гематома секин-аста катталаша борса, операция йўли билан қонаётган томирни топиш ва бойлаш керак. Бунда гематома устидаги тери ёки шиллиқ қават кесилади, унинг тагига тўпланган қон лахта-

лари олиб ташланади ва ёрилган қон томирини топиб, бойланади ёки тикилади. Шиллиқ қават ва терини кетгут ва ипак билан тикиш лозим.

Чотнинг йиртилиши тугруқ вақтида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Турли сабаблар туфайли чот йиртилиши 10—12% ҳолларда учраса, ҳомила чала туғилганда бу 15—20% ни ташкил этади.

Бундай жароҳат кўпинча биринчи марта туғаётган аёлларда ҳомиланинг боши ёки елкалари чиқаётганда рўй бериши мумкин.

Чотнинг йиртилиши акушерканинг малакасига ҳам боғлиқ. Чунки у тугруқ вақтида чотни авайлаб ушлаб туришни ва ҳомила бошини тўғри ушлашни билмаса, чот кўпроқ йиртилади. !

Чот йиртилишининг уч даражаси кузатилади: I даражали йиртилишда чот териси йиртилади; II даражада чот териси, юза мускуллар ва фасциялар йиртилади; III даражада юқорида айтилганлардан ташқари, чот тўқималари ва тўғри ичакнинг қисқартирувчи ва идора қилувчи мускул (леватор) лари йиртилади. Айрим вақтларда тўғри ичак девори ҳам йиртилиши мумкин. Ҳар бир акушерка тугруқ пайтида чотни йиртилишдан муҳофаза қилиш билан бирга ҳомила бошининг шикастланишига ҳам йўл қўймаслиги лозим.

Чотнинг йиртилиш хавфи белгилари нимадан иборат? Ҳомиланинг боши чаноқ тубига тушганда чотдаги тўқималар чўзилади, натижада улардаги қон айланиш бузилади, вена қон томирлари торроқ бўлганлиги учун улардан қон ўтиши қийинлашади, натижада чот териси таранглашиб, кўкиш рангга киради, бу унда йиртилиш хавфи борлигини кўрсатувчи белгидир. Агар артерия қон томирларида қон юриши қийинлашса, чот териси оқариши мумкин. Бундай ҳолларда чот йиртилмасдан туриб, уни кесиш, яъни перинеотомия ёки эпизиотомия қилиш керак. Бунда чот териси 5% ли йод билан артилиб, қайчи билан 2—2,5 см узунликда ҳомила боши ёки думбаси чиқаётган вақтда қирқилади. Аввал ҳомиланинг боши билан чот ўртасига қайчи қўйиб, сўнг эт кесилиши керак. Кесилган тўқимани тикканда кўпинча у асоратсиз битиб кетади.

Йиртилган чот ўз вақтида тикилмаса, кўп қон кетишига ва чилла даврида турли асоратлар содир бўлишига сабаб бўлади. Чот қайси даражада йиртилишидан қатъи назар, йўлдош тушгандан кейин, агар қон кетмаётган бўлса — 1,5—2 соатдан сўнг, қон кетаётган бўлса — дарров тикиш керак.

Қин ва чотнинг йиртиғини тикиш учун қуйидаги асбоблар керак: 2 та қин ойнаси, 3 та корнцанг, 2 та пинцет, 1 та буккилган ва 1 та тўғри қайчи, 5 та қон тўхтатувчи қисқич, 2 та нина ушлагич, 3—4 ҳар хил йўғонликдаги ниналар, металл катетер, кетгут, ипак, стерилланган дока тампонлар. Агар чотдаги йиртилиш I—II даражали бўлса, оғриқсизлантириш учун 0.25—5% ли новокаин эритмасини (60—100 мл) жароҳатланган тўқималар атрофига юборилади. агар III даражали йиртилиш бўлса, уни тикиш учун умумий наркоз берилади (азот (I)-оксид-кислород газлари аралашмаси ёки эфир билан).

Операция кичик операция хонасида олиб борилади, тикишдан олдин аёлнинг ташқи жинсий аъзолари ва улар атрофи стерилланган дока бўлаклари ёрдамида дезинфекцияловчи эритмалар билан ювилади, сўнг спирт билан артиб, 2 ёки 5% ли йод эритмаси сурилади.

Чот оралиғидаги жароҳатни тикишни қин деворларининг йиртилган жойидан бошлаш керак. Йиртилган шиллиқ қаватни тикишда ҳар қайси чокнинг масофаси 1 см дан бўлиши керак, нинани жароҳатнинг 0.5 см четидан санчилади. Агар жуда чуқур йиртилган бўлса, ичкаридаги тўқималар ҳам қўшиб тикилади, шиллиқ қаватни тикиб бўлгач, кетгут учлари қирқиб ташланади. Чот оралиғининг йиртилган териси ипак билан тикилади. Бойланган ипак учлари тугундан 1 см қолдириб қирқилади.

Тикилган чот оралиғини парвариш қилиш. Тикилган чот оралиғи аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини эҳтиёт қилган ҳолда ҳар кун 2—3 маҳал оч пушти рангли калий перманганат эритмаси билан ювилади (бунда дока тампонни тикилган ерга теккизмаслик керак), сўнг стерилланган қуруқ дока билан четлари артиб қуритилади. Аёл сийгандан ҳамда ҳожатга боргандан сўнг албатта ташқи жинсий аъзолари ювилиб, тикилган чоклар қуритилади, сўнг спирт ва йод эритмаси суртилади.

Чилла даврида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда чок ипини 5—6 кундан кейин сўкилади. Олиб ташлашдан бир кун олдин аёлга сурги дори бериш керак.

Чокни сўкишда стерилланган ўткир қайчи ва 2 та пинцетдан фойдаланилади. Чок сўкилгандан сўнг эртасига аёл туриб юриши мумкин.

Бачадон бўйнининг йиртилиши. Олдинги туғруқда бачадон бўйни йиртилиб, тикилган бўлса, қайта туғруқда худди шу чандиқ бўлиб қолган жой йиртилиши мумкин.

Бачадон бўйнининг йиртилиши кўпинча (20%) биринчи бор туғаётган аёлларда учрайди.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 2 турга бўлинади:

1) ўз-ўзидан йиртилиши; 2) бирон-бир операция йўли билан туғдирилганда (зўрлаб) йиртилиши.

Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши зўрлаб йиртилишига қараганда кам учрайди. Зўрлаб йиртилишига туғруқ пайтида турли операциялар қўлланиш сабаб бўлади. Бачадон бўйнининг ўз-ўзидан йиртилиши одатда иккала ён деворларида, лекин кўпроқ чап томонда бўлади.

Бачадон бўйнининг йиртилиши 3 даражага бўлинади.

Иртиқ бир ёки икки томонлама (2 см гача) бўлса, бунга биринчи даражадаги йиртилиш дейилади. Йиртилиш 2 см дан кўп бўлсаю, лекин қин гумбазларигача етмаса, бунга иккинчи даражали йиртилиш дейилади. Агар йиртилиш чуқур бўлиб, гумбазгача давом этса ва унга ўтса — учинчи даражали йиртилиш дейилади. Бачадон йиртилишининг асосий белгиси эса қон кетиши ҳисобланади.

Бачадон бўйни бир ёки ҳар иккала томондан 0,5—1 см атрофида йиртилганда қон кам кетади. Туғруқдан кейинги дастлабки икки соат ичида қинни текшириб кўриш шарт. Акс ҳолда бундай йиртилиш тикилмай қолиб кетиши мумкин. Йиртилиш II ва III даражали бўлганда кўпинча бачадон артериясининг пастки шохи узилади ва оқибатда қон кета бошлайди. Қоннинг кучли ҳамда кўп кетиши ёмон оқибатларга сабаб бўлиши мумкин. Йиртилган бачадон бўйни ўз вақтида тикилмаса, жароҳат кейинчалик нотўғри битиб, бачадон бўйнининг ташқи юзасида яллиғланиш пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Бачадон бўйни жароҳатини ўз вақтида тикиш билан аёлларда рак касаллигининг ҳам олди олинади.

Бачадон бўйни йиртилишининг олдини олишда бачадон бўйнидаги яллиғланиш процессини хотин-қизлар консультациясидаёқ ўз вақтида аниқлаш ва даволашга киришиш лозим.

Йиртилган бачадон бўйни тикилишидан аввал ташқи жинсий органлар дезинфекция қилинади, операция қилувчи врач ҳамда ёрдамчи акушерка операцияга тайёр бўлгандан сўнг қин кўзгу ёрдамида очилади, бачадон бўйни 2 та қисқич билан қисилади ва улар навбатма-навбат ўнгдан чапга қаратиб бирин-кетин ўрни алмаштирилиб, бачадон бўйнининг ҳамма деворлари синчиклаб қаралади, йиртилган жойи бўлса тикилади. Иртиқнинг энг юқори (гумбаз яқинидаги) бурчагидан

бошлаб кетгут билан тикилади. Чоклар ораси 1см, иплар учи 1 см қолдириб қирқилади ва жароҳатга 5% ли йод эритмаси суртилади.

Чот ёки қин, айниқса, бачадон бўйни жароҳати тикилган аёлларни бирон-бир зарурат (қон кетиш, тана ҳарорати кўтарилиши) бўлмаса, чилла даврининг 8—10-кунигача қинини кўзгу билан кўрмаган маъқул.

Бачадон йиртилиши. Бачадоннинг йиртилиши туғруқ процессидаги энг оғир жароҳатлардан ҳисобланади. Бачадоннинг пастки қисми, девори энг юпқа жойи бўлиб, унинг шу қисми кўп йиртилади (М. К. Репина, 1984). Бачадон йиртилиши тўғрисида (сабабларига кўра) икки хил назария мавжуд (Бандль ва Вербов назариялари).

Бандль назариясига кўра ҳомила боши тўсиққа учраса (анатомик ёки функционал тор чаноқ), у чаноққа кириш қисмига суқилиб кириб, бачадон бўйнини чаноқ суякларига қисиб қўяди. Натижада бачадон пастки қисми ҳаддан ташқари чўзилади ва таранглашиб, ниҳоятда юпқалашади. Бу бачадон йиртилишининг хавфи юзага келганидан дарак беради. Агар ўз вақтида аёлга ёрдам кўрсатилмаса, натижада бачадон ёрилади.

Я. Т. Вербов назарияси бўйича бачадоннинг мускул қаватларидаги патоморфологик ўзгаришлар бўлмаганда ссғлом тўқима йиртилмайди, балки патоморфологик ўзгарган бачадон девори ёрилади.

Бачадон деворидаги, ҳусусан, илгариги операциялардан кейинги чандиқлар (Кесар усулида кесиш операцияси, бачадон шишларини олиб ташлагандан сўнг ва бошқалар), бачадон деворларининг илгари яллиғланган бўлиши, тез-тез ҳамда кўп туққан аёллар бачадонидаги мускулларнинг кўп қисми яхши чўзилмайдиган бириктирувчи тўқималарга алмашилиши бачадон деворини ўз-ўзидан йиртилишига сабаб бўлади.

Бачадон йиртилиши клиник кечишига қараб бачадон йиртилиш хавфи, чала ва тўла йиртилишга бўлинади.

Бачадон йиртилиш хавфи белгилари нима? Ҳсмиладор аёл ниҳоятда бетоқат бўлиб, дардни оғриқли келишидан шикоят қилади, бу оғриқ дард орасида ҳам тўхтамайди. Дард борган сари тезлашиб, кетма-кет тутади. Аёл ўзини ҳар томонга ташлаб, ҳатто жойидан сапчиб турмоқчи бўлади, оғриқ ниҳоятда зўр бўлгани учун қоринга қўл теккиздирмайди. Тили ва лаблари қуруқшайди. Томир уриши тезлашади.

Ташқаридан текширилган бачадон узунасига чўзилиб, таранглашади, туби баланд кўтарилиб, қовурға ости

ёйига қадалади. Одатда киндик олдида ёки ундан юқорида эгарсимон оғриқли қийшиқ кетган чегара (контракцион) халқани қорин девори орқали аниқлаш мумкин. Бу бачадоннинг «8» формада бўлишига олиб келади. Шу билан бир вақтда бачадоннинг жуда таранглашган, оғриқли думалоқ бойламларини ҳам аниқлаш мумкин. Бачадонни пайпаслаганда, айтиқса пастиди кучли оғриқ кузатилади ёки эшитилмайди. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, бачадон девори ч а л а ё к и т ў л а йиртилиши мумкин. Бунда қинни жуда эҳтиётлик билан чуқур наркоз остида врач кўриши керак.

Агар юқорида айтиб ўтилган белгиларга қиндан озгина қон аралаш суюқлик қўшилса, бу бачадоннинг йиртила бошлаганлигини кўрсатади. Бунда бачадон деворининг фақат шиллиқ ва мускул қавати ёрилиб, сероз қавати бутун қолиши ва унинг остига қон йиғилиши ва сероз қават дўппайиб қолиши мумкин. Бачадон йиртилишининг бу даражасида туғаётган аёлга тез ёрдам кўрсатиб, яъни дардни тўхтатиш йўлларини (енгил наркоз остида), қўллаб, тезда операция қилинмаса, б а ч а д о н т ў л а й и р т и л и ш и (бунда бачадон деворининг ҳамма уч қавати йиртилади), қорин бўшлиғига кўп қон кетиши, натижада шок юзага келиши мумкин. Бунда аёл ҳушидан кетади. кўнгли айниб қусади. совуқ тер босади, юрак уриши тезлашиб, аҳволи ёмонлашади ва юзи оқариб, кўзлари ичига ботиб кетади. Қон босими паст бўлганидан уни аниқлаб бўлмайди. Булар ҳаммаси аёлнинг аҳволи ҳаддан ташқари оғир эканлигидан дарак беради. Қоринни ушлаб кўрилганда ҳомила қорин девори остида ётганлиги, унинг бир томонида қисқариб-қаттиқлашган бачадон танаси аниқланади. Бундай ҳолда ташқарига қон кетмаслиги ёки кетса ҳам жуда оз бўлиши мумкин. Лекин аёлда ички қон кетишининг ҳамма белгилари яққол кўриниб туради. Юқорида айтиб ўтилган белгиларни акушерка ажрата билса, бачадон йиртилиш хавфини ўз вақтида аниқлаш қийин эмас.

Бачадон юқоридаги белгиларсиз ёки шу белгиларнинг фақат баъзи бирлари бўлган ҳолда йиртилиши мумкин. Бунга бачадон деворларидаги (юқорида айтиб ўтилгандек) патоморфологик ўзгаришлар ёки операциядан кейинги чандиқлар сабаб бўлиши мумкин.

Агар Кесар усулида кесиш операциясидан сўнг аёл бир-икки йил ичида туғса, бачадоннинг йиртилиш хавфи кўпроқ бўлади, чунки бу жой туғруқ вақтида юпқалашиб кетиши мумкин (Репина М. А. 1984).

Бачадон деворини, айниқса эски чандиқ соҳасини қорин девори орқали пайпаслаб кўрилганда бачадондаги чандиқнинг баъзи жойи юққалашгани ва оғриши аниқланади. Агар бачадон йиртила бошлаган бўлса, шу жойда яна юққалашади; бу «чуқурча»ни бармоқлар учи билан секин-аста авайлаб аниқлаш мумкин. Бачадон девори йиртилганда унинг кенг бойламлари орасига қон қуйилиб, гематома ҳосил бўлади. Бунда ҳам юқорида айтиб ўтилгандек, аёлда ички қон кетиши кузатилади, шу вақтда шошилиш ёрдам кўрсатилмаса, аёл нобуд бўлиши мумкин.

Бачадон йиртилиши эҳтимоли бўлган аёллар консултацияда, фельдшер-акушерлик пунктларида, участка врач ҳисобида алоҳида «хавфли» группадан рўйхатга олиниб, ҳар ойда 4—5 марта врач кўригидан ўтишлари, туғишидан 2—3 ҳафта олдин, албатта туғруқхонага ётишлари керак. Бу группага чаноғи тор, ҳомиласи муддатидан ўтиши мумкин бўлган, қорин девори бўшашган, кўп ва тез-тез туққан, илгари операция қилинган (Кесар усулида кесиш), бачадондан шиш олиб ташланган ва бошқа аёллар киради.

Туғруқ пайтида бачадон йиртилиш хавфи кузатилганда қандай шошилиш ёрдам кўрсатилади? Бундай дақиқаларда аёлга чуқур наркоз бериб, дарҳол дардни тўхтатиш ва аҳволига қараб қуйидаги операциялардан бири қилинади:

а) ҳомилани бўлакларга бўлиб олишнинг ҳамма турлари; б) Кесар усулида кесиш.

Агар бачадон йиртила бошлаган белгилар кузатилса, фақат Кесар усулида кесиш операцияси қилинади.

Бачадон йиртилиш хавфи бўлганда ҳомила бошига қисқичлар қўйиш ёки ҳомилани оёғи томонга айлантириб туғдириб олиш қатъий ман этилади.

Кесар кесиш операцияси қилинганда баъзан бачадон олиб ташланади, кўпинча эса бачадон сақлаб қолиниб, йиртилган жойи тикилиши мумкин.

Бачадон йиртилиш хавфи бўлганда, айниқса чала ёки тўла йиртилганда аёлни бошқа туғруқхонага ёки касалхонага юбориш мумкин эмас, балки аёл ётган туғруқхонага мутахассис врач чақирилиб, шу ерда зарур ёрдам кўрсатилади.

Қандай ва қачон операция қилиш бачадонни сақлаб қолиш-қолмаслик аёлнинг умумий аҳволига, йиртилиш даражасига, ёшига, акушерлик анамнезига боғлиқ. Бачадон ёрилишининг олдини олишда туғруқни тўғри бошқа-

риш ва йиртилиш хавфи белгиларини ўз вақтида аниқлаш жуда катта амалий аҳамиятга эга. Бачадондаги ҳар қандай йиртилиш она ва бола учун хавфлидир. Бачадон йиртилишини даволашдан кўра олдини олиш катта аҳамиятга эга.

Бачадон ағдарилиб чиқиши қай ҳолларда учрайди? Бу ҳам туғруқда учрайдиган оғир ҳодисалардан бири бўлиб, кўпинча йўлдошни туғдириш учун Креде усулини қўпол ва нотўғри қўллаш ёки йўлдош ажралмасдан туриб, туғруқнинг III даврида уни бачадон деворидан ажратиш учун йўлдошни киндик орқали тортиш натижасида вужудга келиши мумкин. Қўп ва тез-тез туққан аёлларда бачадон ўз-ўзидан ажралиши ҳам мумкин.

Бачадоннинг ағдарилиб чиқиши жуда оғриқли бўлиб, шок ва қон кетиши билан ўтади. Ағдарилган бачадон қиндан ички юзаси ва унга ёпишган йўлдош билан чиқади. Қов устидан текширганда бачадонни қорин остида тспилмайди. Вақтида тез ёрдам кўрсатилмаса, ағдарилган бачадон томирлари сиқилиб, қон айланиши бузилади. Натижада бачадон тўқималарининг озиқланиши бузилиб, шиша бошлайди, бу эса бачадоннинг чирий бошлашига олиб келиши мумкин.

Акушерка врачсиз туғруқнинг III даврини ўзи бошқараётган бўлса, бунда оғир аҳвол рўй бериши мумкинлигини эсда тутиши керак ва йўлдошни бачадон деворидан ажралгайлигига ишонч ҳосил қилмасдан туриб, уни туғдириш йўллари, айниқса Креде усулини ўринсиз қўлламаслиги, йўлдошни киндик орқали тортмаслиги керак.

Агар бачадон ағдарилиб тушган бўлса, йўлдош пардалари билан бирга осойишта ажратилади ва дарҳол бачадонни унинг бўйни орқали ўз жойига киргизилади ва туғриланади. Бу операцияни чуқур наркоз остида врач бажаради. Агар бачадон чирий бошлаган бўлса, унн қорин орқали операция қилиб, бутунлай олиб ташлашга тўғри келади.

ЧИЛЛА ДАВРИНИНГ ФИЗИОЛОГИК ВА ПАТОЛОГИК КЕЧИШИ

Чилла даври аёл туққандан бошлаб ўртача 6—8 ҳафта давом этади. Туғруқ нормал асоратсиз ўтган бўлса 8—9 кун туғруқхонада, қолгани эса уйда ўтади, шунга кўра туғруқдан кейинги отпускa 56 кун берилади. Агар туғруқ турли асоратлар билан ўтган бўлса, у ҳолда бу отпускa 70 кун давом этади. Демак, ҳомиладорлик

туфайли жинсий органларда рўй берган ўзгаришлар чилла даврида тикланиб, аста-секин (айниқса, биринчи марта туққанларда) асли ҳолига қайтади. Туғруқ жароҳатлари битиб, органларнинг ўз аслига қайтиши **инволюция** деб аталади.

Жинсий органлардаги ўзгаришлар. Бачадон туби йўлдош тушгандан кейин киндикдан 1—2 энлик пастда туради, чаноқ тубидаги мускуллар ва қин қисқариши натижасида бачадон бир оз юқори кўтарилиши мумкин.

Бачадоннинг аслига келган-келмаганлигини унинг қисқаришидан билса бўлади. Бунинг учун бачадон тубининг қов суякларидан қанчалик баланд турганлигини бармоқлар ёки сантиметр лентаси ёрдами билан ўлчаш кифоя.

Чилла даврининг биринчи кунда (қовуқ сийдикдан бўш бўлганида) бачадоннинг туби киндик тўғрисида, учинчи кун киндикдан 1—2 энлик, тўртинчи кун 2—3 энлик пастда, бешинчи кун қов суяги билан киндикнинг ўрсида, еттинчи кун қов суягидан 3 энлик юқорида, ўнинчи кун қов суягининг юқори чеккаси рўпарасида бўлади. Кўп туққан аёлларда эса бачадон нисбатан бир оз секин қисқариши мумкин. Бачадон қисқаришини сантиметрлар билан ҳам ўлчаш мумкин, лекин бу усул тажрибада кам қўлланилади.

Чилла даврида бачадон бўйига ҳамда энигагина кичрайиб қолмасдан, унинг оғирлиги ҳам аста-секин камайиб боради, яъни биринчи ҳафтада 1000 г дан 500 г гача, иккинчи ҳафтанинг охирида 350 г гача, учинчи ҳафтада 250—300 г гача камаяди, 7—8 ҳафтада ўз ҳолига қайтади, яъни 50—60 г келадиган бўлиб қолади.

Бачадон мускулларининг қисқариши ва ундаги морфологик ўзгаришлар бачадон қисқаришига, унинг асли ҳолига келишига имкон беради.

Чилла даврининг биринчи кунлари бачадоннинг ички сатҳи катта жароҳатли юзадан иборат бўлади, бачадондан ивиган қуюқ қон ва қоғоноқ пардасининг қолган парчалари тушади. Бачадон ички юзасида туғруқдан кейин аста-секин қолган эпителиал тўқималар ҳисобига янги шиллиқ қатлам пайдо бўлади.

Бачадон шиллиқ қаватида йўлдош ажратилгандан кейинги жароҳатнинг битишига ва шиллиқ қаватининг ҳомиладорликдан олдинги аслига келиши учун кўп вақт (6—8 ҳафта) керак.

Бачадон бўйининг аслига келиши бачадон танасига нисбатан анча суст боради, яъни туғруқдан кейин 12—14

соат ўтгач, бачадон бўйнининг ички тешиги қисқариб, 2—3 энлик бўлиб қолади. Ташқи тешигининг аслига қайтиши эса янада сустр кечиби, иккинчи ҳафта охирларигача ҳам сал очиқ бўлиб туради ва чилла даврининг 3-ҳафталаридагина тамомила бекилади. Бу процесс биринчи ва қайта туққан аёлларда ҳар хил кечиши мумкин, яъни кўп туққан аёлларда бачадон бўйнининг кечроқ қисқариши кўп кузатилади.

Бачадон бойламлари ҳамда унинг найлари аста-секин асли ҳолига қайтади.

Чилла даврининг биринчи кунларида қин илвиллаган ҳолатда бўлади. Сўнгги кунларда эса қон ва шилимшиқ келиши йўқолиб, қин қисқаради ва тораяди. Чаноқ мускуллари ҳам аста-секин қисқариб, олдинги ҳолига қайтади.

Чилла даврида тухумдонлар бир оз кичраяди. Болаларини эмизиб боқадиған аёлларнинг кўпчилиги шу давр ичида ҳайз кўрмайди, чунки сут беши ишини кучайтирадиган пролактин гормони тухумдондан тухум ҳужайра ишланиб чиқишини тўхтатиб қўяди. Айрим вақтларда эмизикли аёллар тухумдониди тухум ҳужайра етилиб қолади. Шунда аёл эмизиди даврида ҳам ҳомиладор бўлиб қолиши мумкин.

Чилла даврида жинсий аъзоларнинг аслига тез ёки секин қайтиши аёлнинг умумий аҳволига, туғруқнинг қандай ўтганлигига, боланинг катта-кичиклигига, бачадонда бирон касаллик борлигига, биринчи ёки кўп туққанлигига, чақалоқни эмизиди ва бошқаларга боғлиқ.

Чилла даврининг биринчи ҳафтасида бачадоннинг ички юзасидан кўчиб чиқаётган шиллиқ қават бўлакчаларига бироз қон, бачадон бўйнидан ва қиндан ажралган шиллиқлар ташқарига чиқади. Бунга жароҳат сели ёки лохия дейилади.

Чилла даврининг 1—3-кунлари лохия қизғиш рангда бироз қон аралаш бўлади, 4—6-кунлари жигарранг, кейинчалик сарғиш-қўнғир тусда бўлади. 7—8 кундан кейин эса «оқ қон таначалари» кўпайиши натижасида лохия сарғимтир ва 9—10-кундан бошлаб оқимтир бўлади. Кейинчалик булар кун сайин камай бориб, охири тўхтайди. Чилла давридаги умумий ўзгаришлар туғруқнинг қандай ўтганлигига ва аёл организмнинг умумий ҳолатига боғлиқ. Туғруқдан кейинги толиқиш чилла даврининг биринчи кунларидаёқ йўқола боради. Кўпинча чилла даврида бола эмизиди боқаётган аёллар бир неча кунгача

бачадон соҳасида вақт-вақти билан оғриқ сезадилар. Бунда оғриқ қолдирувчи дорилар (баралгин 1 та таблеткадан кунига 3 маҳал, амидопирин 0,3 г дан кунига 3 маҳал) бериш мумкин.

Чилла даврида аёлнинг томири бир текис, тўла, минутага 70—75 мартагача уради. Айрим вақтларда томир секинроқ уриши ҳам мумкин, буни брадикардия дейилади. Бундай ҳолатни қайта туққан аёлларда кўпроқ учратиш мумкин. Бунда томир уриш тезлиги минутига 50—60 мартагача бориши мумкин. Бу физиологик ҳолатдир. Чилла даврида тана ҳарорати ва томир уриши 2 маҳал — эрталаб ва кечқурун ўлчанади. Чилланинг биринчи 2 соатида аёлларнинг эти увишади, чунки туғиш вақтида мускуллар кучи кўп сарф бўлади ва зўр бериб тер ажралиши натижасида бадан совуб қолади. Чилла даври асоратсиз ўтганда аёлларнинг тана ҳарорати 37° дан ошмайди.

Чилла даврини бошидан кечираётган аёллар чуқурроқ нафас оладилар ва нафас олиш минутига 14—16 мартадан ошмайди.

Чилла даврида аёлларнинг қон босими ҳар куни ўлчанади. Агар ҳомиладорлик ва тугруқ вақтида аёллар гипертония, нефропатия каби касалликлар билан оғриган бўлсалар, чилла даври улар учун хавфли ҳисобланади. Айниқса, нефропатиянинг оғир формаси ёки презеклампсия ҳамда эклампсия билан оғриган бўлсалар, чилла даврида ҳам эклампсия хуруж қилиши мумкин. Ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик вақтида қон босими ошган бўлса, чилла даврида ҳам у қайтарилиши кузатилади.

Агар туғруқ асоратсиз ўтган бўлса чилла даврида буйраклар фаолияти бузилмайди, Баъзан қовуқ сийдикка тўлиб турган бўлса ҳам сийгиси келмайди, чунки бачадон ва қорин мускуллари бўшашиб кетган, қовуқ кенгайиб қолган бўлади. Бу даврда аёллар ўз вақтида тез-тез сийиб туришлари керак, сийдикнинг тўхтаб туриши сийдик пуфагининг кенгайишига ва бачадоннинг ёмон қисқаришига сабаб бўлади.

Баъзи аёллар чалқанча ётган ҳолатда сийганда ташқи жинсий органлар жароҳатига сийдик томчилари тушиб, ачиштиришидан қўрқиб ҳам сиймайди. Шунингдек, қорин девори мускулларининг бўшашиб кетиши, кучана олмаслик ҳам сийишни қийинлаштириб қўяди.

Чилла даврида аёллар кўп терлаганидан тез-тез чанқайдилар. Шунга қарамасдан, аёлнинг кўп сув ичаётган-

лигини пайқаганда қандли диабет касаллигига текшириб кўриш ҳам лозим.

Чилла даврининг биринчи кунлари қорин девори бўшашганлиги ва чалқанчасига ётиш натижасида ичаклар қисқариши пасайиб, аёлда қабзият пайдо бўлиши, агар туғруқ вақтида дардни кучайтириш учун канақунжут мойи берилган бўлса, ичи кетиши мумкин.

Қабзият бачадоннинг аслига қайтишини кечиктириши мумкин. Агар ич қотган бўлса, чилла даврининг учинчи кунни чот оралиғи жароҳати бўлмаганда, сурги дори берилиши ёки тўғри ичак орқали илиқ сув юборилиб ичакларни тозалаш, яъни клизма қилиш лозим.

Гўдак учун она сутидан фойдалироқ овқат бўлмайди. Она сутидан юқумли касалликларга махсус таначалар (антителолар) бўлиб, улар болани турли касалликлардан муҳофаза қилишда муҳим роль ўйнайди. Она сütünинг яна бир муҳим томони шундаки, ундаги кўпгина витаминлар бола организмига бевосита тушади. Она сутидаги барча озиқ моддаларни гўдак осон ҳазм қилади.

Сут безлари жуфт орган бўлиб, 3—6, айрим вақтларда 7-қовурғалар орасида жойлашади. Сут беzi ёғ тўқималаридан тузилган бўлиб, олдинги қисми тери ёғ тўқималари билан бирга қўшилиб кетади. Сут безининг бўлакчалари радиал равишда жойлашган сут безининг йўллариға қараб очилади, кўкрак учлари бир оз қорамтир тери билан чегараланган. Кўкрак учининг териси бироз ғадир-будир бўлиб, териси остида кичик безчалар жойлашган. Кўкрак учи безининг ёрилиши инфекциянинг сут безларига тарқалишиға имкон беради. Айрим аёлларда ҳомиладорлик вақтида ва туғруққа яқин «оғиз» сути ажралиб чиқади. «Оғиз» сути ўзининг морфологик ўзгаришлари билан чилла давридаги сут таркибидан жуда катта фарқ қилади.

Бола туғилгандан кейин орадан 12 соат ўтгач эмизिलाди. Бунда дастлаб, яъни биринчи кунлари она боласини иккала кўкраги билан, кейинроқ бориб эса (сут кўпайгач), галма-гал битта кўкраги билан эмизади.

Чилла даврида аёлни парвариш қилиш. Чилла даврида асептика ва антисептикаға қатъий риоя қилиш керак. Акушеркалар чиллани аёлни ташқи жинсий органларини асептик суюқликлар билан кунига бир неча марта юйиб туришлари, инфекциядан эҳтиёт қилишлари лозим. Чунки чилла даврида (айниқса биринчи кунлари) туғруқ йўллари орқали микробларнинг организмға тушиб септик касалликларини пайдо қилиши анча осон бўлади.

Чилла даври нормал ўтаётганда қинни чайиш ёки гинекологик усул билан эҳтиётсизлик қилиб текшириш жуда хавфли.

Агар чилла даврида аёлнинг ҳарорати кўтарилса, грипп ёки инфекцион касалликлар билан оғриб қолса ёхуд тикилган жароҳатлар соҳасида бирон септик ўзгаришлар аниқланса, аёлни дарҳол физиологик бўлимдан обсерватив (махсус кузатиш) бўлимига ўтказилади.

Туққан аёллар ётадиган палаталар тозаланиб, дезинфекцияланиши ва шамоллатиб турилиши керак. Бу палаталарда ҳар бир аёлга 7,5 кв. м жой белгиланади, палата ёруғ, кенг бўлиши лозим. Қаравотга тоза тўшак ва дазмолланган чойшаб солинади. Унинг ўртасига эса оқ клеёнка ёзиб, устидан 1 кв м ли чойшаб солинади. Туққан аёлнинг жинсий органлари ҳар гал ювиб тозалангандан кейин тагидаги кичкина чойшабни алмаштириб туриш лозим.

Одатда туққан аёлга ишлатилган чойшаблар қайнатилади, сўнгра дезинфекцион камерадан ўтказилади, сўнгра дазмолланади. Агар чот оралиғи тикилган бўлса, кунига бир неча маҳал стерилланган кичик чойшаб берилади.

Ҳар бир аёл учун дезинфекция қилинган алоҳида тувак бўлиши керак. Туваклар ишлатилгандан кейин 2% ли хлорамин эритмаси билан дезинфекция қилинади.

Ташқи жинсий органларни тозаловчи акушер ёки ҳамширалар оғиз-бурунларига дока ниқоб тутиб олишлари, қўлларига эса стерилланган қўлқоп кийишлари лозим.

Туққан аёлнинг тагига тувак қўйиб, ташқи жинсий органлари, чот оралиғи ҳамда соннинг ички юзаси Эсмарх кружкасига солинган дезинфекцияловчи (1:4000, 1:8000) калий перманганат эритмаси билан ювилади. Бунда қовуқдан пастга томон ювилиб, ташқи жинсий органлар, сўнгра ташқи чиқарув тешиги соҳаси ювилади. Ювиш тугаллангач, стерилланган дока парчаси билан артиб қуриштилади. Ташқи жинсий аъзоларни тозалаш учун зарур асбоблар — пинцет, корнцангни дезинфекцияловчи эритмаларда сақлаш лозим. Корнцанг ёки пинцет, ювиш учун стерилланган пахтани ҳар бир аёл учун алоҳида ишлатилади.

Чилла даврида аёлнинг умумий аҳволи, томир уриши, қон босими, бачадон қисқариши, ичак ва сийдик фаолиятлари кузатиб борилади.

Агар чилла даврining 2—3-кунлари бачадон одатдигдек қисқармаётгани ёки сел кам келаётганлиги аниқ-

ланса, бачадонни қисқартирувчи дори-дармонлар (кунига 3 марта 1 таблеткадан (0,05 г) котарнин хлорид — стиптицин ёки 0,15 г дан 3 маҳал хинин ва бошқалар бериш мумкин. Булар ёрдам қилмаса, бачадон мускулларини қисқартирувчи питуитрин ёки маммофизинлардан 1 мл дан укол қилинади.

Биринчи марта туққан аёлларнинг чот оралиғи йиртилганда улар кўпинча оғриқдан қўрқиб вақтида сийишмайди, натижада бачадон яхши қисқармайди. Бундай вақтда аёлни сийдириш учун тагига тувак қўйиб, хонадаги сув жўмраги очиб қўйилса, у рефлектор таъсир этиши ва шунда аёл ўзи сийиши мумкин. Агар у шунда ҳам сиёлмаса, сийдикни стерилланган катетер орқали тушириш тавсия қилинади. Айрим вақтлардангина дорилар ёрдамида сийдирилади. Бунинг учун аввал аёлнинг қон босимини ўлчаш, агар босим баланд бўлмаса, питуитриндан 0,5—1 мл тери остига укол қилиш лозим. Қон босими юқори бўлса, маммофизиндан ёки окситоциндан 1 мл тери остига укол қилинади. Биринчи марта туққан ёки ёш оналарда болани эмизиш ҳам рефлектор тарзда сийдик пуфагини қисқартириб, сийишга ёрдам беради.

Аёлни ўз вақтида тўғри овқатлантириш ва парвариш қилиш чилла даври касалликларининг олдини олишда катта аҳамиятга эга. Аёллар тез ҳазм бўладиган ва яхши сингийдиган овқатлар ейишлари керак. Чилла даврида овқат рационни туғруқнинг қандай ўтганлигига қараб белгиланади. Агар Кесар усулида кесиш операцияси қилинган бўлса, 2 кун қайнатма шўрва суви, кисель, кефир берилиб, 3—4-кундан сўнг мастава, сухари, кефир ва сабзавот сувлари берилади. Чот оралиғи йиртилган бўлса, 4 кун қайнатма шўрва суви, сухари, кефир берилади, бунда аёл ўрнидан турмаслиги керак. Чокларининг ипи сўкиб олингандан (туғруқнинг 5—6-кунлари сўкиб олинади) кейингина тез ҳазм бўлувчи овқатлар бериш мумкин. Чилла даврида албатта сервитамин овқатлар ва поливитамин таблеткаларидан бериб турилади. Айниқса сабзавотлар истеъмол қилиш яхши фойда беради.

Чилласи чиқмаган аёл консерва, колбаса, нўхатли овқат, мурч, сирка ва шунга ўхшаш ўткир нарсаларни истеъмол қилмаслиги керак.

Туғруқ вақтида кўп қон кетган ёки қин, бачадон бўйни жароҳатланган бўлса, аёл биринчи кун и ўрнидан турмаслиги керак. Чунки битмаган жароҳат юзасидан қон оқиши ва бачадонга микроблар ўтиши мумкин.

Кўп туққан аёлларда бачадон бойламлари анчагина

чўзилиб қолади. Улар ўринларидан эрта туриб кетсалар, бачадон ва қиннинг аста-секин пастга тушиб, кейинчалик эса ташқарига чиқиб қолиши каби кўнгилсиз ҳодисалар рўй бериши мумкин. Аксинча, туғруқ нормал ўтган бўлса, чилла даврида аёлнинг ётиши ярамайди, чунки узоқ ётганда бачадон кеч ва ёмон қисқаради, аёлнинг ичи қотади, иштаҳаси йўқолади. Жинсий аъзоларнинг ҳам ўз аслига келиши чўзилиб кетади. Умуман олганда, чилла даврида ўриндан туриш, юриш масалаларини аёлнинг индивидуал томонларини ҳисобга олиб, врач ҳал этади.

Аёлни операция қилиб туғдирилганда дори-дармонлар маълум бир вақтда, аниқ соатларда берилиши керак. Агар туғруқ асоратсиз ўтган бўлса чилла даврининг иккинчи кунни аёл ўрнидан туриши ва палатада юриши мумкин. Аёлнинг чилла даврида ҳарорати кўтарилмаса, лабораторияда қони текширилганда (оқ қон таначалари 8000, гемоглобин 120 г) она ва болада ҳеч қандай асорат бўлмаса, уларга 6—7-кунни уйига рухсат этилади.

Агар йўлдош қўл билан ажратиб олинса ёки туғруқда бирон-бир операциялар қўлланилган бўлса, бундай аёлларга 11—12-кунни жавоб берилади. Уйга юборишдан олдин умумий қон таркиби ҳам текшириб кўрилади. Агар аёлда нефропатия, гипертония ёки ички касалликлар бўлса, албатта терапевт кўригидан ўтказиб, керакли анализлар қилиниб, текширилади, ҳаммаси яхши деб топилгандагина уйга жавоб берилади.

Чилла даврининг физиологик ўтиши учун гимнастика машғулотлари билан шуғулланиш катта аҳамиятга эга, чунки гимнастика жинсий аъзоларнинг ўз аслига қайтишини тезлатишга ёрдам беради. У ичаклар ишини яхшилайди, сут келишини кучайтиради. Гимнастика туфайли қорин деворлари ва чаноқ ости мушакларининг ва умуман организмнинг фаолияти яхшиланади. Бундан ташқари, чилла даврида қилинган гимнастика машғулотлари кўкрак безларига кўп сут келиши ва унинг туриб қолмаслигини ҳам таъминлайди.

ЧИЛЛА ДАВРИ СЕПТИК КАСАЛЛИКЛАРИ

Чилла даври касалликлари организмнинг умумий касаллиги ҳисобланади. Бу муаммо кўпдан бери олимларни қизиқтириб келади. 19-аср ўрталаригача ушбу касалликдан кўплаб оналарнинг ёстиғи қуриган. Акушерликдаги бундай асоратнинг бир неча бор камайишида венгер олими И. Ф. Земмельвейснинг хизмати катта бўлди. У

1847 йилда биринчи бўлиб чилла даврида учрайдиган касалликларнинг юқумли бўлишини ва уларнинг олдини олиш учун акушеркалар қўлларини антисептик (хлорли сув) суюқлик билан ювишлари шартлигини айтди. Худди шу усулни қўллаш натижасида веналик оналарнинг чилла даврида учрайдиган бу оғир асорат туфайли ўлиши 10% дан 1,5% гача пасайди.

Ҳозирги пайтда чилла даври юқумли касалликларини келтириб чиқарувчи ҳар хил микроблар (стафилококк, стрептококкнинг ҳар хил гуруплари, ичак таёқчалари ва бошқалар) маълум бўлиб, айни пайтда уларнинг бир қанчаси ёки айримларигина таъсир қилиши натижасида касаллик юзага келиши мумкин. Бу микроблар аёл организмга ташқаридан (экзоген йўл) ёки организмда сурункали дардга чалинган органлардан (тиш кариеси, сурункали тонзиллит, қулоқ оқмалари, хроник пиелонефрит ва бошқалар) лимфа, қон томирлари орқали тарқалиши (эндоген йўл) мумкин. Шу билан бирга чилла даври инфекция касалликларнинг тараққий этишида аёл организмнинг аҳволи, унинг микробларга қаршилиги кўрсатиш ва иммуно-биологик қобилияти асосий ҳал қилувчи роль ўйнайди. Чилла даврида аёл организмга микроб тушиши учун қулай шароит мавжуд бўлади. Айниқса бачадон шиллиқ қаватидаги жароҳат юзаси, кўчиб тушган йўлдош ўрни жуда қулай бўлади.

Чилла даврида инфекция организмга туғруқ йўллари жароҳатланганда, чот оралиғи, қин бачадон бўйни йиртилганда ёки шу жароҳатлар чала битганда тушади.

Туғруқ процессини муфассал асептик процесс деб бўлмайди, чунки қиндаги мавжуд микроблар патоген бўлмасада, туғруқдан олдинги кислотали муҳитдан ишқорий муҳитга (бачадон бўйни каналига) ўтиши натижасида патоген бўлиб қолиши мумкин.

Айниқса туғруқ узоқ давом этиб, қоғоноқ суви олдин кетганда унинг пардалари яллиғланиши мумкин, бунини қоғоноқ пардаларининг яллиғланиши (хориоамнионит) дейилади. Одатда аёлда юқори ҳарорат, титраш, оқ қон таначаларининг 20000 гача кўпайиб кетиши инфекциянинг туғруқ йўлларида қонга тарқалганлигини кўрсатади.

Микроб организмга тушиши билан касалликни тўсатдан қўзғатмайди, чунки аёл организми инфекцияга қарши курашувчи таначалар — антителолар ишлаб чиқаради. Чилла даври касалликлари ривожланишида ретикуло-

эндотелиал системасининг микробларни ушлаб қолиш, яъни тўсиқ функциясининг камайиши ёки сусайиши катта аҳамиятга эга. Чилла даври септик касалликларини баён қилишдан олдин бу касалликлар классификациясини ўқувчилар диққатига ҳавола қилишни зарур топдик. Ҳозирги даврда Совет Иттифоқида С. В. Сазонов, В. А. Бартельс (1973) классификацияси қабул қилиниб, бу 4 босқичдан иборат.

I босқич — бунда инфекцион процесс асосан туғруқ йўлларида бўлади. Бунга: чилла даврида бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши (эндометрит), чот, қин ва бачадон бўйнининг чилла яралари;

II босқич — бачадон мушакларининг яллиғланиши (метрит); бачадон атрофида жойлашган клетчатка тўқималарининг яллиғланиши (параметрит); тухумдон ва бачадон найларининг яллиғланиши (салпингоофарит); ички органлар юзасини беркитадиган сероз қават чаноқ қисмининг яллиғланиши (пельвеоперитонит); бачадон вена томири деворларининг яллиғланиши (метротромбофлебит); чаноқда жойлашган вена қон томирларининг яллиғланиши (чаноқ томирларининг тромбофлебети); болдир вена қон томирларининг яллиғланиши (болдир вена қон томири тромбофлебети);

III босқич — қорин сероз пардасининг умумий яллиғланиши (умумий перитонит); септик микробларнинг бирданига кўп ўлиши натижасида эндотоксин ажралиб шок юзага келиши; анаэроб газ микроби таъсири натижасида сепсис юзага келиши (анаэроб сепсис); кундан-кунга ривожланиб борадиган тромбофлебит;

IV босқич — метастазсиз сепсис (қонда ҳаддан ташқари кўп бактерия бўлиши); метастазли сепсис (бир ёки бир неча органларда йирингли яллиғланиш бўлиши) кабилар киради.

Чилла яраси. Туғруқ пайтида чотда, қин даҳлизиди, қин деворида, бачадон бўйнида йиртиқлар бўлиб, чилла даврида яхши битмасдан йиринглай бошласа, чилла яраси юзага келиши мумкин. Чилла ярасининг юзаси кўпинча йиринг билан қопланган, атрофи қизарган бўлади. Касаллик 3—4 кун давом этиб, аёлга деярли сезилмайди, ҳарорат кўпинча субфебрил (37° — $37,5^{\circ}$) бўлиб, юқори кўтарилмайди. Ўз вақтида даволанса тезда тузалиб кетади.

Айрим вақтларда касаллик зўрайиб, тўқималарнинг чуқурроқ қисмига тарқалиши мумкин, бунда қин даҳлизининг яллиғланиши (вульвит,) қиннинг яллиғланиши

(кольпит), қин атрофидаги келетчатканинг яллиғланиши (паракольпит) кузатилади. Бундай яраларнинг юзага келишида ҳомиладорликдан аввал ва ҳомиладорлик даврида аёлнинг қин яллиғланишини бошидан кечириши катта роль ўйнайди. Шунинг учун ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик вақтида қиннинг яллиғланиш касаллигини албатта даволатиб, шахсий гигиена қоидаларига тўла риоя қилиб юриш керак.

Чилла ярасини одатда дезинфекцияловчи дорилар — фурациллиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмаси, 3% ли водород пероксид эритмаси билан ювиб, йирингдан тозалангунча стерилланган дока тампонни 10% ли ош тузи эритмасига намлаб қўйилади ва бир суткада 2—3 маҳал алмаштириб турилади. Кейин Вишневский мази ёки 5—10% ли синтомицин эмульсияси билан ҳам даволанади. Булардан бирини юқорида кўрсатилгандек водород пероксиди ёрдамида тозалангандан сўнг қўйилади.

Агар жароҳатланган жой тикилган бўлиб, ипларда йиринг бўлса, бу ипларни дарҳол сўкиб ташлаш керак, бунда йирингнинг ташқарига оқиб чиқиши осонлашиб, яра тезроқ тозаланади.

Эндометрит (бачадон шиллиқ қаватининг яллиғланиши) кўпинча алоҳида касаллик тарзида учрайди. Бунда баъзан шиллиқ ва мускул қаватларнинг яллиғланиши бир вақтда авж ола бориб, бачадоннинг шиллиқ қаватларидан бошланади.

Эндомиометритнинг асосий белгилари: бачадон ёмон қисқаради, қорин пасти оғрийди, дармон қурийди, қиндан бироз қорамтир рангли, баъзан қўланса ҳидли ажралма оқади. Агар инфекция бачадоннинг ичида бўлса, аёлнинг ҳарорати кўтарилиб, 38—39° га чиқади, томир уриши тезлашади, сел кам ажралади ёки бутунлай тўхтаб қолади, буни лохиометра дейилади, бу эса алоҳида касаллик тарзида кам учрайди. Баъзан ҳарорат кўтарилмаслиги ҳам мумкин. Қондаги оқ қон таначалари нормадан ошиб кетади.

Эндомиометрит касаллиги кўпинча кўп туққан аёллар ёки туғруқ вақтида дард сустлашиб, қийналиб туққанда, ҳомила операция йўли билан олинганда кўпроқ юзага келади. Эндомиометрит чилла даврида энг кўп учрайдиган касалликлардан биридир.

Эндомиометрит белгиларига қараб даволанади. Бунда касаллик кечиши енгилроқ бўлса қориннинг пастки қисмига, яъни бачадон устига совуқ сув ёки муз солинган грелка қўйилади, агар оғирроқ кечаётган бўлса, совуқ

грелка қўймаган маъқул. Агар аёлнинг ҳарорати юқори бўлса, пенициллин эритмасидан 1 миллион бирлик олиб, ҳар 4 соатда (оғир-енгиллигига қараб) укол қилинади.

Ҳозирги даврда антибиотикларни кўп микробларга бир вақтда ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган турлари кенг қўлланилмоқда. Буларга ярим синтетик пенициллиндан: метициллин, оксациллин (1—2 г дан мускул орасига ҳар 4—6 соатда), ампицилин, ампиокс (0,5 г дан ҳар 6—8 соатда мушак орасига) юбориш мумкин. Касаллик оғирлашганда мономицин ва канамицин (0,5 г дан ҳар 6—8 соатда) мускул орасига юбориш мумкин. Сульфаниламид препаратларидан: сульфадимезин ёки норсульфазол таблеткаси (1,0 г) дан суткасига 4 марта ичирилади. Аёлнинг қон босимини ўлчаб, лозим бўлса питуитрин ёки маммофизин эритмасидан суткасига 0,5 мл дан кунига 2 марта тери остига юборилади. Шуни ҳам айтиш керакки, антибиотик беришдан олдин қиндан келаётган ажралма анализ қилинади, бачадон оғзидан суртма олиб, бактериологик текшириш ва микроблар қайси антибиотикка таъсирчан эканлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Аёлнинг чот оралигида ва туғруқ йўлларида жароҳат бўлиб, у тикилган бўлса, кунига 2—3 мартадан дезинфекцияловчи эритма билан ювилади, кейин 5% ли йод эритмаси суртиб, сўнгра стерилланган чойшабча берилади. Мана шу муолажани аёл сийгандан сўнг ҳар гал албатта такрорлаш зарур.

Чилла даврида учрайдиган инфекцион касалликлардан яна бири **бачадон мускул қаватининг яллиғланиши** — метритдир. Бу касаллик эндомиометритда микробларнинг лимфа ёки қон томирлари орқали бачадоннинг чуқур қаватларига тарқалиши натижасида юзага келади (эндомиометритда кўпинча чилланинг 7-кунларидан сўнг тана ҳароратининг ошиши билан бошланади). Аёлнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, иштаҳаси пасаяди. Кам уйқу бўлиб қолади. Тили караш боғлайди. Бачадон ёмон қисқаради. Бачадон қорин девори орқали кўрилганда, унинг ён деворларида оғриқ сезилади, буни метротромбофлебит ёки бачадон вена қон томирларининг яллиғланиши дейилади. Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни чилла даврининг 9—10-куни ҳам беркилмаганлиги аниқланади. Касалликнинг бошида тана ҳарорати 38—40° бўлса, кейинчалик субфебрил, яъни 37°—37,5° гача бўлади. Қиндан ажралаётган ажралма касалликнинг бошида кўп миқдорда ва йирингли бўлиб, аста-секин тозаланиб боради. Касаллик 3—4 ҳафтага чўзилади.

Д а в о л а ш эндомиометритдагидай: ҳар томонлама таъсир кўрсатувчи антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар берилади, организм кучини оширишга, иситмани туширишга, организмдан заҳарли моддаларни ҳайдашга қаратилган (гемодез 200 мл ёки 400 мл, 0,9% ли физиологик суюқлик ва 5% ли глюкоза эритмасидан 400 мл ва бошқалар) тадбирлар қўлланилади. Баъзан батамом даволанмаганда бачадон қаватларида йиринг тўпланиб, аҳвол оғирлашади, бунда операция йўли билан даволашга ва бачадонни олиб ташлашга тўғри келади.

Бачадон найлари ва тухумдонларнинг яллиғланиши (сальпингоофорит). Қасаллик чилла даврининг 8—10-кунлари бошланади, бунда қориннинг пасти тўсатдан оғриб безовта қилади, қон томир уриши тезлашади. Қасалнинг тили караш боглайди, ҳарорати 38—40° га кўтарилади, бемор титрайди. Айрим вақтларда эса аёлнинг кўнгли айниб, қайт қилади, қорин дам бўлади. Қорин девори орқали қовуққа босиб кўрилганда қорин пастида кучли оғриқ борлиги аниқланади. Қин орқали қўл билан текшириб кўрилганда бачадон ортиқлари атрофида кучли оғриқ борлиги ҳамда уларнинг катталашганини аниқлаш мумкин.

Кўпинча яллиғланиш процесси икки томонлама бўлиб, бачадоннинг иккала ортиғига ҳам ўтиши мумкин. Босиб кўрилганда аёл оғриқ сезади, қовуқ соҳасидаги оғриқ даволаш процессида аста-секин камайиб боради. Айрим вақтларда бачадон найларининг воронкасимон қисми беркилиб, най бўшлиғида йиринг тўпланади — буни пиосальпинкс, зардоб йиғилса — гидросальпинкс деб юритилади. Агар бунга чаноқ бўшлиғи қорин пардаси яллиғланиши қўшилса, пельвиоперитонит, чаноқ клетчаткасига ўтса — пельвеоцеллюлит дейилади.

Қасалликнинг ўткир даври 1—3 ҳафта давом этиб, ўз вақтида даволанмаса секин-аста сурункали турга ўтиб кетиши мумкин. Уни аниқлаш қийин эмас, қасаллик тарихи, клиник кўриниши ва белгиларига қараб осон аниқлаш мумкин. Пиосальпинксни аппендицитдан ажрата билиш керак.

Д а в о л а ш. Аввало беморга ҳар томонлама тинчлик бериш лозим. Қорин пастига совуқ сув ёки музли грелка қўйилади. Антибиотик ва сульфаниламид препаратларини юбориш даволашнинг асосий тадбирларидан ҳисобланади. Бироқ қанча дори ва уни қачон юбориш беморнинг аҳволига қараб буюрилади (эндомиометритни даволаш схемасига қаралсин). Оғриқ қолдирувчи дорилар (аналь-

гин 0,5 г ёки амидопирин 0,5 г дан бир кунда 2—3 маҳал ичилади ёки 4% ли амидопирин эритмасидан 5 мл, 25% ли анальгин эритмасидан 2 мл мушак орасига укол қилиш мумкин). Оз-оздан (70—100 мл) ҳар 2—3 кунда бир марта қон томирига томчилатиб қон юборилади. Агар чаноқ органи орасида йиринг ҳосил бўлса, бунда энг яхши ва тез натижа берувчи тадбирлардан бири — қиннинг орқа гумбази орқасига йиғилган йирингни (игна билан тешиб) чиқариш (пункция) усулидир. Бунда антисептика қондаларига қатъий риоя қилган ҳолда тозаловчи клизма қилинади, ташқи жинсий аъзолар совун билан ювилади, қин махсус асбоб (спринцовка) билан чайилади, сўнгра ташқи ва ички жинсий аъзолар спирт билан артилиб, у ерга 5% ли йод эритмаси суртилади. Пункцияни албатта врач қилади ва олинган суюқлик бактериологик текширишга юборилади. Пункция қилинган жойга шу нина орқали пенициллин эритмасини ёки бошқа антибиотикларни 1 г ини 0,25 ёки 0,5% ли новокаин (5—10 мл) билан юборилади. Аёл аҳволи тузала бошлаганда даволаш комплексига физиотерапия методларини қўшиш мумкин. Бачадон найларининг йирингли яллиғланиши кўпинча сурункали даврга ўтиши билан иккиламчи боласизликка сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бундай касаллик билан оғриган аёлни тўла-тўқис даволаш ва у доимо врач назоратида бўлиши керак.

Бачадон атрофи тўқималарининг яллиғланиши (параметрит). Бу касаллик микроблар бачадон атрофидаги клетчаткага лимфа ёки қон томири орқали, шунингдек қин, бачадон бўйни ҳамда бачадон ортиқлари орқали ўтиши оқибатида юзага келиши мумкин.

Параметрит чилла даврининг 10—12-куни аёлнинг бирдан ҳарорати 39—40° гача кўтарилиши, титраб-қақшаш ва томирининг тез уриши билан бошланади. Бу касаллик асосан эндомиометрит оқибатидир. Агар касаллик ўчоғида йирингли инфилтрат ҳосил бўлса (бу кўпинча касалликнинг 3—5-ҳафталарида вужудга келади), ҳарорат яна 1,5—2° га кўтарилади.

Йиринглаган жой ёрилиб атрофидаги органларга ёки қорин бўшлиғига ўтиб кетиши мумкин. Параметритни аниқлаш қийин эмас, лекин уни пельвиоперитонитдан тафовут қила билиш керак.

Д а в о л а ш. Ўткир яллиғланиш даврида қорин пастига муз қўйилади, оғриқ қолдирувчи дорилар берилади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар бериш асосан эндомиометритга берилгандагидек, дозалари беморнинг

аҳволига қараб ўзгартирилади. Умумий дорилар қаторига албатта витаминлар, ҳароратни туширувчи, организм умумий кучини оширувчи дори-дармонлар бериш мақсадга мувофиқдир. 100—150 мл қон қуйиш яхши натижа беради. Агар йирингли инфилтрат бўлса, қиннинг орқа ғумбази орқали пункция қилиб, йирингни чиқариб ташлаган маъқул. Пункция қилиб йирингни олиб бўлгач, ўрнига биронта антибиотик (1000 000 бирликда пенициллин ёки 0,5 г канамицин ёки 500 000 бирлик мономицин) юборилади. Беморнинг аҳволи бироз тузалгандан бошлаб тана ҳарорати тушиб, оғриқлар пасая бошлаганда физиотерапия методлари қўлланилади.

Қон томирларининг яллиғланиши — тромбофлебитлар. Чилла даврида учрайдиган энг оғир септик касалликлардан ҳисобланади. Тромбофлебит жойига кўра икки хил ўтиши мумкин: 1) оёқдаги юза вена қон томирларининг яллиғланиши; 2) чуқур жойлашган вена қон томирларининг яллиғланиши. Ҳар иккала турли ҳам йирингли ёки йирингсиз ўтиши мумкин. Буларга бачадон вена қон томирларининг яллиғланиши (метротромбофлебит), чаноқ вена қон томирларининг яллиғланиши, болдир вена қон томирларининг чаноққа яқин қисми ҳамда оёқ қон томирларининг яллиғланиши кабилар киради.

Чилла даврида учрайдиган бу касалликда ҳам аёлнинг умумий аҳволи дарднинг кечишига қараб ўзгариб туриши мумкин. Яъни касаллик енгилроқ кечганда аёлнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, тана ҳарорати бироз кўтарилади ($37—38,5^{\circ}$ гача), томир минутига 100 мартагача уради. Қондаги лейкоцитлар сони бироз кўпайиб, эритроцитларнинг қондаги чўкиш даражаси (СОЭ) тезлашади. Касаллик оғирроқ кечганда, юқорида кўрсатиб ўтилган белгилар (беморнинг умумий аҳволи, тана ҳарорати, томир уриши, қон таркиби) кўпроқ ўзгаради.

Юза жойлашган вена қон томирлари яллиғланганда томирларда оғриқ зўраяди, улар бироз йўғонлашиб, тери қизариши мумкин. Юза тромбофлебит ҳомиладорликдан олдин вена қон томирлари кенгайган аёлларда кўпроқ учрайди. Бунда аёлнинг ҳарорати бироз кўтарилади, умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, оёғи бир оз шишади. Аёл қин орқали текширилганда бачадоннинг туққандан кейинги қисқариши (инволюцияси) орқада қолганлигини кўриш мумкин.

Чуқур жойлашган вена қон томирлари ёки бачадон вена қон томирлари яллиғланганда ҳарорат бирдан

кўтарилади, аёлнинг иштаҳаси йўқолади, ёмон ухлайди, боши оғрийди, титраб-қақшайди, томири минутига 110—120 марта уради, беморнинг аҳволи бирдан оғирлашади, қин орқали туғруқ йўллари текшириб кўрилганда бачадон ҳажми чилла давридагига тўғри келмайди — катта ва оғриқли бўлади. Бачадондан қон аралаш қўланса ҳидли сел келади. Бачадон ён юзалари соҳасида характерли «чувалчангсимон» оғриқли вена қон томирларини пайласлаб кўриш мумкин. Қон анализ қилинганда яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади. Сийдикда оқсил ва лейкоцитлар бўлиши мумкин. Диққат билан текширилса касалликни аниқлаш қийин эмас.

Тромбофлебитда бачадон яхши қисқармаган ва оғриқли бўлади. Чанок вена қон томиридаги патологик ўзгаришлар оёқ вена қон томирига ўтиши бу касалликка сабаб бўлади. Бунда оёқ мускуллари оғрийди, вена қон томирлари йўғонлашади ва уларни ушлаб кўрилганда оғрийди. Бу ҳолат вена қон томири деворида ҳосил бўлган тромбнинг жойлашишига боғлиқ. Тромб болдирдан қанча юқорида жойлашса, оёқ шунча кўп шишади.

Оёқ вена томирида тромб ҳосил бўлиб, томир девори билан бирга яллиғланиши одатда чилла даврининг 2—3-ҳафталарига тўғри келади. Тромбофлебитнинг асосий клиник белгилари унинг жойлашишига боғлиқ. Тромбофлебитда оёқ шишади, оғрийди, тери ранги ўзгариб, оқиш ёки кўкимтир тусга киради, тери ости вена қон томирлари кенгаяди, тана ҳарорати кўтарилиб, томир уриш тезлиги ошади, айниқса шу даражада чалинган соҳада ҳарорат юқори бўлади.

Оғриқ касал томир бўйлаб айниқса бемор юрганда ва ушлаб кўрилганда кўпроқ сезилади. Бемор юрганда қийналади, биров оғирлик сезишдан касалликка чалинган оёғи тез чарчайди, болдир мушакларининг қисқариб-қаттиқлашиб қолиши натижасида товонда, болдир-сонда кучли оғриқ туради.

Агар тромбофлебит чуқур жойлашган вена қон томирида бўлса, сон ва болдир томирлари босиб кўрилганда бемор кучли оғриқ сезади. Баъзан оёқ увишиб қолиши мумкин. Бу ҳам тромбофлебит белгиларидан бири ҳисобланади.

Тромбофлебитнинг характерли ва тез-тез учрайдиган белгиларидан яна бири оёқнинг шишишидир. Оёқ шишини билиш учун иккала оёқ сон ва болдир соҳасининг бир неча еридан (юқори, ўрта ва пастки қисмидан) одатдаги сантиметр билан ўлчаб кўриш керак. Шунда тромбоф-

лсбит бўлган оёқ айланаси соғлом оёққа нисбатан 3—5 см га каттароқ бўлади. Бу касалликда тана ҳароратининг кўтарилиши 2—3 ҳафтагача давом этиб, шундан кейин ҳам бир неча кун субфебрил ҳолда сақланиши мумкин.

Қамқонлик белгилари, яъни гемоглобин миқдорининг камайиб кетиши ҳам шу касалликка хос бўлиши мумкин.

Тромбофлебитни аниқлашда қоннинг ивиш ва ивишга қарши омилларини лабораторияда текшириш йўли катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари ҳозирги даврда тромбофлебитни аниқлаш учун флебография (томирга йодли контраст моддаси юбориб, томирлар ҳолатини аниқлаш), ультратовуш билан аниқлаш, термографик метод ва бошқалар қўлланилмоқда.

Оёқ тромбофлебити қуйидаги асоратларга олиб келиши мумкин; тромбофлебит йирингли формага ўтиб, кўпинча микроабсцесслар ҳосил бўлишига олиб келиши; тромб узилиб, кўпинча ўпка артерияларига бориб, қон айланишини бирдан бузиши мумкин (ўпка артериялари эмболияси). Баъзи бир аёлларда тромбофлебитдан кейинги синдром — оёқда шиш қолиши, оғриқ бўлиши, юзаки вена қон томирларининг кенгайиши, тери қорамтир тусга кириб, битмайдиган яра ҳосил бўлиши мумкин.

Тромбофлебитни лимфа томирларининг яллиғланиши, тери ости флегмонаси, болдир артериясининг ўткир тромбози ва эмболияси, болдир нервнинг яллиғланиши ва бошқалардан фарқ қила олиш лозим.

Д а в о л а ш. Ҳозирги даврда тромбофлебит икки: консерватив ва оператив йўл билан даволанади. Булардан қайси бирини танлаш тромбофлебитнинг тури, қайси венадалигига ҳамда венанинг қаердалигига, касаллигининг қанчадан буён давом этаётганлигига ва беморнинг умумий аҳволига боғлиқ.

Оператив йўл билан даволаш асосан йирик вена қон томирларида катта тромблар ҳосил бўлиб, қон юришиши бирданига бузилиб қолганда қўлланилади.

Консерватив йўл билан даволашда асосан оёқнинг қон айланишини яхшилаш учун уни эластик бинт билан айланасига ўрашга ҳамда ҳозирги вақтда касаллик бошланганда маълум бир вақтдан (5—6 кундан) сўнг актив юргизишга кўпроқ аҳамият берилмоқда. Чунки бемор узоқ бир ерда ётиб қолса оёқда қон айланиши бузилиб, тромбознинг тарқалишига сабаб бўлиши мумкин. Қасаллиқни даволашда беморнинг овқатланишига ҳам аҳамият бериш лозим. Бемор кўпроқ тузи ва ёғи кам, сутли ва сабзавотли овқатлар истеъмол қилиши керак.

Тромбофлебитларни даволашда антибиотиклар умумий схемада — чилла даври септик касалликларидаги каби қўлланилади. Ҳозирги пайтда кўпроқ антифлогистон препаратлари: бутадиион, реопирин каби дорилар ишлатилмоқда. Бу дорилар ҳам оғриқ қолдиради, ҳам яллиғланишга ва сенсibiliзацияга қарши таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, томирлар спазмини пасайтирадиган папаверин, но-шпа, баралгин ва бошқа дорилар қўллаш мақсадга мувофиқдир. Тромбофлебитларни даволашда қонни суюлтирадиган (антикоагулянт) дорилар қўллаш кенг тарқалган. Бу дориларни қўллаш врач назорати остида олиб борилиши лозим.

Яллиғланишга қарши яна мушак орасига никотинат кислотани схема бўйича (дозасини секин-аста 1 мл дан бошлаб, ҳар куни шунчадан қўшиб борилади ва 5—6 мл га етказилади, кейин эса 1 мл дан камайтириб яна 1 мл га туширилади), трипсин ёки химотрипсин (5—10 мг ни 2 мл изотоник эритмада) бериш ҳам яхши натижа беради. Сенсibiliзацияни камайтириш учун ичгани ёки мускул орасига антигистамин препаратлар (димедрол, пипольфен, тавегил ва бошқалар) бериш мумкин. Оқсил, моддалар алмашинувини яхшилаш учун қон томирига томчилатиб альбумин, протеин, плазма, анемияга қарши эса ҳар 2—3 кунда 100—200 мл дан янги тайёрланган қон қуйиб туриш беморни тез тузалишига яхши ёрдам қилади. Организмдаги интоксикацияни камайтириш ва қон айланишини яхшилаш учун гемодез, реополиглюкин, 5% ли глюкоза ҳамда физиологик эритмадан томирга томчилатиб юборилади. Бир суткада бериладиган суюқликнинг умумий миқдори 1,5—2 л гача бўлиши мумкин. Қоннинг ивиши ва унга қарши хусусиятини яхшилаш учун унинг ивиш вақтини ҳисобга олиб, асосан қон томирига ёки мускул орасига суткасига 5 минг бирликкача 3—4 кун давомида гепарин юбориш мумкин. Кейинчалик эса 1 таблеткадан кунига 1—2 маҳал пелентан ёки эскузан (ёки фенилин) бериш мумкин.

Тромбофлебитнинг олдини олиш учун консультация шароитида томирларнинг варикоз кенгайишини консерватив ва оператив йўллар билан даволаш ички касалликлар ва ҳомиладорлик токсикозларини ўз вақтида бартараф этиш, вақти-вақти билан қоннинг ивиш хусусиятини текшириб туриш, туғруқ вақтида қон кетган бўлса, вақтида ҳар томонлама ва етарлича даволаш, туғруқ нормал ўтган бўлса аёлни эрта турғазини, операция йўли билан туғдирилса, тез-тез ивиш хусусиятини

текшириб туриш. ўз вақтида даволаш тавсия қилинади.

Чаноқ ичидаги қорин пардасининг яллиғланиши — пельвиоперитонит чилла даврининг 3—4-кун қоринда кучли, айниқса пастиди қаттиқ оғриқ тутиши билан бошланади. Блюмберг-Щеткин белгиси юзага келади, қоринда қабзият кузатилади, беморнинг кўнгли айниб қайт қилади, ҳарорати кўтарилади, томир уриши тезлашади. Баъзан сийганда оғриқ сезади. Қорин бўшлиғида суюқлик тўпланади. Диққат билан текширилса, касалликни аниқлаш қийин эмас. Қиннинг орқа гумбазида пункция қилиб, суюқлиқ олиш ва уни текшириш касалликни аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Бемор алоҳида палатага ётқизилади. Қорин пастига музли грелка қўйилади. Пельвиоперитонит септик касаллик бўлгани учун уни даволаш ҳам худди сепсисникидек. Қабзиятни бартараф этиш ва ичак ишини яхшилаш учун тозаловчи клизма қилинади ҳамда тўғри ичакка газ чиқиб кетишига ёрдам берувчи резина трубка киргизиб қўйилади. Агар кичик чаноқ соҳаси пардаси яллиғланиб, йиринглаган бўлса беморга вақтида ёрдам бериш зарур. Чунки тўпланган йирингнинг сийдик пуфаги ёки тўғри ичакка ёрилиб кетиш хавфи бўлади. Бу ерда тўпланган йирингни кўпинча қиннинг орқа гумбази орқали пункция қилиб, шприц билан тортиб олиш ва йиринг ўрнига 0,5% ли новокаин суюқлиғида эритилган бирон-бир антибиотик юбориш мумкин. Борди-ю, яллиғланиш чаноқ бўшлиғининг ўзида бўлиб, даволаш туфайли касалликнинг ўткир даври пасайса, физиотерапия усулларини қўллаш мумкин.

Чилла даврида қорин пардасининг яллиғланиши — перитонит хирургик перитонитдан кескин фарқ қилади. Бу чилла даврининг 4—5-кунлари (септицемия) микробнинг қинга ўтишида кузатиладиган белгилар билан бошланади, яъни ҳарорат бирдан 39—40° га кўтарилади, томир уриши тезлашади. Қон таркиби ўзгаради. Эозинофиллар, лейкоцитлар сони кўпайиб, лимфоцитлар ва моноцитлар сони эса камайиб кетади, СОЭ тезлашади. Беморнинг тили қуруқшайди, доимо кўнгли айниб, қайт қилади. Айрим аёлларнинг юзи бир оз қизаради, томир уриши минутага 120—140 гача тезлашиб, қўл ва оёқларнинг тирноғи кўкимтир тус олади. Қорни панжалар ёрдамида уриб кўрилганда (перкуссия) қорин бўшлиғида суюқлик борлиги аниқланади. Қиннинг орқа гумба-

зи орқали пункция қилиб олинган суюқлиқни бактериологик текшириш керак. Блюмберг-Шчеткин симптоми айрим вақтларда аниқ сезилмаслиги ҳам мумкин, бу хирургик перитонитдан ажралиб турадиган белгилардан биридир. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки, тана ҳарорати баъзан унча юқори бўлмайди. Беморнинг иссиғини (қўлтиқ ости ва тўғри ичакда) солиштириб кўриш касаллиқни аниқлашга ёрдам беради. Перитонитда тўғри ичак ҳарорати қўлтиқдагидан $1,5-3^{\circ}$ га юқори бўлади.

Касаллик келиб чиқиши ҳамда клиник ривожланишига кўра ҳар хил бўлиши мумкин. Қорин пардаси микробнинг бачадондан лимфа йўллари ёки бачадон найлари бўйлаб тарқалиши туфайли яллиғланган бўлса, бу ҳақиқий чилла давридаги перитонит ҳисобланади. Туғруқ Кесар усулида кесиш билан операция қилинган бўлса, бачадон чокларининг йиринглаши туфайли қорин бўшлиғига тушган микроблар перитонитга сабаб бўлиши мумкин. Бунга операциядан кейинги перитонит дейилади. Бундай оғир асорат бачадон ортиқлари (найлар ва тухумдонлар) йирингли яллиғланганда ва улар ёрилиши натижасида қорин бўшлиғига йиринг тушганда ёки бирон-бир операция вақтида (ҳомилани майдалаб олишда, туғруқ пайтида бачадон йиртилганда ва бошқаларда) бачадон жароҳатланиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин.

Перитонит клиникасида 3 босқич кузатилади. Биринчи босқичда бемор организмда ўз-ўзини микроблардан ҳимоя қилиш қобилияти кучайган пайт бўлиб, қорин пардасидаги капиллярлар кенгаяди ва парда қизаради (гиперемия), кейинчалик қорин бўшлиғида лейкоцитга бой бироз суюқлиқ йиғилади. Агар перитонит енгилроқ кечса қорин бўшлиғи органлари, айниқса ичак деворлари бир-бирига ёпишиб, яллиғланиш процесси маълум бир ерга мужассамланади. Агар бемор организмни ҳолатида заифлашган бўлса микроблар кўпайиб, ўзидан заҳар (токсин) ажратади ва организмнинг заҳарланишига олиб келади. Бу перитонитнинг иккинчи босқичидир. Касаллиқнинг бу босқичида оғриқ бироз пасаяди, лекин ичаклар фаолияти борган сари ёмонлашаверади, қорин шишади, кейинчалик ичаклар бутунлай қисқармайди, ел чиқмай қўяди. Организмдан токсин моддаларнинг ажралиши бузилади. Натижада кўп ички органлар фаолияти ва моддалар алмашинуви бузилади. Энди касаллик навбатдаги 3-босқичга ўтиши мумкин.

3-босқич тез кечса, бемор ҳатто нобуд бўлиши, ўртача

кечса, қорин бўшлиғида йирингли бўшлиқлар (абсцесс) юзага келиши мумкин. Шунини айтиш керакки, ҳозирги даврда туғруқ тажрибасида перитонитнинг ўзига хос аниқ клиник белгилар билан кечиши кам учрамоқда. Бунга сабаб, бир томондан, чилла даврида аёл организмнинг ўзига хос анатомик-физиологик хусусияти бўлса, иккинчи томондан, чилла даври касалликларининг илк белгилари бошланиши биланоқ бирон-бир зарур антибиотиклардан фойдаланмаслик ёки етарли миқдорда бермаслик бўлиши мумкин.

Чилла давридаги перитонитнинг илк симптомларига қоринда қабзият бўлиши, оғиз қуруқшаши, кўнгил айниб қайт қилиш, нафас олишнинг тезлашиши кабилар тааллуқлидир. Блюмберг-Шчеткин белгиси камроқ учрайди.

Касаллик бошланганда ичаклар фаолияти сусайган бўлса, кейинчалик бутунлай тўхтайди, ел чиқмайди, беморнинг ичи ҳам келмайди, қорин бўшлиғига сув йиғилади. Қонда чуқур биохимик ўзгаришлар кузатилади, оқсил моддаси камайиб кетади.

Агар перитонит Кесар усулида кесиш операциясидан кейин бошланса, бунга кўпинча бачадон чокларининг йиринглаши сабаб бўлади. Бунда перитонит белгиларини операциядан сўнг 2—3-кунларийёқ аниқлаш мумкин. Яъни беморнинг умумий аҳволи ўзгармаган бўлсада, тана ҳарорати 38—39° гача ёки субфебрил бўлиши мумкин. Томир уриши бироз тезлашиб, 100—110 мартагача боради, қорин бироз шишади, тозалаш клизмасидан кейин бўшаб, сал вақтдан сўнг яна шишиб кетиши мумкин.

Бачадон соҳасини бармоқлар билан босиб кўрилганда, айниқса, чоклар ва ён соҳаларда кучсиз оғриқ сезилади. Касалликнинг характерли томони шундаки, даво муолажаларига қарамай, беморнинг аҳволи аста-секин ёмонлаша боради, томир уриши бир минутда 110—120 мартага етади, ичаклар иши бутунлай издан чиқади, қабзият зўраяди. Организмнинг заҳарланиши кучаяди. Қонда ҳам кўпгина ўзгаришлар юзага келади.

Д а в о л а ш. Перитонитни даволашда консерватив ва оператив методларга катта эътибор берилади.

Консерватив метод билан даволашда камида 2—3 хил антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар, керакли миқдорда суюқлик, ҳар хил оқсил моддалари, қон плазмаси, янги тайёрланган қон юбориш, витаминлар бериш, антигистамин препаратлар, қоннинг ишқорий хусусиятларига таъсир қилувчи дори-дармонлар, томирлар қон айланишини ва ичаклар фаолиятини яхшиловчи ҳамда

бачадонни қисқартирувчи препаратлардан фойдаланилади. Антибиотиклардан бензилпенициллинни (1 миллиондан ҳар 4 соатда мушак орасига ёки 100—200 мл физиологик эритмада шу миқдорни томирга томчилатиб юборилади) бошқа бирон антибиотиклар, масалан, ампиокс (0,5 г дан суткада 3—4 марта мушак орасига), гентамицин (80 мг дан суткада 2—3 маҳал мушак орасига юборилади) ёки цепоринлардан биронтаси (1 г дан суткасига 4 маҳал мушак орасига ёки вена қон томирига юборилади) билан бирга бериш мумкин.

Сульфаниламидлардан 10% ли этазол эритмасидан 10 мл ни томирга суткасига 1—2 марта юборилади. Организмни заҳарли моддалардан тозаловчи ҳамда қон айланишини яхшиловчи суюқликлардан 5% ли глюкоза, физиологик эритма, реополиглюкин, гемодез, қуруқ плазма кабиларни томирга томчилатиб юбориб, умумий истеъмом қилинадиган ҳамда қон томирига берилган суюқликнинг суткалик миқдори 2—2,5 литргача етказилади.

Қон электролитини ва ишқорий хусусиятини тўғрилаш учун 1% ли калий хлор эритмасидан 100 мл гача, 4—5% ли натрий бикарбонат суюқлигидан 100—200 мл гача (алоҳида-алоҳида) томирга томчилатиб юборилади. Антигистамин дорилар — 1% ли димедролдан суткасига 1—2 мл гача мушак орасига ёки шу миқдорда супрастин бериш мумкин. Меъда-ичаклар фаолиятини яхшилаш учун меъдани махсус резина зонд орқали ювиш, 0,05% ли прозерин эритмасидан 0,25—0,5 мл ни ҳар 30 минутда тери остига 3—4 марта юбориш, тозалов клизмаси қўйиш лозим. Сийдик чиқишни яхшилаш учун лазиксдан 2 мл дан суткасига 2—3 маҳал мушак орасига ёки томирга юборилади.

Барча зарур даво тадбирларига қарамай бемор аҳволи, меъда ичаклар фаолияти борган сари ёмонлашса, қабзият кучайиб, томир уриши тезлашса, операция қилиб микроблар манбаи бўлган бачадонни найлари билан бирга олиб ташлашга тўғри келади.

Чилла даври инфекцион касалликларидан яна бири септик (бир қанча микробларнинг бир вақтда ўлиб, кўп миқдорда заҳарли моддалар ажралиб чиқиши ва организмга таъсир қилиши) шокдир. Ушбу касаллик микроблар ажратган заҳарли моддалар таъсирида пайдо бўлиб, ўзига хос қатор белгилар билан характерланади. Микроблар заҳари икки хил бўлади: экзотоксин — микробларнинг ҳаётлигида ишлаб чиқарилса, эндотоксинлар — даволаш процессида микробларга қарши бир вақтнинг ўзи-

да бир неча хил дори-дармонлар (катта дозада антибиотиклар ҳамда сульфаниламид препаратлар ва бошқалар) қўлланилиши туфайли ҳалок бўлган микроблардан ажралиб чиқадиган заҳарли моддалардир. Бу моддалар бир қанча орган ва системаларга (жигар, буйраклар, марказий нерв системаси, қон томирлари ва бошқалар) таъсир қилиб, қон босимининг бирдан пасайишига, терининг оқариб, қўл-оёқларнинг совиб, кўкариб кетишига сабаб бўлади. Бемор психикасида ҳам ўзгаришлар кузатилади: аввалига безовта бўлади, кейинчалик эси кирарли-чиқарли бўлиб қолиши мумкин. Септик шок бошланганда баъзан тана ҳарорати $39-41^{\circ}$ гача кўтарилиб, бемор титраб-қақшайди, кейинчалик жиққа терлаб, ҳарорати 36° ва ундан ҳам тушиб кетиши мумкин. Кейинчалик аста-секин ички органлар фаолияти ҳам бузила бошлайди.

Буйрак иши издан чиқиб, сийдик ажралиши камаяди, юрак фаолияти бузилиб, юрак ва томирлар уриши ҳаддан ташқари тезлашади, қон босими бирдан тушиб кетади, бемор тез-тез нафас ола бошлайди, тери остига нуқтасимон қон қуйилиши кузатилади, бу эса қон ивишининг пасайганлигидан дарак беради.

Септик шок чилла даврида учрайдиган инфекцион касалликлардан ташқари, криминал абортдан кейин учрайдиган 'инфекцион асоратда, тугруқ процессида хориоамнионит (ҳомила пуфаги пардаларининг яллиғланиши), пиелонефрит ва бошқа яллиғли процесслар мавжуд бўлганда ҳам ривожланиши мумкин.

Септик шокни аниқлашда биринчи навбатда инфекцион процесс манбаига, беморнинг умумий аҳволига, юрак-томир, жигар ва бошқа органлар ишига аҳамият бериш лозим.

Септик шокни даволашда асосан инфекцияга қарши курашиш, ички органлар (буйраклар, ўпка, жигар, буйрак усти бези ва бошқалар), қон айланишини, қондаги метаболик хусусиятни яхшилашга ва бошқаларга аҳамият бериш керак. Инфекцияга қарши курашда бир вақтнинг ўзида бир неча микробларга таъсир қилувчи антибиотиклар берилади. Антибиотикни микробнинг қайси турига таъсирчанлигини аниқлагандан сўнг бериш мақсадга мувофиқдир. Антибиотиклардан цепорин ёки кефзолъ суткасига 5—6 г гача, ампициллин, оксациллин, метициллин суткасига 4—6 г гача, канамицин суткасига 1,5—2 г гача, гентамицин суткасига 160—200 мг гача берилади. 2—3 хил антибиотикни бирга қўллаганда уларнинг таъсир кучи ошишини унутмаслик керак. Масалан, ампицил-

лин билан оксациллинни; оксациллин ёки метициллин билан канамицин ёхуд гентамицинни; бензилпенициллинни канамицин ёки гентамицин билан қўшиб бериш кабилардир. Антибиотикларни беришда уларни эшитув органларига ҳамда буйракларга таъсирини ҳисобга олиш зарур.

Замбуруғларга қарши 0,5 г дан кунига 4 маҳал нистатин ёки леворин, гистаминларга қарши димедрол ёки супрастин каби дорилар бериш лозим.

Организмни заҳарли моддалардан тозалаш ҳамда ивиш хусусиятларини яхшилаш, сийдик миқдорини кўпайтириш учун 5% ли глюкоза, физиологик эритма, реополиглюкин, гемодез, желатиноль, оқсилли, моддалардан қон плазмаси, аминон, протеин, альбумин, гепарин, гидрокортисон препаратларидан фойдаланилади. Ички органлар (юрак, ўпка, буйрак, жигар ва бошқалар) фаолиятини яхшиловчи дори-дармонларни ҳамда операция қилиб бачадон ва унинг найларини олиб ташлашни беморнинг умумий аҳволига, ажралаётган сийдик миқдорига қараб олиб борилади.

Чилла даври инфекцион касаллигининг 3-босқичига кундан-кунга ривожланиб борувчи тромбофлебит киради. Бунда яллиғланиш процесси жароҳатланган венадан юқорига ёки пастга қараб (сон вена қон томирлари бўлса чаноқ қон томирларига ёки болдирга қараб) тарқалади ёки бўлмаса, бошқа қон томирларга (масалан, ўнг оёқ томирларидан чап оёққа ёки, аксинча) ўтиб, кўп томирларни жароҳатлайди.

Бу касалликда томир ичидаги эски тромб юмшаши ёки қайтадан томир деворига бўшгина ёпишган юмшоқ тромб ҳосил бўлиши мумкин. Бундай тромблар кўпинча чаноқ ичидаги томирларда юзага келиши мумкин. Улар томир деворидан тезда ажралиб, ўпка томирларигача бориши ҳамда қон йўлини беркитиб қўйиши ва баъзан аёл нобуд бўлиши мумкин. Бу ҳол ўпка томирлари эмболияси деб юритилади. Бу касаллик бирданига бошланиб, бемор безовталанади, томир уриши тезлашади, дармони қурийди, тери юзаси бирдан оқариб, қон босими пасайиб кетади. Юраги тез-тез уради, нафас олиши қийинлашади, кўкрак қафасида оғриқ сезади. Баъзан ўпка қон томирларини тромб беркитиб қўйиши натижасида қон айланиши бузилади, ҳарорат кўтарилиб кетади, қуруқ йўтал тутади ва ўпканинг бирон бўлагида инфаркт (қон айланиши бузилиб, тўқималарнинг ўлиши) юзага келиши мумкин. Бу касаллиكنинг 2—3-куни ўпканинг

рентген суратидан маълум бўлади. Ўпка томирлари эмболиясини даволаш тезда оғриқ қолдирадиган (морфий ёки промедол), томирларни кенгайтирадиган (но-шпа, папаверин ва бошқалар), қон ивишини нормаллаштирадиган дори-дармонлар беришдан иборат. Баъзан операция йўллари ҳам қўлланилади.

Чилла даври инфекцион касаллигининг 4-босқичида юқумли процесс бутун организмга тарқалиб, сепсисни келтириб чиқаради. Сепсис икки хил: метастазли ва метастазсиз формада учрайди. Метастазсиз сепсис бактерияларнинг кўплаб қонга тушиши ва организмнинг умумий таъсирланиши билан характерланади. Ички органларда чуқур ўзгаришлар кузатилади. Касаллик чилланинг 2—3-куни тана ҳароратининг 40—41° гача кўтарилиши, беморнинг совқотиши ва қалтираши, томирнинг нотекис ва тез-тез уриши билан бошланади. Бемор уйқучан, лоҳас бўлиб, боши қаттиқ оғрийди. Тили қуруқшайди, қабзият бўлади. Қон босимининг пасайиши коллапсга олиб келиши мумкин.

Касаллик 1,5—2 ҳафтагача давом этиши мумкин. Тўғри ва ҳар томонлама даво тадбирлари олиб борилса, бемор тузалиб кетади. Касаллик ҳаддан ташқари шиддатли кечганда бемор нобуд бўлиши мумкин. Касаллиكنинг метастазсиз тури ривожланиб, метастазли формасига ўтиши мумкин.

Метастазли сепсисда ички органларда йирингли ўчоқлар ҳосил бўлади. Биринчи навбатда, ўпкада зотилжам (пневмония) ёки ўпка инфаркти юзага келади. Бунда микроблар жинсий органлардан лимфа ёки қон томирлари орқали ички органларга тарқалади. Натижада йирингли тромбофлебит, септик эндокардит ва миокардит (юрак мускулларининг яллиғланиши), жигарда, буйракда, бош мияда, қора талоқда, абсцесслар, мастит—сут безларининг яллиғланиши ҳосил бўлиши кузатилади. Беморнинг совқотиб, қалтираши билан тана ҳарорати кўтарилиб, суткада бир неча марта ўзгариб туриши мумкин. Бемор қаттиқ терлаганда ҳарорати пасаяди, бироқ умумий аҳволи оғирлашади. Шу билан бир қаторда томир уриши тезлашади, қонда лейкоцитлар сони кўпаяди, спийдикда буйрак фаолиятининг бузилишига хос ўзгаришлар (оқсиллар, эритроцитлар, лейкоцитлар, цилиндрлар ва бошқалар) кузатилади.

Сепсиснинг илк бошланган (чилла даврининг 4-куни) ва кеч бошланган (2—3-ҳафтаси ва ундан кейинроқ) турлари фарқ қилинади.

Сепсис кечишига кўра учга бўлинади. Биринчи — шиддатли кечадиган сепсис чилла даврининг дастлабки кунларида бошланади. Бунда кўпинча бемор ўлиб қолиши мумкин. Навбатдаги тури — ўртача кечувчи сепсис бўлиб, 2—3 ҳафта давом этиши мумкин, ва ниҳоят, учинчи — узоқ кечадиган сепсисда касаллик тез бошланади-ю, аммо белгилари секин-аста юзага чиқади ва дард бир неча ойга чўзилади.

Чилла даври касалликларининг олдини олиш чоралари. Кейинги вақтларда чилла даври касалликлари кўп учрамоқда, бунинг сабаби биринчидан, туғруқдан олдин, сўнг ва чилла даврида санитария ва гигиена қоидаларига тўла роия қилмаслик бўлса, иккинчидан, антибиотикларни кўпинча нотўғри қўллаш натижасида уларга нисбатан турғун микробларнинг юзага келишидир. Шундай экан, ҳар бир туғруқхонада, консультацияда аёллар гигиенаси ҳақида кенг тушунтириш ишлари олиб бориш, айниқса антибиотиклар (жумладан, дозаси) дан тўғри фойдаланиш зарур.

Чилла даври касалликларининг олдини олишда айниқса медицина ходимларидан озодалик, турли инфекциялардан ҳоли бўлиши талаб этилади. Бундан ташқари, иситмаси чиққан аёлларни алоҳида хонага ўтказиб, хонани кварц нурлари билан нурлантириш керак.

Чилла даврида инфекциянинг болага юқмаслиги учун шахсий гигиена қоидаларига она айниқса тўла-тўқис роия қилиши шарт.

Чилла даврида учрайдиган йирингли — септик касалликларнинг олдини олишда ҳомиладор аёллар мавжуд бўлган ички ва жинсий аъзолардаги сурункали касалликларни ўз вақтида даволатишлари лозим.

Чилла давридаги инфекцион касалликларни хотин-қизлар консультацияларида олдини олиш йўллари. Консультацияга келган ҳар бир ҳомиладор аёл ҳар томонлама текширилиши шарт. Сурункали касалликлар: анемия, юрак-томир, буйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликлари, ҳомиладорлик токсикозлари ва бошқаларни мутахассис врачлар билан бирга маслаҳатлашиб даволаш лозим.

Ҳозирги даврда пиелонефрит касаллиги борган сари кўпайиб бормоқда. Шу туфайли ҳамма ҳомиладор аёллар сийдигини бактерия бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ҳомиладорлик даврида у ёки бу инфекцион касаллик аниқланса, бундай аёллар махсус туғруқхоналарга ётқи-злади. Ҳомиладорлик даврида кўп учрайдиган қин ял-

лиғланишини ўз вақтида даволаш ҳам чилла даврида учрайдиган септик касалликларнинг камайишига ёрдам беради.

Аёллар консультациясида ҳомиладорларнинг септик касалликларга мойиллигини камайтириш мақсадида стафилококк анатоксини билан эмланади. Ҳомиладорликнинг 32, 36 ва 40- (буниси туғруқхонада қилинади) ҳафталарида аёлнинг курагидан пастроқда тери остига 1 мл адсорбirlанган стафилококк анатоксини юборилади. Бу актив эмлаш дейилади. Бундай эмланган аёллар чилла даври инфекцион касалликлари билан жуда кам оғрийдилар.

Туғруқхонада чилла даври септик касалликларининг олдини олиш. Маълумки, инфекция тарқалишида ҳаво ва предметлар муҳим роль ўйнайди. Ҳавони тозалаш анча қийин ҳисобланади. Бунинг учун туғруқхона ишини маълум давр (цикл) билан олиб бориш керак, яъни бир йилда икки марта туғруқхонани юзаки ремонт ҳамда дезинфекция қилиш учун ёпилади.

Аёллар ётган хоналарни, чақалоқлар бўлимини, каравот, тумбочка ва бошқаларни олдин сода ва совун аралашмасида ювиб, сўнг 1% ли хлорамин эритмаси билан артилади ёки бўлмаса 6% ли водород пероксид ва 5% ли сода-совунли эритмаларни аралаштириб ювиш мумкин. Янги туққан аёлларни алоҳида хоналарга ётқизиш керак, бунга чақалоқлар хонасида ҳам риоя қилинади. Чунки уйга жавоб берилгандан сўнг бирданига битта ёки иккита хона бўшатилиб, дезинфекция қилинади ва бир суткадан сўнг тозаланади. Ҳар куни хоналарни 3 маҳал хўллаб артиб, бир ҳафтада бир марта туғруқхонани умумий тозалаш ишларини уюштириш керак. Хона ва унинг деворларини, мебелларни тозалаш учун стерилланган латта ишлатиш керак. Хоналарни ювиб бўлгандан сўнг дезинфекциядан ўтган кўрпа-ёстиқларни, аёлларни хонага олиб кириб, бактерицид лампа ёруғлигида 1,5—2 соат қўйиб қўйилади. Ишлатилган чойшаб, йўргакларни махсус клеёнка қопларга солиб, кирхонага олиб бориш лозим. У ердан олинган чойшаб, йўргакларни эса 45 минут давомида автоклавда ёки дезинфекцион камерада зарарсизлантирилади.

Ҳозирги даврда ҳавони зарарсизлантириш учун ҳар хил аппаратлар (ВОПР — 0,9; ВОПР — 1,5) дан ва бактерицид нурлантирувчи лампалардан кенг фойдаланилмоқда. Туғруқхона ходимлари 4—5 қават докадан тикилган махсус маскада юришлари лозим.

Мастит. Мастит кўпинча чилла даврининг дастлабки 10 кунда кўпроқ, кейинги кунларда эса бир оз камроқ учрайди. Қасалликнинг чилла даврида учраши 6,5—20% ҳодисада кузатилади. Мастит касаллигининг бунчалик кўп учрашига сабаб нима? Маълумки, бу касаллик жисмонан заиф, чиниқмаган аёлларда кўпроқ учрайди. Спорт, физкультура ва жисмоний машқлар билан шуғулланмайдиган организмнинг ҳимоя кучи пасайиб кетади, натижада бундай аёллар ҳар хил касалликларга осон чалинадиган бўлиб қоладилар.

Мастит клиникаси унинг кечишига кўра қуйидаги формаларда учрайди: 1. Бошланғич фаза—серозли мастит. 2. Ўткир инфилтратив. 3. Йирингли. 4. Флегмоноз. 5. Гангреноз. 6. Сурункали инфилтратив маститлар.

Сут безларининг яллиғланиши (мастит) га стафилококк, стрептококк, ичак таёқчалари сабаб бўлади. Ҳозирги даврда протей, эшерихий, ксебсиелл каби грамманфий микроблар ҳам маститга сабаб бўлиши мумкин. Бу микроблар асосан икки йўл: лимфа томирлари ҳамда сут йўллари орқали сут безларига тушиши мумкин. Кўкрак учининг ёрилиши ва яра бўлиши микробларнинг лимфа ва сут йўллари орқали тарқалишида катта ўрин тутади. Ҳавога тушган юқумли микроблар орқали патоген микробларни ташувчилар туғруқхона ходимлари ҳисобланади. Микроблар ҳаводан тўғридан-тўғри ёрилган кўкрак учларига тушиши ёки чақалоқ оғзига тушиб, сўнгра эмаётган пайтида сут безларига ўтиши мумкин. Агар аёл организмда туғуруқнинг у ёки бу асоратлари (дарднинг сустлиги, қоғоноқнинг барвақт ёрилиши, туғруқда кўп қон йўқотиш, ҳомиладорлик токсикозлари ва бошқалар) натижасида инфекцияга қарши курашиш қобилияти пасайган бўлса, яллиғланиш процесси осонгина пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бунинг устига кўкракда сут кўпайиб қолиши (лактостаз) ҳам маститнинг бошланишини тезлаштиради. Баъзан мастит бошланишидан олдин сут безида нотекис ва озгина оғриқли қаттиқлашиш бўлиши мумкин. Буни сут безининг одатдаги қаттиқлашишидан фарқ қила билиш лозим. Одатдаги қаттиқлашиш иккала сут безида ҳам бир хилда бўлади, мастит олдидан қаттиқлашиш эса, битта сут безида ва айрим бўлакчаларида кузатилади. Кўпроқ ўнг томондаги сут безлари яллиғланади.

Қасаллик чилла даврининг биринчи 3 ҳафтасида кўпроқ учрайди. Ҳозирги даврдаги маститнинг характерли томони шундаки, у аёллар туғруқхонадан чиқиб кетган-

дан сўнг чилла даврининг 2—3-ҳафтасида бошланаяпти. Баъзан чилла даврининг 4-ҳафтасида ҳам кузатилмоқда. Мастит билан биринчи марта туққан аёллар кўпроқ оғрийди.

Серозли мастит кўпинча ҳароратнинг бирдан 38—39° гача кўтарилиши, совқотиш ва қалтираш ҳамда сут безида, айниқса, болани эмизаётганда, қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Сут бези катталашади, ушлаб кўрилганда оғрийди, баъзан шакли ўзгаради, сут безининг қаери касалланса ўша жойнинг териси қизаради, Сут бези ушлаб кўрилганда без тўқимасининг чуқурроқ қатламида тухумсимон қаттиқ эластик оғриқли инфильтрат сезилади. Бу босқичда сут чиқиши унча бузилмайди.

Аввало сут келишини тўхтатиш ёки камайтириш лозим. Бунинг учун кўкракдаги сутни тез-тез соғиб ташлаб, кўтариб боғлаб қўйилади ёки ип газламадан тикилган лифчик тақилади. Агар ҳарорат юқори бўлса, сульфаниламид дориларидан кунига 1 таблеткадан 4 марта берилади, пенициллин 500 000 бирликда ҳар 4 соатда укол қилинади. Сут соғиб олинган кўкракка 20 минутча муз қўйилади.

Серозли мастит нотўғри ва кеч даволанганда ўткир инфильтратив маститга ўтиб кетиши мумкин. Бунда сут бези бир неча марта катталашади, инфильтрат бор юзасатҳи қизаради, чегараси ноаниқ бўлиб, қаттиқ оғрийди. Аёл титраб-қақшайди, боши оғрийди, ўзини жуда ҳолсиз сезади, ҳарорати 39—40° гача кўтарилади.

Агар аёл қони текшириб кўрилса СОЭ соатига 30—40 мм га етганлиги, оқ қон таначалари 10 000—15 000 тага кўпайганлиги, яъни қонида яллиғланиш касалликлари хос ўзгаришлар рўй берганлиги аниқланади. Қўлтиқ ости лимфа безлари катталашади ва оғрийди.

Сут безлари яллиғланишининг инфильтратив даври 6—8 кун давом этиб, инфильтрат сўрилиб, бемор соғайиб кетиши ёки яхши даволанмаса, касаллик кейинги босқичга ўтиб кетиши мумкин.

Баъзан инфильтратив давр узоқ давом этади. Маститнинг бу даврида сут ажралиб чиқиши бузилади. Кенг кўламда ва ҳар томонлама таъсир қилувчи кўплаб антибиотик турлари қўлланилаётган ҳозирги вақтда маститнинг бир босқичидан кейингисига ўтиши жуда тезлашиб кетаётгани кузатилмоқда. Чунончи, касаллик бошлангандан бошлаб 4—5 кунда серозли давр инфильтратив ва йирингли даврга ўтиб кетяпти. Йирингли маститда тана ҳарорати 39° ва ундан ҳам юқори кўтарилиб, бемор сов-

қотиб титрайди, иштаҳаси пасаяди, уйқуси камаяди. Қасалликка чалинган сут бези янада катталашади, ушлаб кўрилганда қаттиқ оғрийди ва йиринглаган соҳа териси қизаради. Баъзан қўлтиқ ости лимфа безлари ҳам шишади ва оғриқли бўлади.

Йирингли мастит турларидан тез-тез учрайдигани абсцесс ҳосил қилувчи туридир. Бунда анчагина оғир ва узоқ кечадиган ретромаммар (сут безининг ички, кўкрак қафасига яқин қисмида) абсцесс пайдо бўлиб, уни баъзан аниқлаш анча қийин бўлади. Маститнинг бу турида ҳар хил кучли таъсир қилувчи антибиотик ва бошқа дори-дармонлар юборилишига қарамай, беморнинг аҳволи яхшиланмайди, ҳарорати вақти-вақти билан кўтарилиб-тушиб туради, сут безларида оғриқ камаймайди—шу белгилар қасалликнинг мазкур турда кечаётганлигидан далолат беради.

Флегмоноз ва гангреноз мастит қасалликнинг энг оғир кечадиган турларидан ҳисобланади. Бунда беморнинг аҳволи ҳаддан ташқари оғирлашади, тана ҳарорати 40° ва ундан ҳам юқори кўтарилади. Томир уриши 120 ва ундан ҳам тезлашади. Қасалланган сут бези 1—2 баробар катталашади, териси шишади, қизғиш-бинафша (флегмоноз турида) ёки қулранг тусга киради. Қасалликнинг бундай оғир ўтиши бемор организмни қувватдан кетказиб метастазли сепсисга, яъни септикопиемияга келиши мумкин.

Қонни клиник текширилганда лейкоцитлар сони қасаллик оғирлигига қараб кўпайиши (лейкоцитоз), лимфоцитлар сони камайиб (лимфопения) кетиши аниқланади. Шулар билан бир қаторда сутни олиб, микроблар турина ҳамда қайси антибиотикка сезгирлигини аниқлаш учун махсус суюқликка (посев) экилади.

Д а в о л а ш: Лактостазни ўз вақтида бартараф қилиш сут безлари яллиғланишининг олдини олиш гаровидир. Бунинг учун суткада ичилаётган суюқлик миқдорини 1—2 кунга камайтириб, сут миқдорини бироз ва вақтинча пасайтирадиган дорилардан суткасига 2—3 маҳал 0,15—0,5 г дан бромкамфора ёки 2,5 мг дан парлодел (бромкрептин) ичиш, бундан ташқари 10% ли сульфокамфокаинни мушак орасига юбориш мумкин. Сут осон ажралиши учун эмизидан 20—30 минут илгари бирон-бир спазмолитик (2% ли но-шпа ёки папаверин гидрохлорид—1—2 мл), 5 минут илгари эса окситоцин эритмасидан 0,5 мл мушак орасига юборилади. Кўрилган муолажаларга қарамай, сут безлари яллиғланишининг серозли ёки инфильтратив

ҳамда йирингли формалари қайд қилинса, давони сут келишини тезроқ тўхтатишдан, ҳар хил антибиотиклар, сульфаниламид таблеткалардан, организм куч-қувватини оширадиган дорилардан, витаминлар беришдан бошланади. Бунинг учун (юқорида кўрсатилган) кўкрак безлари сути кўпайган (лактостаз) да бериладиган дориларга 0,1% ли синэстеролдан (ёки фолликулиндан 5000—10000 бирликда) 2—3 мл ни мушак орасига (2—3 марта) укол қилиш керак. Баъзи олимлар илгари бемор организмининг суюқликқа бўлган суткалик талабини камайтириш керак деб ҳисоблашар эди. Аксинча, беморга бериладиган бу суюқлик миқдорини суткасига (беморнинг ичгани, томирга юборилгани ва шунингдек, овқат таркибидаги суюқлик) 2—2,5 литргача етказиш мумкин.

Юқорида айтилганидек, умумий истеъмол қиллинадиган суюқлик миқдорини камайтирмаган ҳолда сийдик ажралишини кўпайтириш учун гипотиазид (25—50 мг), фуросемид (0,04—0,07 г) кабилардан биронтасини эрталаб ва тушликда ичиш учун бериш мумкин. Сийдик ажралишини кучайтирувчи дорилар билан бир қаторда 1 кг дан кунига 3 маҳал калий хлорид бериш ҳамда калийга бой мева (туршак), сабзавотлар (картошка, сабзи, лавлаги), дуккакли ўсимлик донларидан (ловия, нўхат, қора буғдой ва бошқалар) истеъмол қилган маъқул.

Маститни даволашда етарли миқдорда ҳамда ҳар томонлама таъсир қилувчи антибиотикларни микробнинг турига ва унинг сезувчанлигига қараб танлаш ва сепсисда берилганидек юбориш касалликни эрта даволашга имкон беради.

Сурункали инфилтратив мастит аёл ўзича, врач маслаҳатисиз даволанганда ёки ўз билганича пенициллин ва сульфаниламид препаратлар қабул қилганда ёхуд турли хил малҳамлар қўйиб даволанмоқчи бўлганда пайдо бўлади. Аёлнинг умумий аҳволи оғир бўлмайди, ҳарорати 37—37,5° бўлади. Сут беи тери остида қаттиқ гоғайсимон бир оз оғриқли инфилтрат аниқланади. Инфилтратнинг айрим жойида тери бир оз қизариши мумкин. Маститнинг бу формасини, айниқса 39—40 ёшлардаги аёлларда сут безининг рак касаллигида тафовут қила билиш керак. Бунинг учун онколог врач билан маслаҳатлашиб иш олиб бориш ва даволаш тавсия қилинади. Маститни даволашни аёлни етарлича оқсил моддалари (қайнатилган ёғсиз гўшт, тухум, пишлоқ, творог, сут ва қатиқ кабилар) га бой сервитамин ва углеводли овқатлар бериш билан олиб бориш лозим.

Маститининг олдини олиш. Маститнинг олдини олиш-ни аёллар консультациясидан бошлаш лозим. Аёлга ҳомиладорлик даврида витаминларга, оқсиллар ва углеводларга бой овқатлар истеъмол қилиши тавсия этилади. Организмни чиниқтириш учун ҳомиладорлик даврида тавсия қилинадиган (даволовчи физкультура врачлари билан бамаслаҳат) комплекс гимнастика машқлари билан шуғулланиш катта аҳамиятга эга. Сут безларини, айниқса ҳомиладорликнинг охириги икки ойидан бошлаб ҳар куни бир маҳал илиқ сувда совунлаб (ишқори камроқ совунда) ювиб туриш, туғишга 2—3 ҳафта қолганда ювгандан сўнг кўкрак учига юмшатадиган мазъ суриш лозим. Ҳар куни 10—15 минут кўкрак учига ҳаво ваннаси (сут безларини очиқ ҳавода ушлаб туриш) қилиш ва уларни ип газламадан қилинган лифчик билан қисмасдан бироз кўтариб қўйиш яхши натижа беради. Консултацияда ҳисобда турган ҳомиладорлар ичида мастит бўлиши мумкин бўлган «хавфли» группаларни (кўкрак учи ясси, ички органларида бирон-бир касаллиги бор аёллар ёки ҳомиладорлик токсикозларига чалинган ва бошқалар) алоҳида ажратиб, уларда маститнинг олдини олишнинг активроқ методларини қўллаш керак.

Чилла даврида ҳарорат кўтарилганда албатта врачга бориб, керакли маслаҳатлар олиш керак.

Айрим вақтларда касалликни ўз вақтида олдини олиб, врач маслаҳати билан даволана бошлаганда ҳарорат бирдан тушади (37° гача), шунда аёл даволанишга эътибор бермай қўяди, натижада касаллик зўрайиб, доридармонлар билан даволаш ҳам ёрдам бермайди, бу йирингли яллиғланишгача олиб бориши мумкин. Оқибатда сут безларини операция йўли билан даволашдан бошқа чора қолмайди.

Болани эмизганда она оғзига махсус докадан қилинган ниқоб тақиши, бошига оқ дока ёки сурпдан кичик рўмол бойлаши керак. Чунки аёл сочини ушлаб, сўнг кўкрагини ушлаши натижасида ҳам инфекция тушиши мумкин.

Мастит касаллигининг келиб чиқишидаги асосий сабаблардан яна бири, болани нотўғри эмизишдир. Айрим оналар, айниқса бизнинг иссиқ иқлимли шароитда терлаб туриб, гигиена қоидаларига риоя қилмаган ҳолда эмизадилар. Ёш оналар ҳали тажрибасиз бўлганидан бола ҳар гал йиғлаганида уни эмизиш керак экан-да, деб пала-партиш эмизаверадилар, бу нотўғри. Болани ҳар 3 соатда эмизишга одатлантириш керак.

Сут беи учининг ёрилиши (қийилиши). — Сут беи учининг ёрилиши 2 хил—юзаки ва чуқур бўлиши мумкин. Айрим вақтларда кўкрак учининг чуқур ёрилиши ярага айланиб кетиши мумкин.

Сут беи учининг қийилишига: 1) болани нотўғри эмизиш; 2) кўкракни нотўғри соғиш; 3) гигиена қоидаларига риоя қилмаслик; 4) кўкрак учининг ясси ёки узунчоқ бўлиши кабилар сабаб бўлиши мумкин. Бу касалликда кўкрак учи шишади, катталашади, қизаради, ёрилган жойидан баъзан қон оқади ёки ўша ерда йирингли ва офриқли яра қосил бўлади.

Касаллик узоқ давом этиши ва қайтарилиши мумкин. Уни стафилококк ва стрептококк микробларидан ташқари турли замбуруғлар ҳам келтириб чиқаради. Микроб кўпинча аёлнинг қўли, боланинг оғзи орқали юқади. Касалликни аниқлаш қийин эмас. Агар сут безининг қийилган еридан суртма олинса, касалликни қайси микроб келтириб чиқарганлигини бактериологик йўл билан текшириш осон. Шундан сўнг даволаш бошланса, албатта, яхши натижа беради.

Кўкрак учининг ёрилишини даволашда Б. А. Гуртовой ва бошқалар қўйидаги дорилардан бирини ёки улардан бирин-кетин (олдин 5—6 кун биттасини, кейин иккинчисини ва ҳоказо) суркашни тавсия қиладилар: метилен кўкининг 14% ли спиртли эритмаси, синтомициннинг 1 ёки 5% ли мойли эритмаси, фурациллиннинг 0,2% ли мойли суяқлиги, калонхое ўсимлигидан тайёрланган мойли эритма, хлорофиллиптнинг 2% ли мойли аралашмаси, цигерол мойлари шулар жумласидан. Шу билан бир қаторда физик усуллардан ультрабинафша нурлар, кварц, д Арсонвал токи ва бошқаларни ўз вақтида ишлатилса, самараси яхши бўлади.

Болани эмизиб бўлгандан сўнг, албатта кўкрак учига 1% ли метилен кўкининг 60% ли спирттаги эритмаси суртиб қўйилади.

Айрим аёллар кўкрак учи қийилганда турли малҳамлар қўйиб, жун рўмол билан ўраб юрадилар, бу маститнинг чуқур қатламларга тарқалишига имкон беради. Бунда махсус лифчик ёки эни 15—20 см бўлган бинт билан кўкракни кўтариб боғлаб қўйиш керак.

Сут безларининг қизарган жойи камайса ёки йўқолиб кетса даволанишни тўхтатмаслик керак. Маститда айрим вақтларда врач маслаҳатисиз йирингни тезроқ «пишиб», ўзи ёрилиши учун турли малҳамлар қўйиш оғир асоратлар чиқишига сабаб бўлади.

МУНДАРИЖА

Ҳомиладорликда учрайдиган токсикозлар	3
Ҳомиладорлиkning биринчи ярмида учрайдиган токсикозлар	5
Ҳомиладорлиkning иккинчи ярмида учрайдиган токсикозлар	8
Токсикозларнинг баъзи ички касалликлар билан қўшилиш келиши ва кечиши	21
Токсикоз касалликлари профилактикаси	26
Ҳомиладорлиkning муддатидан олдин тўхташи	27
Абортлар	27
Бачадондан ташқари ҳомиладорлик	35
Бачадондан ташқари ҳомиладорлиkning клиник кечиши ва уни аниқлаш йўллари	36
Йўлдош (елбўғоз) касаллиги	44
Ҳомиланнинг муддатидан олдин туғилиши	48
Туғруkning кечиши ва унда учрайдиган асоратлар	49
Чала туғилган болалардаги касалликларни даволаш ва олдини олиш	55
Муддатидан ўтган ҳомиладорлик	62
Туғруқ жараёнини бошқариш усуллари	71
Муддатидан ўтган ҳомиладорлиkning она ва болага таъсири	72
Ҳомиладорлиkning муддатидан ўтишининг олдини олиш	76
Дард тутиш нуқсонлари	77
Йўлдошнинг олдин келиши ва нормал турган йўлдошнинг барвақт кўчиши	82
Қон кетишидан юзага келган (геморрагик) шок ва қон ивиш системасини бошқариш	95
Акушерлик травматизми	104
Чилла даврининг физиологик ва патологик кечиши	111
Чилла даври септик касалликлари	118

На узбекском языке

САНАБАР АЗИМОВНА ИСМАИЛОВА

доктор медицинских наук,
ДЖУРАХАН АЗИМОВНА АЗИМОВА
кандидат медицинских наук

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ

II издание

Редакция мудир А. Камолов, Муҳаррир Н. Рустамова,
Бадий муҳаррир О. Аҳмаджонов, Рассом Э. У. Валиев,
Техмуҳаррир В. Мешчерякова, Корректор М. Қодирова

ИБ № 1659

Теришга берилди 20.03.90. Босишга рухсат этилди 08.08.90. Формати 84×108¹/₃₂. Газета қоғози. Адабий гарнитура. Юқори босма. Шартли босма л. 7.56. Шарт-ля бўёқ-отт. 7,77. Нашр. ҳисоб л. 8,4. Нашр. № 127—89. Тиражи 5000 нуска. Заказ № 358. Баҳоси 55 т.

Издательство имени Ибн Сино УзССР, Ташкент, Навои, 30.

Ўзбекистон ССР Давлат матбуот комитети Тошкент «Матбуот» полиграфия ишлаб чиқариш бирлашмасининг 3-босмахонаси. 700194 Тошкент, Юнусовод даҳаси, Муродов кўчаси, 1.