ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

№2 АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА

ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА

2019-2020 й.

Фаннинг ўқув услубий мажмуаси Олий ва ўрта махсус, Вазирлигининг 2014 йил “13”-ноябрдаги “30”-сонли буйруғи асосида ишлаб чиқилган Ишчи Ўқув дастурига мувофиқ тузилган.

Фаннинг ўқув услубий мажмуаси Бухоро Давлат тиббиёт институтида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

АшуроваН.Г.- -№2Акушерликвагинекологиякафедрасидоценти, т.ф.н.

РахматуллаеваМ.М.- -№2Акушерликвагинекологиякафедрасикатта ўкитувчиси, т.ф.н.

Хамдамова М.Т.- №2Акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, PhD

Тақризчилар:

ОблокуловА.Р.-Юқумликасалликлар, эпидемиология, тери-таносилкасалликларикафедрасимудири, т.ф.д., доцент

АкрамовВ.Р.–Травматология, ортопедия, нейрохирургияваумумийхирургиякафедрасимудири, т.ф.н. доцент

ФаннингўқувуслубиймажмуасиБухороДавлаттиббиётинститутиИлмий-методиккенгашидатавсияқилинган (2019_ йил «27» ___06____ _ даги «__11__» - сонлибаён

Услубчи:Жумаева Ш.Б.

Аннотация

Ушбу ўқув-услубий мажмуа умумий амалиёт шифокорини акушерлик ва гинекология фани бўйича турли ёшдаги аёллар организмида кенг тарқалган касалликларнинг олдини олиш, эрта ташхислаш, самарали даволаш, шошилинч холатларда бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш, зарур бўлган холларда тиббий муассасаларга йўлланма бериш, турли гурух бемор аёлларга соғломлаштириш тадбирлари, диспансеризация ва реабилитация ўтказишни ўргатиш мақсадида тузилган.

Ушбу ўқув-услубий мажмуа Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юртларининг даволаш ва тиббий педагогика факултетларининг талабаларига акушерлик ва гинекология фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур акушерлик ва гинекология фанининг асосий бўлимларини ўз ичига олади.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

2-АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими томонидан
рўйхатга олинди
№_____
«_____» _____2019й.

«ТАСДИҚЛАЙМАН »
Ўқув ва тарбиявий ишлари
бўйича проректор, доцент
т.ф.н._____ Жарилкасинова
Г.Ж..
« _____» _____ 2019 й.

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
ФАНИ БЎЙИЧА ИШЧИ ЎҚУВ ДАСТУР

Таълим йўналиши

Билим соҳаси:	**500000**	**- Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот**
Таълим соҳаси:	**510000**	**– Соғлиқни сақлаш**
Таълим йўналиши:	**5510100**	**– Даволаш иши**
	5111000	**- Касбий таълим**

Курс	**6**
Факультетлар:	**Даволаш ва Тиббий педагогика**
Соат ҳажми:307	
Шу жумладан:	
Маъруза	**12**
Амалий машғулот	**66**
Клиник машғулот	**79**
Мустақил иш	**150**

Бухоро - 2019

Фаннинг ўқув дастури Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлигининг **2014 йил "13" ноябрдаги "30"-сонли буйруғи** билан тасдиқланган.

Фаннинг ишчи ўқув дастури ўқув, ишчи ўқув режа ва ўқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Негматуллаева М.Н. - Акушерлик ва гинекология кафедраси профессори, т.ф.д.

Ашурова Н.Г. - Акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.н.

Хамдамова М.Т. - Акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.ф.д..

Тақризчилар:

Облокулов А.Р.- Юқумли касалликлар, эпидемиология, тери-таносил касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., доцент

Акрамов В.Р.–Травматология, ортопедия, нейрохирургия ва умумий хирургия кафедраси мудири, т.ф.н. доцент

Ушбу ишчи дастур Ўқув дастури ва Ўқув режа асосида 5510100-Даволаш иши ва 5510100-Касбий таълим йўналишлари бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _11_ "__25__"__июнь____2019 й.

Ушбу ишчи дастур ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510100 –**Даволаш иши** ва 5511100-**Касбий таълим** йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти Марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ "____"_____2019 й.

Услубчи: Жумаева Ш .Б. _____

(имзо)

КИРИШ

Ушбу **ишчи дастур** фаннинг Намунавий дастурига мувофик тузилган булиб, умумий амалиёт шифокорини акушерлик ва гинекология фани бўйича турли ёшдаги аёллар организмида кенг тарқалган касалликларнинг олдини олиш, эрта ташхислаш, самарали даволаш, шошилинч холатларда бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш, зарур бўлган холларда тиббий муассасаларга йўлланма бериш, турли гурух бемор аёлларга соғломлаштириш тадбирлари, диспансеризация ва реабилитация ўтказишни ўргатиш мақсадида тузилган.

Ушбу ишчи дастур тиббиёт олий ўқув юртларининг даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг талабаларига акушерлик ва гинекология фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур акушерлик ва гинекология фанининг асосий бўлимларини ўз ичига олади.

Фаннинг мақсад ва вазифалари

Фанни ўргатишдан мақсад - физиологик ва асоратланган ҳомиладорларни мустақил олиб боришга тайёрлаш, туғруқдан кейинги асоратларни даволаш, ташхислаш, профилактикаси; муҳим гинекологик касалликлар, госпиталгача босқичда шошилинч ёрдамни кўрсатиш, патологик туғруқ ва гинекологик касалликлардан кейин реабилитация ва оилани режалаштириш ва репродуктив саломатликни ҳимоялаш чораларини ўтказиш.

Фаннинг вазифалари - физиологик, асоратланган ва экстрагенитал касаллиги билан ҳомиладорларни ва физиологик туғруқдан кейинги даврни олиб бориш; акушерлик ва перинатал патологияли ҳавф омилларини аниқлаш; асоратли кечаётган ва экстрагенитал патологияли хомиладорларни муддатларини ва госпитализация критерияларини ўргатиш; ташхислашни, шошилинч ёрдам кўрсатишни, беморларни бошқа муассасаларга ҳавфсиз ва ўз вақтида юборишни ўргатиш; асоратланмаган, асосий гинекологик касалликларни даволаш, ташхислаш ва диспансеризациялаш кўникмаларини ишлаб чиқариш; контрацепциянинг барча усуллари буйича маслаҳатлаш билимларини, бачадон ичи спиралини қўйиш ва олишни, оилани режалаштириш ва соғлом оналик чораларини олиб бориш кўникмаларини ишлаб чиқиш ва билимларини шакллантириш.

Фан бўйичаталабаларнингбилим, кўникмавамалакаларига Қўйиладиганталаблар

“Акушерликва Гинекология”ўқувфаниниўзлаштиришжараёнидаамалгаошириладиганмасалалардоирасида бакалавр:

- аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси ва физиологияси, асосий акушерлик ва гинекологик касалликларнинг клиникаси, этиопатогенези,хомиладорлар ва беморлар стационар ва амбулатор даволаш критерийлари;
- репродуктив саломатлик асослари ва оилани режалаштириш принциплари;
- хомиладорлар ва гинекологик касалларни лаборатор ва инструментал усуллардан фойдаланган ҳолда клиник кўрик ўтказиш, она ва бола учун ҳавф омилини аниқлаш ва профилактик чораларни қўллаш, асосий гинекологик касалликларни даволаш;
- физиологик ва асоратланмаган экстрагенитал касаллиги билан ҳомиладорларни ва физиологик туғруқдан кейинги давр олиб бориш, хомила ҳолатини баҳолаш, амбулатор даволаш эффективлигини баҳолаш ва реабилитацион чораларни ўтказиш;

- ОИВ/ОИТС билан ҳомиладорларни олиб бориш тамойилларини, контрацептивларни индивидуал танлашда маслаҳатлашни ўтказиш, госпиталгача босқичда шошилинч тез ёрдамни кўрсатишни ***билиши керак;***
- хомиладорлик ва туғруқ муддатларини аниклаш;
- хомила вазнини аниқлаш;
- кўзгуларда кўриш;
- бачадон ва ортиқларини бимануал кўриги;
- ташқи акушерлик кўриги;
- ҳомила юрак уришини эшитиш;
- цитологияга суртма олиш;
- кин суртмаси тозалигини даражасини аниқлаш;
- БИВ қўйиш ва БИВ олиш;
- функционал диагностик тестларни интерпретацияси ва аниқлаш (базал харорат, "қорачиқ" симптоми ва "шиллиқ чўзилиш" симптоми);
- оғир преэклампсия, эклампсия ва бачадондан қон кетганда шошилинч чора тадбирлари ***қўникмаларига эга бўлиши керак.***
- физиологик хомиладорликни олиб бориш, антенатал парвариш, асоратланмаган экстрагенитал касалликларда хомиладорлик, хомиладорлар эрта токсикозлари, хомиладорликдаги гипертензив ўзгаришлар, лактостаз, гипогалактия, асоратланмаган мастит, хомиладорлар камқонлиги, предменструал синдром, климактерик синдром, жинсий аъзоларнинг ўткир ва сурункали яллиғланиши, хайз циклининг бузилиши, жинсий аъзолар фон ва рак олди касалликлари, хомиладорлартарихи картасини, гравидограмма тўлдиришни, информацион технологиялар ёрдамида керакли тиббий ва статистик ҳужжатларни тўлдириш ***малакаларига эга бўлиши керак***.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Акушерликва Гинекология ихтисослик клиник фанхисобланиб, 11, 12-семестрлардаўқитилади. Дастурниамалгаоширишўқуврежасидарежалаштирилган клиник ватабиий-илмий(нормалвапатологик анатомия, физиология ва патофизиология, терпия, хирургия, анестезиология ва реаниматология, дерматовенералогия, клиник фармакология, онкология, эндокринология, урология) фанлардан етарлибилимвакўникмаларгаэгабўлишликталабэтилади.

Фаннинг илм –фан, ишлаб чиқиш ва соғлиқни сақлашдаги ўрни

Акушерлик ва гинекология фани умумий амалиёт шифокорида тиббий билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга эга. У бошқа заминий фанлар билан биргаликда организм тўғрисида яхлит маълумот бериш, шу билан бирга талабада клиник фикр юритишни ривожланишини таъминлайди.

Фанни ўқитишдазамонавийахборотва педагогик технологиялар

Талабаларнинг "Акушерлик ва гинекология" фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион ва педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим ахамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, технологиялар мажмуаси, компьютер дастурлари, электрон материаллар, видеотизимлардан фойдаланилади.

Маъруза, амалий дарсларда мос равишдаги педагогик ва ахборот технологияларидан фойдаланилади.

Ўқув соатлари миқдори

Соат ҳажми	**Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулотлари бўйича тақсимланиши (соат)**				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Клиник машғулот	
307	**157**	**12**	**66**	**79**	**150**

I. Асосий назарий қисм

6 – курс учун маъруза машғулотлари

№	Маърузамавзуси	соат	Маърузачи
1-мавзу.	**Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар. УАШ тактикаси** Гипертензия, преэклампсия и эклампсияни ташхислаш ва олиб боришнинг замонавий усуллари, гипертензияни назорат килиш тактикаси, преэклампсия ва эклампсияда талвасанинг олдини олиш ва даволашга ёндошув, преэклампсия ва эклампсия оғир формаларида шошилинч ёрдам кўрсатиш. HELLP-синдром, диагностикаси, олдини олиш ва реабилитация чоралари.	2	Негматуллаева М.Н.
2-мавзу.	**Оналар ўлими тизимида акушерлик қон кетиш муаммолари. УАШ тактикаси** Оналик ва болалик тизимида акушерлик хизматини ташкил этиш тамойиллари. Шошилинч бирламчи баҳолаш. Биринчи врачлик ёрдами. Ҳомиладорни туғруқхонага ўз вақтида ва ҳавфсиз юбориш. Вақтинчалик қон кетишини тўхтатиш усуллари.	2	Ашурова Н.Г.
3-мавзу	**Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврида иситма.** Хомиладорлик даврида, тугрук ва тугрукдан кейинги даврда инфекцияни замонавий усуллар билан даволаш, инфекцияни олдини олиш йуллари, антибиотикларни даво ва профилактик максадда куллашни фарклаш. Акушерлик тактикасини белгилаш.	2	Негматуллаева М.Н.
4-мавзу.	**ЭГК да хомиладорликни олиб бориш.** Соматик касалликлари булган ҳомиладор хавф омилларининг ишлаб чиқиш, анемия, буйрак, юрак ва жигар касалликлари, қандли диабетнинг таснифлари, соматик касалликлар асосида хомиладорлик, туғруқ ва чилла даврларининг кечиши, ҳомиладорликни поликлиника шароитида олиб бориш, ҳомиладорликни давом эттиришга	2	Хамдамова М.Т..

	нисбий ва мутлоқ қарши кўрсатмалар, госпитализация ва постстационар реабилитация мезонлари.		
5-мавзу.	**Киндан қон кетиш. УАШ тактикаси** Хомиладорлик эрта муддатларида киндан кон кетиш. Абортлар. Ўз-ўзидан содир бўлган абортларда шошилинч ёрдам. Тиббий абортга кўрсатмалар. Медикаментоз ва артифициал абортлар. ҳайз циклнинг бузилиши. Бачадондан дисфункционал қон кетиши. Ташҳислаш. Амбулатор шароитда олиб бориш тактикаси ва даволаш.	2	Рахматуллаева М.М
6-мавзу.	**ЖЙОЮК ни замонавий ташхислаш ва бирламчи тизимда олиб бориш.** Жинсий йуллар оркали юкадиган инфекциянинг турлари ва долбзарлиги, ЖЙОЮК олиб келувчи омиллар, ЖЙОЮК клиник белгилари, ЖЙОЮК асоратлари, ЖЙОЮК даволаш усуллари ва профилактикаси.	2	Хотамова М.Т.
	Жами:	12 соат	

6- курс даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабалари учун амалий машғулотларрўйхати

№	Амалий машғулот мавзулари	М	А	К
1.	**Физиологик ҳомиладорликни олиб бориш**. Антенатал парвариш асослари.		**3**	**3**
2.	**Физиологик туғруқ**. Ҳамроҳ туғруқ.Партограмма. Физиологик туғруқда УАШнинг шошилинч ёрдами.		**2**	**3**
3.	**Кўкрак билан овқатлантириш**. Кўкракка қўйиш техникаси. Кўкрак билан озиқлантиришда маслаҳатлаш. Эмизувчи аёлларнинг овкатланиш рациони. **Физиологик туғруқдан кейинги давр.**		**3**	**3**
4.	**Асоратланган ҳомиладорлик.** Бачадон чандиғи билан ҳомиладорларни олиб бориш. Замонавий акушерликда кесар кесиш.		**3**	**3**
5.	**Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши ва келиши.Чузилиб кетган бачадон.** Эрта ва кеч биринчи туғувчиларда ҳомиладорликни олиб бориш. Ташхислаш. Текшириш. Олиб бориш принциплари. Госпитализация критериялари		**2**	**3**
6.	**Муддатидан илгариги ва ўтган туғруқ.**УАШ тактикаси. Текшириш.		**2**	**4**
7.	**Хомила ичи усишининг оркада колиш.** Хомила дистрессси синдроми. Кам вазнлик чакалок. Янги тугилган чакалокларнинг реанимация асослари	**2**	**2**	**2**
8.	**Бошдаги оғриқ. Кўришнинг бузилиши. Тутқаноқлар. Хушдан кетиш. Юқори артериал босим** Ҳомиладорлик ва туғруқ даврида гипертензив бузилишлар. Туғруқдан кейинги реабилитация		**3**	**3**
9.	**Резус-иммунизация. АВО-конфликт**. Хомиладорларда кунгил айнаш ва кусиш. Ташхислаш. Текшириш.	**2**	**2**	**2**
10.	**ЭГК ва ҳомиладорлик**. Камқонлик,буйрак касалликлари ва хомиладорлик.		**3**	**3**
11.	**Қандли диабет, жигар касалликлари ва ҳомиладорлик.** Ташхислаш. Диспансер кузатуви принциплари. Амбулатор ва стационар даволаш критериялари.		**3**	**3**
12.	**Юрак-қон томир касалликлари ва ҳомиладорлик.** Амбулатор ва		**2**	**4**

	стационар даволаш критериялари.			
13.	**Нафас олишнинг кийинлашиши**. УРВИ ва пневмония (зотилжам). Амбулатор ва стационар даволашнинг критерийлари.		**3**	**3**
14.	**ОИВ (ОИТС).**Кечиш босқичлари ва ОИВ инфекцияси лаборатор диагностик усуллари. ОИВнинг онадан болага ўтиш йўлларини профилактикаси.	**2**	**2**	**2**
15.	**Туғруқдан кейинги юқори ҳарорат.**Инфекция профилактикаси. Инфекциянинг ўтиш йўллари. Туғруқдан кейинги септик инфекциялар. Кесарча кесишдан кейинги перитонит, ҳавф омиллари ва профилактика чоралари. Скрининг программаси. Стационардан кейинги реабилитация		**3**	**3**
16.	**Репродуктив саломатлик**. Маслаҳатлаш. Репродуктив саломатликни сақлаш чоралари. Оилани режалаштиришда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти принциплари. Гормонал контрацепция.		**3**	**3**
17.	**БИВ.** Бачадон ичи воситаси. Бачадон ичи воситаси буйича маслаҳатлаш. Жинсий йўллар орқали юқувчи инфекциялар ва контрацепциянинг барьер усули. Таъсир механизми, тури, барьер усули ва спермицидларнинг афзалликлари ва камчиликлари		**3**	**3**
18.	**Қиндан қон кетиш.** Абортлар. Ўз-ўзидан содир бўлган абортларда шошилинч ёрдам.	**2**	**2**	**2**
19.	**Ҳайз циклнинг бузилиши**. Бачадондан дисфункционал қон кетиши.		**3**	**3**
20.	**Қориндаги оғриқ.** Бачадон миомаси. Эндометриоз. Гинекологик ва акушерлик операцияларидан кейинги аёлларни реабилитацияси. Тухумдон кистаси ва кистомаси. Ташхислаш. Олиб бориш тактикаси.	**2**	**2**	**2**
21.	**Қиндаги ажралмалар**. Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. ҳавф омили. Жинсий йўллар орқали юқувчи инфекцияларнинг – ташхислаш усуллари. Даволаш прициплари.		**2**	**3**
22.	**Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар:** предменструал, климактерик ва посткастрацион синдромлар. Ташхислаш.		**2**	**4**
23.	**Сут бези яхши сифатли ўсмалари.** Сут бези яхши сифатли ўсмалари. Бачадон танаси ва бўйни фон ва раколди касалликлари.		**3**	**3**
24.	**Бепушт никох.**Текшириш усуллари. Амбулатор ва стационардаги текширувлар ва даволаш критериялари..		**2**	**3**
25.	**Шошилинч ҳолатда биринчи врачлик ёрдами.**Оғир преэклампсия. Эклампсия. Ташхислаш.	**2**	**2**	**2**
26.	**Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, тугрукда ва тугрукдан сунг қон кетиши**. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари кўчиши, йўлдошнинг олдинда келиши. Бачадон гипо- ва атонияси.		**2**	**3**
27.	**Гинекологияда ўткир қорин:**. Тухумдон апоплексияси. Тухумдон кистомаси оёғининг буралиб қолиши. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик.		**2**	**4**
		12	**66**	**79**

Амалий машғулотларни ташкил этишбуйича тавсиялар:

Амалий машғулотлар мультимедиа қурилмалари билан жиҳозланган аудиторияда бир академик гуруҳга бир ўқитувчи томонидан ўтказилади.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали қуроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Амалий машғулот давомида аниқ бир мавзуларни назарий жиҳатдан чуқур ўрганиш, услубий жиҳатдан долзарб бўлган мавзуларни чуқур тахлил қилиш, алоҳида муоммолар бўйича илмий жиҳатдан ишлаб чиқиш мақсадида савол-жавоб, суҳбат, доклад ва рефератларни муҳокама қилиш, ёзма назорат ишларини олиш, вазиятли масалаларни муҳокама қилиш ва тест саволларига жавоб бериш орқали эгалланилади. Шу билан бирга машғулот давомида интерфаол усуллардан ва компьютер, инновацион технологиялардан фойдаланган ҳолда назарий билимларни мустаҳкамлаш лозим.

Амалий машғулотларни ўтказишда қуйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- амалий машғулотларни мақсадини аниқ белгилаб олиш;
- ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;
- талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;
- талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режасида режалаштирилмаган

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил таълимининг асосий мақсади – ўқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида муайян ўқув ишларини мустақил равишда бажариш учун билим ва кўникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил таълимини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзулар бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- Илмий мақола, анжуманга маъруза тайёрлаш ва ҳ.к.

6 курс даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабалари учун

Мустақил ишларнинг мавзулари

1. Усмирлар, хомиладорлар, чилла давридаги ва климактерик	**6**

даврдаги аёллар шахсий гигиенаси	
2. Аёллар ва эркаклар жинсий тарбияси	**6**
3. Оилани маслахатлаш. Медико-генетик маслахатлаш	**6**
4. Юрак ва кон-томир касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш..	**6**
5. Жигар касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
6. Буйрак касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
7. Нафас касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
8. Кон касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
9. КД касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
10. Анамнезида гипертензив бузилишлар касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
11. Анамнезида резус имунизация касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
12. Упка касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
13. Бачадон чандиги булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
14. Анамнезида муддатдан олдин тугруг булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
15. Жинсий аъзолар носпецифик яллигланиш касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
16. Жинсий аъзолар специфик яллигланиш касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
17. Бачадон миомаси булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
18. ОИВ инфекцияси касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
19. Контрацепциянинг ахамияти. Гормонал контрацепцияни тайинлаш алгоритми	**5**
20. Ювенил, фертил ва менопауза ёшдаги ахолини профилактик курикдан утказиш	**5**
21. Интергенетик интервалга риоя килиш	**5**
22. Ишга лаёкатлилик	**5**
23. Репродуктив саломатликни саклаш усуллари	**5**

24.Бачадон буйни,танаси ва тухумдон ракини эрта аниклашнинг скрининг дастурлари	**5**
25.Бачадон буйни ракига карши вакцинация усуллари	**5**
26.БИВни куйиш ва олиш	**5**
27.Кин тозалик даражасини аниклаш учун суртма олиш	**5**
Жами:	**150 соат**

Дастурнинг информацион-методик таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий илғор интерфаол усулларидан, педагогик ва ахборот-коммуникация технологияларининг презентация (тақдимот), мультимедиа ва электрон-дидактик технологиялардан фойдаланилади. Амалий машғулотларда ақлий ҳужум, ечимлар дарахти, кластер, муаммоли ўқитиш, демонстрация,Т-схема, ВЕНН диаграммаси, балик скелети, блиц-сўров, кичик гуруҳларда ишлаш, инцидент, дискуссия каби усул ва техникалардан кенг фойдаланилади.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

1. Gabbaova Y.Q., Aupova F.M. Akusherlik. 2013
2. Жаббарова Ю.К., Аюпова Ф.М. Акушерлик Т.,2008
3. Аюпова Ф.М., Жаббарова Ю.К. Гинекология. Тошкент, 2012.
4. Савельевой Г.М. Акушерство и гинекология. Под ред Москва. 2009.
5. Бодяжина В.И., Семенченко. М. Акушерство. 2004.

Қўшимча адабиётлар

1. Стрижакова А.Н.Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии М.Медицина2000 г.
2. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004. 236с.
3. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ. 2004.
4. Сметник В.Н., Тумилович В.П. Неоперативная гинекология. Медицинское Информ. Агентство. Москва. 2005. 440с.
5. Василевской М. Гинекология. под ред. 2007.
6. Савельевой Г.М.Гинекология. под ред. М.:ГЭОТАР-Медиа,2006. 480с.
7. Костючек Д.Ф. Практикум по неотложной помощи в гинекологии Под редакцией Санкт-Петербург, 2005
8. Клининческое руководство по ведению больных с кровотечениеми в родах и послеродовом периоде. Т. 2008.
9. Клининческое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т. 2008.
10. Клининческое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при берерменности. Т. 2008.
11. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. Медицина. 2005г.
12. Решение проблем новорожденных руководство для врачей, медсестер и акушерок. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
13. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
14. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA 2007.

15. Неонатология Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
16. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007
17. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических соспоставлений. Руководство для врачей. “ЭЛБИ” СПб 2002
18. Михайлова А.В. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с анг. Под редак. Изд. “Петронолис” СПб. 2003.
19. Williams et M.O., Wilkins A. Ginecology in Primary Gare ROGER P. SMITH, Waverly company 1996.
20. WILLAM OBSTETRICS. 1999. USA.
21. Pelvis and Perineum. Brathers Williams. University of Philadelphy. 2004.
22. Кулаков. Серов.Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. М. 2006.
23. Таранов А.Г.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии М. 2004.с13-14.
24. Адаши И., Хиллард П., Дж. Берек, Гинекология по Эмилю Новаку. М. 2002.
25. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М. 1998.
26. Мэррий Энкин., Китре М., Дж.Нейлсон. (пер. С англ, под редак. Михайлова А.В.) руководство по эффективной помощи при беременности и рождениии ребенка. СПб. 2003.
27. ТинджерЛ., Босметр Д., Макинтош Н. Профилактика инфекций. Руководство для медучреждений с ограниченными ресурсами. JHPIEGO. 2004.
28. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ.Европейское региональное бюро.
29. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье. UNFPA 2004.
30. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Издание второе. UNFPA 2004
31. Ашурова Н.Г., Рахматуллаева М.М. Акушерлик ва гинекология фани бўйича ўқув-услубий мажмуа. Бухоро.2019 й.
32. “Modern views purulent–septic complication in obstetrics”Монография Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К. 2019 й. Германия.
33. «Гинекологияа хамширалик иши» электрон дарслик Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Ахмедов Ф.К., Тошева И.И., Исматова М.И. 2018й. Тошкент.
34. «Акушерлик ва гинекология» Укув кулланма. Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Аслонова М.Ж. 128бет «Бухоро нашриёти» -2019й.
35. “Гинекологияда кон кетишлар” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М. Тошкент. 2017й.
36. “Гинекологияда гормонал терапия” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. Тошкент. 2019й
37. Акушерлик ва гинекология 6 курс лар учун ўқув-услубий мажмуа. Бухоро-2019 йил.
38. Внутриматочные средства;плюсы и минусы. Монография. Бухоро -2019 г.

Интернет сайтлари

1. www.tma.uz
2. www.medlincs.ru
3. www.medbook.ru
4. www.zyonet.uz

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Ўқув бўлими томонидан
рўйхатга олинди
№_____
«_____» _____2019й.

«ТАСДИҚЛАЙМАН »
Ўқув ва тарбиявий ишлари
бўйича проректор, доцент
т.ф.н._____ Жарилкасинова Г.Ж.
« _____» _____ 2019 й.

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ФАНИ БЎЙИЧА КАЛЕНДАРЬ-ТЕМАТИК РЕЖА

Таълим йўналиши

Билим соҳаси:	**500000**	**– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот**
Таълим соҳаси:	**510000**	**– Соғлиқни сақлаш**
Таълим йўналиши:	**5510100**	**– Даволаш иши**
	5111000	**- Касбий таълим**

Курс		**6**
Факультетлар:	**Даволаш**	**ва Тиббий педагогика**
Соат ҳажми:		**307**
Шу жумладан:		
Маъруза		**12**
Амалий машғулот		**66**
Клиник машғулот		**79**
Мустақил иш		**150**

Бухоро - 2019

Фаннинг ўқув дастури Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлигининг **2014 йил “13” ноябрдаги “30”- сонли буйруғи** билан тасдиқланган. Фаннинг календарь-тематик режаси ишчи ўқув дастури, ишчи ўқув режаси ва ўқув дастурига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Негматуллаева М.Н. - Акушерлик ва гинекология кафедраси профессори, Т.ф.д.

Ашурова Н.Г. - Акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.н.

Тақризчилар:

Облокулов А.Р.- Юқумли касалликлар, эпидемиология, тери-таносил касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., доцент

Акрамов В.Р.–Травматология, ортопедия, нейрохирургия ва умумий хирургия кафедраси мудири, т.ф.н. доцент

Ушбу календарь-тематик режа Ўқув дастури ва Ўқув режа асосида 5510100-Даволаш иши ва 5510100-Касбий таълим йўналишлари бўйича тузилган ва кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _11_ “__25__”__июнь____2019 й.

Кафедра мудири: Ихтиярова Г.А. _____

(имзо)

ФУК раҳбари: Ихтиярова Г.А- Акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, т.ф.н., доцент

_____

(имзо)

Ушбу календарь-тематик режа ўқув дастури ва ўқув режа асосида 5510100 – **Даволаш иши** ва 5511100-**Касбий таълим** йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти Марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ “____”_____2019 й.

Услубчи: Жумаева Ш .Б. _____

(имзо)

КИРИШ

Ушбу календарь-тематик режа умумий амалиёт шифокорини акушерлик ва гинекология фани бўйича турли ёшдаги аёллар организмида кенг тарқалган касалликларнинг олдини олиш, эрта ташхислаш, самарали даволаш, шошилинч холатларда бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш, зарур бўлган холларда тиббий муассасаларга йўлланма бериш, турли гурух бемор аёлларга соғломлаштириш тадбирлари, диспансеризация ва реабилитация ўтказишни ўргатиш мақсадида тузилган.

Ушбу режа Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юртларининг даволаш ва тиббий педагогика факультетларининг талабаларига акушерлик ва гинекология фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Режа акушерлик ва гинекология фанининг асосий бўлимларини ўз ичига олади.

Фаннинг мақсад ва вазифалари

Фанни ўргатишдан **мақсад** - физиологик ва асоратланган ҳомиладорларни мустақил олиб боришга тайёрлаш, туғруқдан кейинги асоратларни даволаш, ташхислаш, профилактикаси; муҳим гинекологик касалликлар, госпиталгача босқичда шошилинч ёрдамни кўрсатиш, патологик туғруқ ва гинекологик касалликлардан кейин реабилитация ва оилани режалаштириш ва репродуктив саломатликни ҳимоялаш чораларини ўтказиш.

Фаниннг **вазифалари** - физиологик, асоратланган ва экстрагенитал касаллиги билан ҳомиладорларни ва физиологик туғруқдан кейинги даврни олиб бориш; акушерлик ва перинатал патологияли ҳавф омилларини аниқлаш; асоратли кечаётган ва экстрагенитал патологияли хомиладорларни муддатларини ва госпитализация критерияларини ўргатиш; ташхислашни, шошилинч ёрдам кўрсатишни, беморларни бошқа муассасаларга ҳавфсиз ва ўз вақтида юборишни ўргатиш; асоратланмаган, асосий гинекологик касалликларни даволаш, ташхислаш ва диспансеризациялаш кўникмаларини ишлаб чиқариш; контрацепциянинг барча усуллари буйича маслаҳатлаш билимларини, бачадон ичи спиралини қўйиш ва олишни, оилани режалаштириш ва соғлом оналик чораларини олиб бориш кўникмаларини ишлаб чиқиш ва билимларини шакллантириш.

Фан бўйича талабаларнинг билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

“Акушерлик ва Гинекология”ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- аёллар жинсий аъзоларининг анатомияси ва физиологияси, асосий акушерлик ва гинекологик касалликларнинг клиникаси,

этиопатогенези,хомиладорлар ва беморлар стационар ва амбулатор даволаш критерийлари;

- репродуктив саломатлик асослари ва оилани режалаштириш принциплари;
- хомиладорлар ва гинекологик касалларни лаборатор ва инструментал усуллардан фойдаланган ҳолда клиник кўрик ўтказиш, она ва бола учун ҳавф омилини аниқлаш ва профилактик чораларни қўллаш, асосий гинекологик касалликларни даволаш;
- физиологик ва асоратланмаган экстрагенитал касаллиги билан ҳомиладорларни ва физиологик туғруқдан кейинги давр олиб бориш, хомила ҳолатини баҳолаш, амбулатор даволаш эффективлигини баҳолаш ва реабилитацион чораларни ўтказиш;
- ОИВ/ОИТС билан ҳомиладорларни олиб бориш тамойилларини, контрацептивларни индивидуал танлашда маслаҳатлашни ўтказиш, госпиталгача босқичда шошилинч тез ёрдамни кўрсатишни ***билиши керак;***
- хомиладорлик ва туғруқ муддатларини аниклаш;
- хомила вазнини аниқлаш;
- кўзгуларда кўриш;
- бачадон ва ортиқларини бимануал кўриги;
- ташқи акушерлик кўриги;
- ҳомила юрак уришини эшитиш;
- цитологияга суртма олиш;
- кин суртмаси тозалигини даражасини аниқлаш;
- БИВ қўйиш ва БИВ олиш;
- функционал диагностик тестларни интерпретацияси ва аниқлаш (базал харорат, “қорачиқ” симптоми ва “шиллиқ чўзилиш” симптоми);
- оғир преэклампсия, эклампсия ва бачадондан қон кетганда шошилинч чора тадбирлари ***кўникмаларига эга бўлиши керак.***
- физиологик хомиладорликни олиб бориш, антенатал парвариш, асоратланмаган экстрагенитал касалликларда хомиладорлик, хомиладорлар эрта токсикозлари, хомиладорликдаги гипертензив ўзгаришлар, лактостаз, гипогалактия, асоратланмаган мастит, хомиладорлар камқонлиги, предменструал синдром, климактерик синдром, жинсий аъзоларнинг ўткир ва сурункали яллиғланиши, хайз циклининг бузилиши, жинсий аъзолар фон ва рак олди касалликлари, хомиладорлартарихи картасини, гравидограмма тўлдиришни, информацион технологиялар ёрдамида керакли тиббий ва статистик ҳужжатларни тўлдириш ***малакаларига эга бўлиши керак.***

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Акушерлик ва гинекология ихтисослиги клиник фан хисобланиб, 11, 12-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган клиник ва табиий-илмий (нормал ва патологик анатомия, физиология ва патофизиология, терпия, хирургия, анестезиология ва реаниматология, дерматовенералогия, клиник фармакология, онкология, эндокринология, урология) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Фаннинг илм –фан, ишлаб чиқиш ва соғлиқни сақлашдаги ўрни

Акушерлик ва гинекология фани умумий амалиёт шифокорида тиббий билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга эга. У бошқа заминий фанлар билан биргаликда организм тўғрисида яхлит маълумот бериш, шу билан бирга талабада клиник фикр юритишни ривожланишини таъминлайди.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг “Акушерлик ва гинекология” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион ва педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим ахамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, технологиялар мажмуаси, компьютер дастурлари, электрон материаллар, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза, амалий дарсларда мос равишдаги педагогик ва ахборот технологияларидан фойдаланилади. Дастурда лаборатор машғулотлар кўриб чиқилмаган.

3. **Ўқув соатлари миқдори**

Соат ҳажми	**Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулотлари бўйича тақсимланиши (соат)**				Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Клиник машғулот	
307	157	12	66	79	150

II. Асосий назарий қисм

6 – курс учун маъруза машғулотлари

№	Маъруза мавзуси	Қисқача мазмуни	соат	Фойдаланиладиган адабиётлар
1.	**Ҳомиладорликдаврида гипертензив бузилишлар. УАШ тактикаси**	Гипертензия, преэклампсия и эклампсияни ташхислаш ва олиб боришнинг замонавий усуллари, гипертензияни назорат килиш тактикаси, преэклампсия ва эклампсияда талвасанинг	2	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28

		олдини олиш ва даволашга ёндошув, преэклампсия ва эклампсия оғир формаларида шошилинч ёрдам кўрсатиш.HELLP-синдром, диагностикаси, олдини олиш ва реабилитация чоралари.		
2.	**Оналар ўлими тизимида акушерлик қон кетиш муаммолари. УАШ тактикаси**	Оналик ва болалик тизимида акушерлик хизматини ташкил этиш тамойиллари. Шошилинч бирламчи баҳолаш. Биринчи врачлик ёрдами. Ҳомиладорни туғруқхонага ўз вақтида ва ҳавфсиз юбориш. Вақтинчалик қон кетишини тўхтатиш усуллари.	2	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,8,16,28
3.	**Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилладаврида юқори ҳарорат. Чилла даври септик касаликлари. УАШ тактикаси**	Хомиладорлик даврида, тугрук ва тугрукдан кейинги даврда инфекцияни замонавий усуллар билан даволаш, инфекцияни олдини олиш йуллари, антибиотикларни даво ва профилактик максадда куллашни фарклаш. Акушерлик тактикасини белгилаш.	2	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,9,16,28
4.	**ЭГК ва хомиладорлик**	Соматик касалликлари булган ҳомиладор хавф омилларининг ишлаб чиқиш, анемия, буйрак, юрак ва жигар касалликлари, қандли диабетнинг таснифлари, соматик касалликлар асосида хомиладорлик, туғруқ ва чилла даврларининг кечиши, ҳомиладорликни поликлиника шароитида олиб бориш, ҳомиладорликни давом эттиришга нисбий ва мутлоқ қарши кўрсатмалар, госпитализация ва постстационар реабилитация мезонлари.		**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,11,16,28
5.	**Бачадондан аномал**	Бачадондан органик	2	**А**: 3,4

	қон кетиш. УАШ тактикаси	ва функционал этиологияли кон кетиш, клиникаси, ташхислаш, даволаш, профилактика чора тадбирлари. Хайз цикли бузилиши		**К**: 4,7,19,24
6.	**ЖЙОЮКни замонавий ташхислаш ва бирламчи тизимда олиб бориш.**	Жинсий йуллар оркали юкадиган инфекциянинг турлари ва долбзарлиги, ЖЙОЮК олиб келувчи омиллар, ЖЙОЮК клиник белгилари, ЖЙОЮКасоратлари, ЖЙОЮК даволаш усуллари ва профилактикаси.	2	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27,30
		Жами:	**12 с**	

6- курс даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабалари учун амалий машғулотлар рўйхати

№	Амалий машғулот мавзуси	Кискача мазмуни	М	А	К	Фойдаланиладиган адабиётлар
1.	**Физиологик ҳомиладорликни олиб бориш.** Антенатал парвариш асослари. Соғлом аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш. Текшириш усуллари. **“Балиқ скелети” интерактив усули**	Гравидограмма. Мутахассислар маслаҳати. Даволаш принциплари. Хавф солувчи белгилар билан таништириш. Госпитализация критериялари. Оналар мактаби.		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
2.	**Физиологик туғруқ.** Хамрох тугрук. Партограмма. ҳомила ҳолатига боғлиқ ҳолда физиологик туғруқни олиб бориш тактикаси. **“Демонстрация усули”**	Туғруқ йўллари ҳолатини баҳолаш. Госпиталгача босқичда шошилинч ёрдам.	**2**	**2**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
3.	**Кўкрак билан озиқлантириш**. Кўкракка қўйиш техникаси. Кўкрак билан озиқлантиришда маслаҳатлаш. Физиологик туғруқдан кейинги давр. **“Уч босқичли интервью”**	Кўкрак билан озиқлантириш принциплари.. Эмизувчи аёлларнинг овкатланиш рациони. Тугрукдан сунгги депрессия. УАШ тактикаси.		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
4.	**Асоратланган ҳомиладорлик.** Бачадон чандиғи билан ҳомиладорларни олиб бориш.	Замонавий акушерликда кесарча кесиш. Жарроҳлик йўли билан туғруқни олиб боришнинг ҳавф омили. УАШ		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28

	“Инцидент усули”	тактикаси.				
5.	**Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши ва келиши.** Ташхислаш. Текшириш. **Чузилиб кетган бачадон**. Эрта ва кеч биринчи туғувчиларда ҳомиладорликни олиб бориш. **“Ечимлар дарахти” интерактив усули**	Текшириш. Туғруқдан кейинги реабилитация.**К**ўп ҳомилали, кўп сувлилик, эрта ва кеч биринчи туғувчиларда ҳомиладорликни олиб бориш. Госпитализация критериялари		**2**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
6.	**Муддатидан илгариги ва ўтган туғруқ.**УАШ тактикаси. Текшириш. **“Муаммони ҳал қилиш” усули**	Госпитализация ва амбулатор олиб бориш критериялари. Амбулатор шароитда даволаш принциплари.		**2**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
7.	**Хомила ичи усишининг оркада колиш.** Тугрукда хомила дистрессси. Кам вазнлик чакалок. Янги тугилган чакалокларнинг реанимация асослари **“Кластер” усули**	Стационар ва амбулатор даволаш критериялари. Ҳомила ҳолатини баҳолаш.Хомила холатига хавф солувчи холатлар. Улик хомилали хомиладорларини олиб бориш.	**2**	**2**	**2**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
8.	**Бошдаги оғриқ. Кўришнинг бузилиши. Тутқаноқлар. Хушдан кетиш. Юқори артериал босим** Ҳомиладорлик ва туғруқ даврида гипертензив бузилишлар. Туғруқдан кейинги реабилитация **“Инцидент” усули**	Сурункали гипертензия. ҳомиладорликдан индуцирланган гипертензия. ҳомиладорлик даврида гипертензив ҳолатлар ҳавфли симптомлар. Ташхислаш. Текшириш. Госпитализация критериялари**.** ҳомила ҳолатини баҳолаш.		**2**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
9.	**Хомиладорларда кунгил айнаш ва кусиш.**Хомиладорларда кунгил айнаш ва кусиш. Резус-иммунизация. АВО-конфликт. Ташхислаш. Текшириш. **“Кичик гуруҳларда ишлаш”**	Хомила ҳолатини баҳолаш. Госпитализация критериялари. Амбулатор шароитда даволаш. Шошилинч туғдиришга кўрсатмалар. Чакалоклар сариклиги. Фототерапия. Даволаш принциплари.	**2**	**2**	**2**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
10.	**ЭГК ва ҳомиладорлик.** Камқонлик,буйрак касалликлари ва хомиладорлик. **“Т-схема” усули**	Хомиладорларни диспансеризация килиш. Текшириш. Дифференциал диагностика ва УАШ тактикаси		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,11,16,28
11.	**Қандли диабет, жигар касалликлари ва**	Амбулатор шароитда даволаш. Туғруқдан кейинги даврда		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**:

	ҳомиладорлик. Ташхислаш. Диспансер кузатуви принциплари. Амбулатор ва стационар даволаш критериялари. **“SWOT” усули**	реабилитация. ҳомиладорликка карши кўрсатмалар.				1,3,11,16,28
12.	**Юрак-қон томир касалликлари ва ҳомиладорлик**. Амбулатор ва стационар даволаш критериялари. **“Ақлий ҳужум” усули**	Амбулатор шароитда даволаш. Туғруқдан кейинги даврда реабилитация. ҳомиладорликка қарши кўрсатмалар		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,11,16,28
13.	**Нафас олишнинг кийинлашиши**. УРВИ ва пневмония (золтижам). **“Дискуссия” усули**	Амбулатор ва стационар даволашнинг критерийлари.		**3**	**3**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,11,16,28
14.	**ОИВ (ОИТС)**.Кечиш босқичлари ва ОИВ инфекцияси лаборатор диагностик усуллари.ОИВнинг онадан болага ўтиш йўлларини профилактикаси. **“Айлана стол” усули**	ОИВ билан инфицирланган беморларни ва туққан аёлларни диспансеризация ва реабилитация принциплари. Қон орқали юқувчи инфекция билан зарарланишда профессионал ҳавф ва уни камайтириш усуллари.	**2**	**2**	**2**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,11,16,28
15.	**Туғруқдан кейинги юқори ҳарорат**.Инфекция профилактикаси. Инфекциянинг ўтиш йўллари. Чилла даврида юкори харорат. Туғруқдан кейинги септик инфекциялар. Кесарча кесишдан кейинги перитонит. ҳавф омиллари ва профилактика чоралари. Скрининг программаси. Стационардан кейинги реабилитация **“Яширилган хазина” усули**	Инфекция тарқалишларини тўхтатиш чоралари. Касалхона ичи инфекциялари турлари.. Хомиладорлик вактида, тугрукда ва чилла даврида инфекциялар: Сийдик йуллари инфекцияси, сузак, захм, хламидиоз, бактериал вагиноз, сил, генитал герпес, ЦМВ, кизилча, безгак, кандидоз, трихомониаз.		**2**	**4**	**А**: 1,2,4,5 **К**: 1,3,10,16,28
16.	**Репродуктив саломатлик.** Репродуктив саломатлик. Маслаҳатлаш. Репродуктив саломатликни сақлаш чоралари. Оилани режалаштиришда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти принциплари.	Контрацепция усуллари. Аҳолининг турли гуруҳларида контрацепция усуллари. Гормонал контрацепция. АОК ва СПК. Таъсир механизми, эффективлиги, тарқалганлиги, кўрсатма.		**3**	**3**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30

	“Ролли клиник ўйин” усули					
17.	**БИВ.** Бачадон ичи воситаси. Бачадон ичи воситаси буйича маслаҳатлаш. Жинсий йўллар орқали юқувчи инфекциялар ва контрацепциянинг барьер усули. Жинсий йўллар орқали юқувчи инфекциялар белгилари. Таъсир механизми, тури, барьер усули ва спермицидларнинг афзалликлари ва камчиликлари. **“SWOT” усули**	Асоратларда ёрдам кўрсатиш. Бачадон ичи воситасини қўйиш. Бачадон ичи воситасини олиш. Барьер усулини қўллаш техникаси.ИЖС. ОТР. ЛАУ. Қарши кўрсатма. Афзалликлари ва камчиликлари, ҳавфли ҳолатлар.		**3**	**3**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
18.	**Қиндан қон кетиш.**Абортлар. Ўз-ўзидан содир бўлган абортларда шошилинч ёрдам. **“Т-схема” усули**	Тиббий абортга кўрсатмалар. Медикаментоз ва артифициал абортлар.	**2**	**2**	**2**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
19.	**Ҳайз циклнинг бузилиши.** Бачадондан дисфункционал қон кетиши. **“Айлана стол” усули**	Ташҳислаш. Амбулатор шароитда олиб бориш тактикаси ва даволаш.		**2**	**4**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
20.	**Қориндаги оғриқ.**Бачадон миомаси. Эндометриоз. Гинекологик ва акушерлик операцияларидан кейинги аёлларни реабилитацияси. Тухумдон кистаси ва кистомаси. Ташхислаш. Олиб бориш тактикаси. **“Гуруҳли дискуссия” усули**	Ташхислаш. Консерватив амбулатор даволаш принциплари. Диспансеризация. Оператив даволашга кўрсатмалар. Операциядан кейинги реабилитация. Профилактика.	**2**	**2**	**2**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
21.	**Қиндаги ажралмалар**. Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари. ҳавф омили. Жинсий йўллар орқали юқувчи инфекцияларнинг – ташхислаш усуллари. Даволаш прициплари. **“Стол ўртасидаги ручка”**	Профилактика. Қиёсий ташхислаш. Даволаш усуллари: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир ва сурункали яллиғланиши. Стационар даволаш критериялари.		**2**	**4**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
22.	**Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар:** предменструал, климактерик ва посткастрацион синдромлар. Ташхислаш.	Енгил турларини даволаш. Госпитализация критериялари. Хавф омиллари. Профилактикаси.		**2**	**4**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30

	“Ечимлар дарахти” интерактив усули					
23.	**Сут бези яхши сифатли ўсмалари**. Сут бези яхши сифатли ўсмалари. Бачадон танаси ва бўйни фон ва раколди касалликлари. **“Дискуссия” усули**	Бачадон танаси ва бўйни раколди ва фон касалликларини ташхислаш, қиёсий ташхислаш. Диспансеризация. Амбулатор шароитда даволаш. Жаррохликдан кейинги реабилитация.		**3**	**3**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
24.	**Бепушт никох.**Текшириш усуллари. Амбулатор ва стационардаги текширувлар ва даволашкритериялари.. **“Балиқ скелети” усули**	Жарроҳликдан кейинги реабилитация.		**2**	**3**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
25.	**Шошилинч ҳолатда биринчи врачлик ёрдами.**Оғир преэклампсия. Эклампсия. Ташхислаш. **“Галерея бўйлаб тур”**	Шошилинч бирламчи баҳолаш. Биринчи врачлик ёрдами. ҳомиладорни ҳавфсиз ва ўз вақтида туғруқхонага юбориш	**2**	**2**	**2**	**А**: 1,2,4 **К**: 1,2,10,26
26.	**Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, тугрукда ва тугрукдан сунг қон кетиши**. Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан илгари кўчиши, йўлдошнинг олдинда келиши. Бачадон гипо- ва атонияси **“ВЕНН” диаграммаси**	Тугрук юмшок йулларнингйиртилиши. Бачадон ёрилиши. Йулдошнинг усиб кириши. ДВС-синдром. Ташхислаш. Шошилинч бирламчи баҳолаш. Биринчи врачлик ёрдами. ҳомиладорни туғруқхонага ўз вақтида ва ҳавфсиз юбориш.		**3**	**3**	
27.	**Гинекологияда ўткир қорин:**. Тухумдон апоплексияси. Тухумдон кистомаси оёғининг буралиб қолиши. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. **“Жуфтини топ” усули**	Ташхислаш. ҳомиладорни шошилинч бирламчи бахолаш. Шошилинч чоралар. Ҳомиладорни ўз вақтида ва хавфсиз стационарга юбориш		**3**	**3**	**А**: 3,4 **К**: 4,7,19,24,27, 30
			12	**66**	**79**	

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини

амалий масалалар ечиш орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали қуроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар

Фан бўйича курс иши намунавий ўқув режасида режалаштирилмаган

Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил таълимининг асосий мақсади – ўқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида муайян ўқув ишларини мустақил равишда бажариш учун билим ва кўникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил таълимини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзулар бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- Илмий мақола, анжуманга маъруза тайёрлаш ва ҳ.к.

6 курс даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабалари учун

Мустақил ишларнинг мавзулари

26.Усмирлар, хомиладорлар, чилла давридаги ва климактерик даврдаги аёллар шахсий гигиенаси	**6**
27.Аёллар ва эркаклар жинсий тарбияси	**6**
28.Оилани маслахатлаш. Медико-генетик маслахатлаш	**6**
29.Юрак ва кон-томир касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш..	**6**
30.Жигар касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
31.Буйрак касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
32.Нафас касалликлари булган аёлларнинг репродуктив	**6**

саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	
33.Кон касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
34.КД касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
35.Анамнезида гипертензив бузилишлар касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
36.Анамнезида резус имунизация касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
37. Упка касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
38. Бачадон чандиги булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
39.Анамнезида муддатдан олдин тугруг булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
40.Жинсий аъзолар носпецифик яллигланиш касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
41.Жинсий аъзолар специфик яллигланиш касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
42.Бачадон миомаси булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
43.ОИВ инфекцияси касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
44.Контрацепциянинг ахамияти. Гормонал контрацепцияни тайинлаш алгоритми	**5**
45.Ювенил, фертил ва менопауза ёшдаги ахолини профилактик курикдан утказиш	**5**
46.Интергенетик интервалга риоя килиш	**5**
47.Ишга лаёкатлилик	**5**
48.Репродуктив саломатликни саклаш усуллари	**5**
49.Бачадон буйни,танасива тухумдон ракини эрта аниклашнинг скрининг дастурлари	**5**
50.Бачадон буйни ракига карши вакцинация усуллари	**5**
26.БИВни куйиш ва олиш	**5**
27.Кин тозалик даражасини аниклаш учун суртма олиш	**5**
Жами:	**150 соат**

Дастурнинг информацион-методик таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий илғор интерфаол усулларидан, педагогик ва ахборот-коммуникация технологияларининг презентация

(тақдимот), мультимедиа ва электрон-дидактик технологиялардан фойдаланилади. Амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора қути, ўргимчак ини, кластер, муаммоли ўқитиш, лойихалаштириш, блиц-сўров, гуруҳ билан ишлаш, инсерт, тақдимот каби усул ва техникалардан кенг фойдаланилади.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

6. Gabbaova Y.Q., Aupova F.M. Akusherlik. 2013
7. Жаббарова Ю.К., Аюпова Ф.М. Акушерлик Т.,2008
8. Аюпова Ф.М., Жаббарова Ю.К. Гинекология. Тошкент, 2012.
9. Савельевой Г.М. Акушерство и гинекология. Под ред Москва. 2009.
10. Бодяжина В.И., Семенченко. М. Акушерство. 2004.

Қўшимча адабиётлар

39. СтрижаковаА.Н. Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии М.Медицина 2000 г.
40. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004. 236с.
41. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ. 2004.
42. Сметник В.Н., Тумилович В.П. Неоперативная гинекология. Медицинское Информ. Агентство. Москва. 2005. 440с.
43. Василевской М. Гинекология. под ред. 2007.
44. Савельевой Г.М.Гинекология. под ред. М.:ГЭОТАР-Медиа,2006. 480с.
45. Костючек Д.Ф. Практикум по неотложной помощи в гинекологии Под редакцией Санкт-Петербург, 2005
46. Клининческое руководство по ведению больных с кровотечениеми в родах и послеродовом периоде. Т. 2008.
47. Клининческое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т. 2008.
48. Клининческое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при берерменности. Т. 2008.
49. Шехтман М.М.Экстрагенитальная патология и беременность. Медицина. 2005г.
50. Решение проблем новорожденных руководство для врачей, медсестер и акушерок. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
51. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
52. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
53. Неонатология Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
54. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007
55. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических соспоставлений. Руководство для врачей. “ЭЛБИ” СПб 2002
56. Михайлова А.В. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с анг. Под редак. Изд. “Петронолис” СПб. 2003.
57. Williams et M.O., Wilkins A. Ginecology in Primary Gare ROGER P. SMITH, Waverly company 1996.
58. WILLAM OBSTETRICS. 1999. USA.
59. Pelvis and Perineum. Brathers Williams. University of Philadelphy. 2004.
60. Кулаков. Серов.Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. М. 2006.
61. Таранов А.Г.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии М. 2004.с13-14.
62. Адаши И., Хиллард П., Дж. Берек, Гинекология по Эмилю Новаку. М. 2002.

63. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М. 1998.
64. Мэррий Энкин., Китре М., Дж.Нейлсон. (пер. С англ, под редак. Михайлова А.В.) руководство по эффективной помощи при беременности и рождениии ребенка. СПб. 2003.
65. ТинджерЛ., Босметр Д., Макинтош Н. Профилактика инфекций. Руководство для медучреждений с ограниченными ресурсами. JHPIEGO. 2004.
66. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ.Европейское региональное бюро.
67. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье. UNFPA 2004.
68. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Издание второе. UNFPA 2004

31.“Modern views purulent–septic complication in obstetrics” Монография Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К. 2019 й. Германия.

32.«Гинекологияа хамширалик иши» электрон дарслик Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Ахмедов Ф.К., Тошева И.И., Исматова М.И. 2018й. Тошкент.

33.«Акушерлик ва гинекология» Укув кулланма. Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Аслонова М.Ж. 128бет «Бухоро нашриёти» -2019й.

34. “Гинекологияда кон кетишлар” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М. Тошкент. 2017й.

“Гинекологияда гормонал терапия” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. Тошкент. 2019й

Интернет сайтлари

5. www.tma.uz
6. www.medlincs.ru
7. www.medbook.ru
8. www.zyonet.uz

Ўқувматериаллари

Мавзу №1: Физиологик ҳомиладорликни олиб бориш. Антенатал парвариш асослари. Соглом аёлларда хомиладорликни олиб бориш.
Текшириш усуллари

1. **Ўқув машғулоти ўқитиш технологияси модели**

Машғулот давомийлиги-	Ўқувчилар сони: 8-10киши

240 мин.	
Ўқув машғулоти тури	Поликлиникада амалий машғулот ва кейс технология асосида семинар
Машғулот ўтказиш жойи	ОПда УАШ кабинети, аудитория, лаборатория, УТТ кабинети
Машғулот тизими	1. Кириш 2. Амалий қисм - беморлар курацияси - амалий кўникмалар алгоритми -амалий қисм мухокамаси 3.Назарий қисм – кейс ечиш - назарий қисм муҳокамаси 4. Баҳолашни амалга ошириш - узини ва ўзаро баҳолаш - ўқитувчининг баҳоси 5.Ўқитувчининг ҳулосаси. Билимларни баҳолаш. Кейинги машғулот (ротация буйича қаранг) мавзуси бўйича саволлар билан танишиш.

Машғулотнинг мақсади: УАШ талабаларини соғлом аёлларда мустақил антенатал парвариш (АНП) қилиш, диспансер хисобига олиш, бўлажак ота оналарни маслахатлаш ва ўқитиш ҳамда ҳомиладорликнинг меёрий кечишининг бузилишини аниқловчи скрининг текширувларни ўтказишга ўргатиш.

Ўқитувчининг вазифалари: - Мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш ва чуқурлаштириш; - Тизимлаш тириш, таққослаш, умумлаштириш, маълумотларни тахлил қилиш бўйича кўникмаларни ривожлантириш; - Команда бўлиб ишлаш, киришимлилик кўникмаларини ривожлантириш.	Ўқув фаолиятининг натижаси: Талаба билиши лозим: 1. ҳомиладор организмида содир бўладиган физиологик ўзгаришларни; 2. антенатал парваришлар тамоилларини;(АНП) 3. репродуктив саломатлик асослари ва оилани режалаштириш тамоилларини; УАШ бажариши лозим: 1. ҳомиладорликни аниқлаш; 2. антенатал парвариш ўтказиш; 3. хатар гуруҳига кирувчи хомиладорни аниқлаш; 4. лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда ҳомиладорларни клиник текшириш; 5. лаборатор ва инструментал текшириш усуллари натижаларини тахлил қилиш 6. Тугруқ олди тайёргарлиги учун ҳомиладорларни госпитализация қилиш критерияларини аниқлаш; 7. амбулатор-поликлиника ва уй шароитида ҳомиладорларни кузатиш 8. ҳомиладорлар картасини тўлдириш.

Ўқитиш усулларива техникаси	Амалий вазифа усули, маълум қилиб ўқитиш, кейс-технология техникаси, талабалар презентацияси, тест саволларини ечиш.
Ўқитиш воситалари	Методик тавсияномалар, флип-карталар, доска, маркерлар, скотч.
Ўқитиш шакллари	Ҳомиладорлар билан индивидуал ишлаш, муляжлар билан ишлаш, гуруҳларда жамоавий ишлаш, презентациялар

Ўқитиш шарт-шароитлари	ҚВПда УАШ кабинети, гурухий ишлаш учун шароити бўлган аудитория, муляжлар и асбоблар - стетоскоп, сантиметр лентаси, кузгу, қўлқоплар, кушетка, амалий кўникмаларни бажариш бўйича стандарт қадамлар.
Қайтар алоқа усуллари ва воситалари, мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки назорат: саволлар, вазифаларни гурухчаларда бажариш; Ёзма назорат: тест саволларини ечиш.

Ўқув машгулотнинг технологик харитаси

1.

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти (мин)
1	Укитувчининг кириш сузи	Кун тартибини эълон килиш	10
2	Бахс-мунозара методи билан уйга берилган вазифани мухокама килиш, видеофильмни куриш. «Балиқ скелети» интерактив усули.	Суров, тушунтириш, видеофильмни куриш. «Кукрак сути ва сунъий йул билан озиклантиришни фарки нима?» - саволга жавоб бериш.	40
3	Беморларни кабул килиш, кундузги стационарда курацияси.	Беморларни куриш. Чакалокларга она кукрагини бериш техникаси/коидалари билан кадам-ю-кадам машгулот утказиш	50
4	Амалий куникмаларни такомиллаштириш. Мустакил амалиёт.	Туккан аеллар ва чакалоклар билан амалиётни утказиш ва Муляжларда куникмаларни ишлатиш, лаборатор ва инструментал текширув натижаларини тахлил килиш , Илова №1	40
5	Курик ва лаборатор-инструмнтал натижаларни тахлил килиш. Таккослама ташхис, даволаш ва реабилитация режасини тузиш. Кичик гурухларда ишлаш – вазиятли масалаларни ечиш	Тугрук тарихи, дискуссия. Кичик гурухларда ишлаш Илова №2	50
7	Мавзунинг назарий ва амалий кисмларни укитувчи билан мухокама килиш. Мавзуни мухокама килиш. Куйилган максад ва вазифалар буйича гурух олинган билимларга бахо бериш.	Дискуссия, суров, Амалий куникмаларни текшириш Илова №3	40
8	Укитувчининг мавзу буйича якуни. Хар	Маълумот, мустакил	10

	бир талабанинг билимларини бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.	тайерланиш учун саволлар. Илова №4	
			240

2.Мотивация

Соғлом ҳомиладор аёл хомиладорлигини рационал бошкаришда маъсулиятни хис килишни ургатиш, талабаларда одамийликни шакллантириш, уларда аёлларга нисбатдан мулойим мусобатда булишни ургатиш. Хар бир талабада мустакил ишлашни ривожлантириш, хомиладорликни бошкаришда тугри фикрлашни ургатиб она ва перинатал асоратларни хамда улимни сонини пасайтиришга эришиш.

4. Фанлараро ва фан ичимдаги боғлиқликлар

Мазкур мавзуни ўрганиш учун анатомия, физиология, гистология, 4-курсда олинган акушерликдан дастлабки билим, фармакология ва клиник фармакология бўйича билим бўлиши зарур.

4. Машғулот мазмуни

4.1 Назарий қисм

Антенатал парвариш

Охирги йилларда туғруққача ва туғруқ вақтидаги парваришга муносабат анча ўзгарди. БЖССТ томонидан дунёда соғликни сақлашнинг ҳолати ҳақидаги докладда шакллантирилган (2005 й.) минг йиллик ривожланишининг 8 асосий мақсади мавжуд.

1 мақсад: оғир қашшоқлик ва очликни енгиб ўтиш
2 мақсад: глобал бошланғич таълимни эгаллаш
3 мақсад: аёлларнинг гендер тенглиги ва делегирланган ваколатига шароит яратиш
4 мақсад: болалар ўлими фоизини камайтириш
5 мақсад: оналар саломатлигини яхшилаш
6 мақсад: ИИВ/ОИТС, безгак, сил тарқалишига қарши курашиш
7 мақсад: атроф – муҳит барқарорлигини таъминлаш
8 мақсад: умумжамият ривожланиши учун глобал ҳамкорликни ривожлантириш

Шулардан 3 мақсад перинатал парваришга тўғридан тўғри боғлиқлигига қарамай, бошқаларининг ҳам соғлиқни сақлаш тизимига алоқаси бор.

Оналик – бу кўпчилик аёлларга позитив холат, яъни кўпчилик аёллар ва уларнинг оилалари хомиладорлик, туғруқ ва оналикни бахт, ғурурликни хис этишади. Бироқ хозирги кунда кўп оналар хомиладорлик, туғруқ, шунингдек касаллик ва мехнатга лаёқатсизликдан жабр чекадилар.

БЖССТнинг “21 – асрда саломатлик” даги стратегияларидан бири соғлом ҳаёт бошланишини таъминлаш. БЖССТнинг «Бехатар оналик» инициативаси ишлаб чикарилди, мақсадни янада шакиллантириш учун 2004 й. «Оналикни янада бехатар» дастури ишлаб чиқилди. Асосий принциплар ва перинатал технология дастурлари Европа регионидан БЖССТ бир гурух экспертлари Венецияда 1998 й. ва Веронада 2003 йилда ишлаб чиқарилди. Бу принциплар кенг қўллаб қувватланди ва барча регион мамлакатларига тарқалиб реаклизация қилинди. БЖССТ Европа ва Америка бюроси билан биргаликда Форталезе, Бразилия (апрель 1985 й.) конференция ташкил қилдилар, ва унда 60 экспертдан ошиқ (акушерлар, педиатрлар, соғлиқни сақлаш етакчи мутахассислари, экономистлар, психологлар ва социологлар) қатнашдилар. Соғлиқни

сақлашнинг энг яхши модели уч қоидага асосланди:бехатар,далилларга асосланган тиббиёт (доказательная медицина)ва бемор талаблари.

Ҳомиладорликдаги анатомо-физиологик ўзгаришлар ҳақида маълумот ва режали кўрикларни асослаш.

· **Ҳомиладор аёлнинг физиологик мослашуви**

Аёл организмидаги физиологик ўзгаришлар ривожланаётган ҳомилани етарли озиқ моддалари билан таъминлаш, унинг нормал ўсиши учун шароит яратиш ҳамда аёлни туғруққа ва кейинги чақалоқни парваришлашга тайёрлашга қаратилган.

Гормонал ўзгаришлар.· Прогестерон уруғланишдан сўнг 35 кун давомида сариқ танада синтезланади, сўнг бу ролни плацента ўзига олади. Бу гормон силлиқ мушаклар қўзғалувчанлигини сусайтиради (ичак, сийдик йўллари, бачадон) ва тана ҳароратини оширади. · Эстрогенлар, асосан эстрадиол (90%), сут безлари ва сўрғичларнинг катталашиши, ореолаларнинг пигментациясига олиб келади. Ҳомиладорлик ривожланиши билан гормонлар бачадон силлиқ мушакларининг ҳар бир алоҳида толаси потенциали тезлигини кўпайтириш йўли билан окситоцинга сезгирлигини оширади. Эстрогенлар сувнинг тутилиб қолиши ва оқсил синтезини оширади. · Одам соматотропини, яъни хорион гормони ёки одам плацентар лактогени (hPL), лактация жараёнини стимуллайди ва баъзи бир хусусиятларга эга. Хусусан у ўсишни стимуллаб, инсулин секрециясини оширади, аммо инсулиннинг периферик таъсирини блоклайди, она организмида ёғли кислоталар ажралишини таъминлайди (ҳоимладор глюкозаси заҳирасини асрайди). Бунинг тҳаммаси глюкозанинг ҳомилага транспортини осонлаштиради. Гормон шунингдек, сут безлари ўсишини ва казеин, лактальбумин ва лактоглобулин ишлаб чиқишини стимуллайди.

· 70% ҳомиладорларда қалқонсимон без катталашиши кузатилади ва коллоидлар ишлаб чиқарилиши ортиши ҳисобига катталашади. Йоднинг сийдик билан ажралиши ортиши ҳисобига қон плазмасида йоднинг нисбий етишмовчилиги келиб чиқади. Қалқонсимон без компенсатор реакция сифатида қондаги йодни ушлаб қолади ва бу без ҳужайраларининг гипертрофиясига олиб келади ҳомиладорликнинг 1 триместри охирига келиб, тироид-боғловчи глобулин миқдори уч баробар ортади. Бунинг натижасида умумий трийодтиронин T_3 ва тироксин T_4 нинг миқдори ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ортади, сўнг эса камаяди ва ҳомиладор бўлмаган аёллардагидек миқдорда қолади. ТТГ миқдори ҳам ҳомиладорликнинг бошланишида камайиб, сўнг нормал кўрсаткичга қайтади. T_3, ҳам T_4 ҳам плацентар барьердан ўта олмайди, шу сабабли оана ва ҳомила қалқонсимон безлари фаолияти ўртасида боғлиқлик йўқ. Аммо йод ва анти-тиреоид воситалар плацентадан ўтади.

· Нормал кечётган ҳомиладорликда асосан олдинги бўлаги ҳисобига гипофиз ҳам катталашади. Эстрогенларнинг гипофиз ҳужайралари – лактотрофларга стимулловчи таъсири натижасида пролактин миқдори секин аста ортиб боради. Гонадотропин секрецияси сусаяди, бироқ плазма АКТГси ортади. Она қонида кортизон миқдори ортади, аммо эркин кортизон миқдори ўзгармайди. Асосан туғруқнинг учинчи даври ва кўкрак билан эмизиш даврида гипофизнинг орқа бўлагида окситоцин ишлаб чиқарилади.

Гемодинамик ўзгаришлар. Биринчи ҳомиладорларда ўртача вазн ортиши 12,5 кг, кўп туғувчиларада эса 0,9 кг камроқни ташкил этади. 10 ҳафталикдан бошлаб 32 ҳафтагача плазма миқдори ортиб боради ва 3,8 литрга етади (ҳомиладорликкача бўлган ҳажмдан 50%га ортади). Тез ва ортиқча вазн ортиши организмда патологик суюқлик йиғилишини кўрсатади. Ҳомиладорликнинг сўнги 2 ҳафтасида вазн ортиши секинлашада ёки бирпоз камаяди. · Эритроцитлар ҳажми ҳомиладорлик охирига келиб 1,4 литрдан 1,64 литргача ортади (18%га ортади). Баъзи муаллифлар маълумотига кўра ҳомиладор аёлга темир ва фоли кислотаси бериб турилганда 30%гача ортиши мумкин. Плазма ва эритроцитлар ҳажми ортиши бир хил тезликда бўлмаса, гемоглобин, гематокрит концентрацияси ва эритроцитлар миқдорининг камайишига олиб келади. Бу ҳолат айниқса иккинчи триместрда кучли кузатилади ва «физиологик камқонлик» деб

номланади. · Нейтрофил полиморф ядроли лейкоцитлар бўлаги ортиши ҳисобига ҳомиладорлик даврида умумий лейкоцитлар миқдори ортади ва 32 ҳафтада максимал миқдорга етади. Сўнг туғруқ вақтида массив нейтрофилия кузатилади Эозинофиллар, базофиллар ва моноцитлар миқдори ҳомиладорлик даврида нисбатан доимий бўлиб қолади, аммо туғруқнинг биринчи даврида эозинофиллар миқдори камайиб, иккинчи даврида тўлиқ йўқолади. В ва Т Лимфоцит ҳужайралар миқдори доимий бўлса ҳам, уларнинг фаолияти ва иммунитетнинг ҳужайра бўғини она организми плазмасидаги номаълум омил ҳисобига сусаяди. Бу ҳомиладор аёлнинг вирусли инфекцияларга мойиллиги билан тушунтирилади.

· Шунингдек ҳомиладорларда тромбоцитлар миқдори, эритроцитлар чўкиш тезлиги тортиши (4 мартагача), холестерол ва фибриноген миқдори ортиши кузатилади.

· Плазма ҳажми ортиши ва суюлиш эффекти ҳосил бўлиш ҳисобига альбумин ва гамма-глобулин миқдори камаяди.

Юрак қон томир тизими. Ҳомиладорлик даврида бу тизимда жиддий ўзгаришлар бўлиб, улардан кўпчилиги биринчи 12 ҳафтада юз беради. · Юракнинг урилиш ҳажми (10%) ва юрак қисқариш сони (тахминан 15 зарба/мин) ортиши ҳисобига юракдан қон чиқиши 5 дан 6,5 л/минутгача кўпаяди. Туғруқ вақтида кенгайган ворсиналараро бўшлиқдан қон келиши кўпайиши ҳисобига юракдан қон чиқиши 2 л/минга ортиши мумкин. Ҳаттоки сунъий ритм бошқарувчиси қўйилган бўлса ҳам урилиш ҳажми ортиши ҳисобига компенсация бўлиб, ҳомиладорлик нормал кечади. · Гормонал ўзгаришлар натижасида асосан диастолик периферик қон томир қаршилиги сусаяди. Биринчи ва иккинчи триместр давомида 10-20 мм.рт.ст.га тушиб, кейин секинлик билан кўтарилиб, туғруқ вақтида ҳомиладор бўлмаган аёллардагидек даражада бўлади. Периферик қон томир қаршилиги ҳомиладорликкача бўлагн миқдордан 50% пасайиши простагландинлар ва прогестерон таъсирида бўлиши мумкин. Периферик қон томир қаршилигига жавоб берадиган қон томир кенгайтирувчи ва торайтирувчи омиллар баланси ҳомиладорлик давридаги АҚБ регуляцияси ва ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия ривожланишининг асоси бўлиб ҳисобланади. Вазодилатация ва гипотензия бир вақтда ҳомиладорликда артериал босимни бошқарувчи ренин – ангиотензиннинг ажралишини фаоллаштиради. · Аёл чалқанча ётганда кузатиладиган гипотензия пастки ковак вена босилиши, веноз қайтиш ва юракдан қон чиқиши камайиши ҳисобига юз беради. Аорта босилиши елка ва сон артерияларида фарқнинг сезиларли бўлишига, чалқанча ётганда эса 10-15% бўлишига олиб келади. Гипотензия синдроми кам ҳолларда ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача кузатилади. · Бачадон ҳажмининг катталашиб бориши юрак ва диафрагманинг юқорига сурилишига олиб келади. · Юрак ҳажми диастолик тўлишиш ва мушакларнинг концентрик гипертрофияси натижасида ҳомиладорлик даврида 70-80 мл.га ортади.

Сийдик ажратиш тизими. Сийдик ажралишининг тезлашиши ҳомиладорликнинг кўпинча биринчи ва учинчи триместрида кузатилади. Эрта муддатларда бачадон сийдик қопини босиб қўйиб, тулишишини чегаралайди ва бу тез тез сийишга сабаб бўлади. Учинчи триместрда ҳомиланинг олдинда келувчи қисми сийдик қопини босиб қўйиш ҳисобига симптоматика яна кузатилади. Буйраклар ҳажми ҳомиладорлик давомида 1 смга катталашади. Жом косачалар тизимида ва сийдик йўлларида сезилрали кенгайиш кузатилади.Бу ҳолат биринчи триместрда кузатилади. Спорадик ҳолатда сийдик қопи ва сийдик йўллари рефлюкси юзага келади. Бу ҳолат кўп миқдорда сийдик йиғилиши ва сийдик чиқарув йўллари инфекцияси ривожланишининг кучайишига сабаб бўлади. · Сийдик қопи мушаклари бўшашади, аммо сийдик ажралгандан сўнг қолдиқ сийдик қолмайди. · Буйракдаги қон айланиш биринчи триместрда 30-50%га ортади ва бутун ҳомиладорлик давомида сақланади. Самарали плазма оқими ва коптокчалар фильтрацияси тезлиги ошади. Креатинин ва мочевина кўрсаткичлари ўзгармайди, шу сабабли ҳомиладорлик ривожланиш давомида уларнинг плазмадаги миқдори камаяди. Сийдик кислотаси клиренси 12 дан 20 ммоль/млгача ортади, сўнг плазмадаги миқдори камайиб боради. Ҳомиладорлик давомида сийдик кислотасининг фильтрацион юкламаси ортади,

бир вақтда эса унинг экскрецияси ўзгармайди, плазмадаги сийдик кислотаси миқдори ҳомиладорликкача даврдагидек бўлади.
· Коптокча фильтрацияси тезлигининг ортиши вариабел гликозурия ва сийиш тезлашишида муҳим рол ўйнайди.

Респиратор тизимдаги ўзгаришлар. Ҳомиладорлик даврида диафрагма юқорига кўтарилиб, интеркостал бурчаги эрта муддатларда 68°дан етилган муддатда 103°гача ортади. Нафас олиш кўпроқ диафрагмал бўлади. · Нафас ҳажми 500 дан 700 млга (40%) ортади; чуқур нафас – прогестерон гормонининг таъсиридир. Нафас олиш ҳажми (нафас ҳажми плюс нафас олиш резерв ҳажми) ҳомиладорлик охирида ортади. · Нафас олиш сони бироз ўзгаради. Ҳомиладорлар ҳансираши – кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, онадаги pCO_2(карбонат гази парциал босими) ҳомила CO_2 ажрата олиши учун паст даражада бўлиши лозим. · Катта муддатларда ўсаётган бачадон диафрагма экскурсиясига механик тўсқинлик қилиб, ўпканинг резидуал ҳажми ва функционал қолдиқ ҳажмнинг қисқариши ҳомиладорларда ҳансирашни юзага келтиради.

Овқат ҳазм қилиш тизимидаги ўзгаришлар. Кўнгил айниши - 70-85% ҳомиладорликда кузатиладиган универсал симптом ҳисобланади.
1. ҳомиладорларнинг ярмида қусиш кузатилса, 25%да фақат кўнгил айниши кузатилади.
2. бу белгилар эрта 9 ҳафтагача муддатда бошланиб, 13-16 ҳафтагача давом этади. Кам ҳолларда кўнгил айниши қусиш билан ёки алоҳида бутун ҳомиладорлик давомида давом этиши мумкин. Бу ҳолат кўпроқ ёш биринчи туғувчиларда кузатилади. Кўнгил айниши ва қусиш одатда ўз ўзидан ўтиб кетади, кам ҳолларда узоқ вақт давом этиб, озиқланишнинг бузилишига ва оғир ҳолатларга олиб келиши мумкин. Тўхтовсиз қусиш барча ҳомиладорликларнинг 0,5–2% ни ташкил этиб, сабабсиз қусиш, ацетонурия ва озиб кетиш билан кузатилади. Баъзан электролит баланси бузилиши, қалқонсимон без патологияси ва жигар фаолиятининг бузилиши ҳолатлари хам кузатилиши мумкин.
Ҳомиладорларда рефлюкс-эзофагит (жиғилдон қайнаши) қизилўнгач сфинктери тонусининг сусайиши ҳисобига юзага келади. Қоринда босим ортиши ҳисобига эзофагеал сфинктернинг диафрагма томон сурилиши ҳам қўшимча омил бўлиши мумкин.
· Меъда перистальтикаси ва секрецияси сусайиб, аъзонанинг тўлиқ бўшаша олмаслигига сабаб бўлади. Шунингдек, ичаклар перистальтикаси секинлашиб, қабзиятга сабаб бўлиши мумкин.

Теридаги ўзгаришлар. Ҳомиладорлик даврида қорин оқ чизиғи, сўрғичлар, ареолалари пигментацияси ортиши, баъзан хлоазма (юздаги жигар ранг доғлар) пайдо бўлиши кузатилади. · Кўпинча ҳомиладорларда пальмар эритема, юлдузсимон гемангиома ва стриялар пайдо бўлиши мумкин. Бу ўзгаришлар ҳамма ҳомиладорларда ҳар хил бўлиши мумкин. Субкутикуляр соҳадаги коллаген толаларнинг ёрилиши натижаси болиб ҳисобланади. Эҳтимол, бу ўзгаришлар буйракусти бези пустлоғида гормонлар продукцияси ва тери чўзилиши билан боғлиқдир.

Бачадондаги ўзгаришлар. Ҳомиладор бўлмаган бачадон вазни 100 гр атрофида бўлади. Ҳомиладорлик давомида аъзо 10 бароабр катталашиб, оғирлиги 1 кг.га етади. Мушаклар гипертрофияси 20 ҳафтада якунланади, сўнг мушак толаларининг чўзилиши кузатилади. · Функционал ва морфологик жиҳатдан бачадон уч қисмга бўлинади: бўйни, бўйинчаси (18 ҳафтадан бошлаб қуйи сегмент бўлиб шаклланади) ва танаси. · Катта муддатларда коллаген миқдори камайиши бачадон бўғзи силлиқлашиши ва очилиши имконини беради. Бачадон бўйни безлари гипертрофияси кўп миқдорда шиллиқ ишлаб чиқарилиши ва инфекциядан ҳимоялаш вазифасини ўтайдиган қуюқ шиллиқли тиқин (operculum), ҳосил бўлишига олиб келади. · Цервикал эктопия ва эпителий десквамацияси натижасида қин ажралмалари миқдори ортади. · Бачадон танаси ўлчамлари, шакли, консиситенцияси ортади. Бачадон бўшлиғи ҳажми 4 дан 4000 млгача ортади. · Бачадоннинг қон билан таъминланиши 10 ҳафталикда 50 мл/минутдан етилган муддатда 500-700 мл/мин.гача кучаяди. Бачадонни қон билан таъминлайдиган бачадон ва тухумдон артериялари ҳамда сийдик қопи артерияси юқори шохи сезиларли кенгаяди.

Қиндаги ўзгаришлар. Ҳомиладорлик даврида бириктирувчи тўқиманинг веноз тўри қин деворининг қон билан тўйинтириб, шиллиқ қаватига кўкимтир ранг беради. · Кўп миқдордаги эстроген гликогеннинг синтези ва депосини стимуллайди, бактерияларнинг гликогенга таъсири сут кислотаси ишлабчиқишини стимуллайди, бу ўз навбатида қин рНни камайтириб, бошқа микрофлоралар киришига тўсқинлик қилади.

Сут безларидаги ўзгаришлар. Прогестерон ва эстроген ҳисобига сут безларининг қон билан таъминланиши ва ўсиши кучаяди. АКТГ ҳисобига ареолалар пигментацияси юзага келади. 16 ҳафтадан бошлаб секретор функцияси ишга тушиб, сутсимон ажралма ажралиши мумкин.

Суяк тизими. Прогестерон таъсирида боғлов аппарати юмшайди, бу белдаги оғриқлар билан кузатилади, боғламларнинг функционал чўзилиши туғруқда ёрдам беради. Белдаги оғриқларга бел лордози ортиши ҳисобига қомат ўзгариши, боғлов аппарати чўзилиши ва тўқималарда сув йиғилиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Оғриқлар асосан учинчи триместрда кечаси кузатилиб, уйқу бузилишига сабаб бўлади.

УзР ССВ 137 “Ўзбекистон Республикасида ҳомиладорларга амбулатор шароитда ёрдам кўрсатиш самарасини оширишга замонаий технологияларни киритиш ҳақидаги” фармонига асосан, ҳар бир камида 6та режали туғруққача ташрифни амалга ошириши лозим (12 ҳафтагача, 16 ҳафтада, 28, 34, 36, 38 ҳафталик муддатларда) ёки кўпинча маслаҳат ва текширувга эҳтиёж бўлганда.

Антенатал парвариш буйича дастурлар оналар ва перинатал улимни, шунингдек перинатал касалланиш курсаткичини пасайтириш усулларини топиш учун ишлаб чикарилган.

Тугруккача парваришдан максад – аёлга саломатлигини саклашга ва шу билан тугилажак фарзандининг хам соглом булишига ёрдамлашишдан иборат. Тугруккача парвариш хомиладор аёлга, унинг партнери ёки оиласига хусусан ота-оналик вазифасини узлаштиришда ёрдам ва куллаб кувватлашни уз ичига олади. Бу тиббиёт ходимлари нафакат парваришни эмас, балки аёлни, парнери ёки оила аъзоларига ахборот беради ва ургатади деганидир.

Тугруккача булган парвариш доирасида хизмат килаётган тиббиёт ходимларининг роли куйидагилардан иборат:

- хомиладорлик, тугрук, кукрак билан бокиш, ота-оналик вазифасига аёлнинг рухий адаптациясини куллаб кувватлаш
- хомиладорлик кечишини аёл ва хомила саломатлигини таъмин этиш максадида кузатиш
- барча аёлларни текшириш хамда содир булиши мумкин булган асоратларни аниклаш
- аёлларга уларнинг соглиги хакидаги мухимахборотларни бериш: соглик учун фойдали таомлар, чекишни ташлаш, ОИВ профилактикаси, оилани режалаштириш, зуравонликка бархам бериш.

Дастлаб аёлларни хомиладорлик вактида юзага келадиган нисбатан хавфли симптомлар, асоратлар билан таништириш. Тугруккача машгулотлар аёл ва унинг оиласига хомиладорлик ва тугрук хакида маълумот беради.

УзРда ҳар бир хомиладор аёл камида 7та режали туғруққача ташрифни амалга ошириши лозим (12 ҳафтагача, 16 ҳафтада, 28, 30, 34, 36, 38 ҳафталик муддатларда) ёки кўпрок маслаҳат ва текширувга эҳтиёж бўлса.

Нерв найи нуксонининг олдини олиш максадида фоли кислота буюрилиши, кандли диабет билан огриган аёлларни хомиладорликка кадар текшириш уз вактида булиши керак. Бундан ташкари, соглом хаёт тарзи тугрисида тавсиялар бериш мумкин.

Режали кўриклар муолажаларини асослаш:

АҚБни ўлчаш:Гипертензия белгиларини аниқлаш мақсадида ҚВП/ОПга ҳар бир ташрифда АҚБни ўлчаш керак. Юқори АҚБ баъзи ҳолатларда преэклампсия ривожланишидан дарак бериши мумкин. Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача диастолик

артериал босим 90 мм рт. ст. дан юқори ёки бошланғич босимга нисбатан 10 мм. рт. ст. Пасайганда касалхонада даволаниш буюрилади.

ТВИни аниқлаш: Овқатланиш билан муаммо бўлган ҳомиладорларда тана вазнини ўлчаш – ТВИ 18,5 кам бўлганда тана вазни дефицити ва 29 дан ортиқ бўлганда семизликни билдиради. Ҳомиладорлик даврида тана вазни ортиши 7 дан 18 кг.гачани ташкил этади.

Сийдик таҳлили:Симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун аёлнинг тиббий муассасага ҳар бир ташрифида бажарилиши лозим. Агар бактериялар миқдори 1 млда 100000 колониядан ортиқ бўлса, антибиотикотерапия бошланади. ҚВП/ОПга кейинги ташрифларда протеинурияга сийдик таҳлили бажарилади. Скрининг текшириш учун сийдикнинг ҳар қандай қисми тўғри келади, аммо сийдикдаги оқсил миқдорини аниқлаш учун 24 соат давомида йиғилган сийдикдаги оқсилни аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади. (суткалик сийдик таҳлили).

Бачадон туби баландлигини ўлчаш:ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида бачадон ўлчамларини ва гестацион муддатни баҳолаш имконини беради. Бундай текширишлар кетма кетлиги ҳомила ўсиши ва ривожланишини мониторинг қилишга ёрдам беради. Бир қатор текширишлар натижалари бачадон туби баландлигини ўлчаш ҳомила туғилишда кам вазн билан туғилишини олдинда айтиб беришда сезгирлик ва спецификлиги юқори эканлигини кўрсатди. Бу тест шунингдек ҳомила ривожланиши ва ривожланишдан орқада қолишини кузатиш имконини беради. (*Antenatal Care Basics, WHO*). Олинган натижаларни антенатал ривожланиш графигини тузиш ва солиштириш (гравидограмма билан).

Ташқи акушерлик текшируви (Леопольд Левицкий усули):28 ҳафтадан бошлаб ҳар бир ташрифда ҳомиланинг жойлашиши аниқланади, бироқ 36 ҳафтагача бу диагностик аҳамиятга эга эмас.

Ҳомила юрак уришини эшитиш бўлажак ота ва оналар учун ташрифдаги энг кутилган лаҳзалар ҳисобланади. Ҳомила юрак уришини эшитиш ҳомила тириклигидан дарак беради, аммо унинг аҳволини баҳолаш қийинроқ, ҳаттоки қўл Доплери билан ҳам децелерацияларни аниқлаш қийин.

Оёқларни кўриш: ҳар бир ташрифда веналарнингварикоз кенгайишларни аниқлаш учун оёқ ва кафтларини тешириш лозим. Оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланадиган ёки узоқ вақт оёқда тик турадиган аёлларга оёқлар учун машқлар тавсия қилинади. Шишилар 50-80% ҳомиладорларда кузатилади, уларни патологик ҳолат индикатори деб ҳисобланмайди (юз ёки белдаги массив ёки тез ривожланувчи шишлардан ташқари).

Қон таҳлили (қон гуруҳи ва гемоглобин миқдори): агар қон гуруҳи номаълум бўлса, ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қон таҳлили ўтказилади. Гемоглобин миқдорини ҳар бир режали ташрифда аниқлаш мумкин. Физиологик ҳомиладорликда умумий қон таҳлили кўрсаткичлари нормал бўлади ёки учинчи триместрда физиологик гидремия ҳисобига эритроцитлар миқдори камайиши мумкин. Камқонлик даражаси юқори бўлган ҳудудларда ЖССТ ҳомиладорликнинг биринчи триместрида 60 мг темир билан 1 мг фолий кислотасини ҳар куни 90 кун давомида тайинлашни тавсия қилади. Агар гемоглобин миқдори 110 г/лдан кам бўлса, ҳомиладорни олиб бориш режасига темир дори воситаларни киритишни давом эттириш масаласини кўриб чиқиш лозим.

Агар оғир анемия аниқланса (Hb 70 г/лдан кам) ҳомиладорни гематолог мутахассисга маслаҳатга юбориш шарт

Резус омилни аниқлаш: резус омилни ва антителолар мавжудлигини аниқлаб, сенсибилланмаган ҳомиладорларга 28 ҳафтада ва туғруқдан сўнг биринчи 72 соатда анти-D-гаммаглобулин юборишга тайёрлаш лозим. Резус манфий фон гуруҳи аниқланса, аёлни антирезус антителоларни аниқлашга юборилади.

Режали УТТ: УТТ эрта муддатларда ҳомиладорлик бачадонда/бачадондан ташқарида эканлигини, гестация муддатини, кўпҳомилаликни, ҳомила ривожланиш

нуқсонларини, плакентанинг ҳолати, унинг етилганлиги, жойлашиши, қоғаноқ сувларининг ҳолати ва миқдорини, ҳамда ҳомиланинг динамикада ривожланишини аниқлаш имконини беради. Бундан ташқари УТТ ҳомиланинг биофизик профилини (БФП) аниқлаб беради.

Ҳомиланинг тизимли нуқсонлари (ривожланиш нуқсонлари)ни аниқлашга йўналтирилган скрининг тестлар

Ҳомиланинг тизимли нуқсонлари (ривожланиш нуқсонлари)ни аниқлашга йўналтирилган скрининг тестлар тиббий-генетик маслаҳатлаш, ультратовушли сканирлаш, она қони зардобини таҳлили, хромосомалар йиҳиндисининг таҳлили (хорион биопсияси, цитогенетик усул)ни ўз ичига олади.

Бу тестларни ўтказишдан мақсад қуйидагиларни аниқлаш:

- ҳаётга лаёқатсиз руқсонлар
- оғир соматик ва руҳий патологиялар, бир умрлик ногиронлик ва меҳнатга лаёқатсизликни келтириб чиқарадиган нуқсонлар
- она қонида даволаса бўладиган ҳомиланинг ҳолатлари
- туғилгандан сўнг тиббий аралашувларни ёки қўшимча текширишларни талаб қиладиган ҳолатлар

Ҳомила патологияларини аниқлаш тадбирлари ҳомиладорлик, туғруқ даврида бажариладиган ҳаракатларнинг оптимал режасини ишлаб чиқиш ҳамда мижозларга репродуктив танлов эркинлигини бериш мақсадига йўналтирилган бўлиши лозим.

Бажарилган тестлар натижалари мижозларга қулай шаклда тушунтирилиши лозим. Врач томонидан бажарилган ёзмалар бажариладиган тестларнинг мақсадлари ва усулларини тушунтириб бериши керак (масалан, ультратовушли сканирлашда текшириш нима учун ва қандай бажарилиши). Бундан ташқари ижобий ёки салбий натижа олинганда кейинги тадбирлар ҳам кўрсатилиши лозим.

Тиббий генетик маслаҳатлашнинг асосий вазифаси туғма нуқсонлар ривожланиши хавф даражасини баҳолаш бўлиб ҳисобланади.

Бунда қуйидаги саволлар қўйилиши лозим:

1. Боланинг туғма ривожланиш нуқсонлари билан туғилиш хавфи қанчалик юқори?
2. Текшириш вақтида қўлланиладиган амалиётлар хавфи қанчалик юқори?
3. Аёл тўғри қарор қабул қилиши учун хавф даражаси ва унинг оқибатини қандай тушунтириш мумкин?

Пренатал скринингдан ва у билан боғлиқ кейинги муолажалардан ўтиш ҳақидаги қарорни танлаш ва қабул қилиш бўлажак ота ва онанинг танлови бўлиб қолиши керак.

Ультратовушли текшириш

Ҳомиладаги туғма ва наслий касалликларни аниқлаш учун ультратовушли текшириш уч хил йўналишда қўлланилиши мумкин:

- ҳомиланинг туғма патологиялари маркерларини ва риаожланиш нуқсонларини бевосита кўриш;
- бачадон ичи инвазив диагностик аралашувларни таъминлаш (масалан, амниоцентез ва хорионбиопсия);
- ҳомиладорлик муддати ҳақида аниқ маълумот бўлишини талаб қиладиган тестлар-максимал самарали қўллаш имконини берадиган фетометрия ўтказиш

Ҳозирги вақтда ҳомила ривожланиш нуқсонларининг кўп қисми УТТ натижасида аниқланади. Анэнцефалия каби нуқсонларни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди, аммо бошқаларини аниқлаш қийинроқ (баъзи юрак нуқсонлари). Битта нуқсон аниқланса, бошқа нуқсон ва/ёки хромосом нуқсонларга шубҳа бўлади. Ҳомила ривожланиш нуқсони ўз ўзидан келиб чиқмайди, унга қандайдир бир хромосома нуқсонлари сабаб бўлиши мумкин. Диагростик аниқлик даражаси қуйидагиларга боғлиқ:

• патология турига
• гестацион муддатга
• текширишни ўтказаётган мутахассис малакасига

• қўлланилаётган жиҳоз сифатига
• текширишга ажратилган вақтга

Ҳомила ривожланиш нуқсонларини скрининг қилувчи мутахассислар ўтказилаётган текширишлар сифатини доимий назорат қилиб боришга муҳтождирлар. Бунинг энг яхши усули текширишдан кейин туғилган боланинг соғлиги ҳақида маълумот йиғишлари лозим. Ультратовушли текширувни қўллаш оғир ҳомила ривожланиш нуқсонлари аниқланган ҳолатларда ота-оналар ҳомиладорликни тўхтатиш қарорини қабул қилишганда перинатал ўлимни камайтириш омили бўлиши мумкин.

Кўпгина жуфтликлар ҳомилада ҳаётга лаёқатсиз ривожланиш нуқсонлари, масалан анэнцефалия ёки боланинг ногиронлигига олиб келадиган орқа мия чурраси ва кучли гидроцефалиянинг бирга келиши каби нуқсонлар аниқланганда ҳомиладорликни тўхтатишга қарор қилишади. Нуқсонлар аниқ бир оқибатга олиб келиши номаълум ёки ҳолатни тахлил қилишда хатоликлар бўлса, бундай қарор қабул қилиш қийин бўлади.

Бундай ҳолатларда бошқа мутахассислар маслаҳати билан асосланмаган аралашувлардан воз кечиш ва ятроген характердаги постнатал муаммолар келиб чиқиш оғирлиги ва сонинини камайтириш мумкин.

Ҳомилада ривожланиш нуқсони аниқланиши бу албатта ҳомиладорликни тўхтатиш керак дегани эмас. Аниқ ташхис қўйилиши кўпчилик ота-оналарга ривожланишда маълум бир хусусиятларга эга бўлган боланинг туғилишига тайёр бўлишига имкон беради.

Аммо баъзи ҳолатларда бунақа ҳолатни енгиш ва болани парваришга тайёрланишда жуфтликларга ёрдам берадиган мутахассиснинг малакали маслаҳати керак бўлади. Оғир ривожланиш нуқсонлари бўлганда реал кўмак бера оладиган одамларнинг бирга бўлиши талаб қилинади.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасида бажариладиган УТТнинг минимал стандарти қуйидагилар:

- калла шакли ва ўлчами, бўшлиғи тузилиши (cavum pellucidum, cerebellum, қоринчалар ҳажми atrium < 10 mm)
- орқа мияни бўйлама ва кўндаланг сканирлаш
- қорин шакли ва буйрак ва киндик соҳасида жойлашган структуралар тавсифи
- қорин шакли ва меъда соҳасида жойлашган структуралар тавсифи
- буйракларнинг олл ва орқа ўлчамлари
- қорин бўшлиғини бўйлама текшириш (диафрагма ва сийдик қопи)
- юракнинг 4 камераси кўринадиган соҳада кўкрак бўшлиғи
- юракдан чиқувчи йирик қон томирлар
- юзи ва лаби
- қўллари: асосий учта суяклар, бармоқлар саналмайди
- оёқлар: асосий учта суяклар, товон, бармоқлар саналмайди,

Хорион ворсиналари биопсияси. Муолажа юқори технологик муолажа бўлиб, уни фақат йирик клиник марказларда керакли жиҳозлар ва ўқитилган мутахассис билан ўтказиш лозим. Хорионбиопсия трансвагинал махсус катетер ёки биопсия қисқичлари ёрдамида ҳамда трансабдоминал биопсия игналари ёрдамида ўтказилади. Муолажа УТТ назорати остида бажарилади. Трансабдоминал йўл билан ворсиналар биопсиясида омадсизликлар, қон кетиш ва абортлар кам учрайди.Бу усулнинг салбий томонларидан бири олинган материал кам бўлганда усулни такрор ўтказиш талаб қилинади хорионбиопсияда кариотиплашга нисбатан қон кетишлар ва кўп ҳолатларда сохта натижалар олиш кузатилади ҳомилани йўқотишлар умумий сони (аборт, ўлик туғилиш ва неонаталь ўлим), муддатидан олдинги туғруқ ва кам вазнли болалар туғилиши амниоцентез бажарилган мижозларга нисбатан хорионбиопсия ўтказилганлар гуруҳида кўпроқ учрайди. Шундай қилиб, муолажани ўтказишдаги хавф ортиши эрта ташхислаш хусусиятлари билан солиштирилиши лозим.

Зардобли альфа-фетопротеини. Нерв найи нуқсонлари кўп учрайдиган умумий популяцияни скрининг қилиш йўли билан зардобда альфа-фетопротеинни аниқлаш

мақсадга мувофиқ. Нерв найи нуқсонлари 10 000 тирик туғилганларга 7,2 - 15,6 ҳолат тўғри келади ва кичик симптомсиз ҳолатлардан spina bifda менингомиелоцеле ва анэнцефалиягача учрайди (она қорнидан ташқарида яшашага лаёқатсиз). Нерв найининг очиқ нуқсонлари 80% ҳолатларда она қонида зардобли альфа-фетопротеин миқдори ортади. Бошқа нуқсонлар, масалан қорин олд деворининг очиқ нуқсонларида ҳам бу маркерларнинг ортиши кузатилиши мумкин. Bifida бўлганда MSAFP миқдори онада ўрта ўлчамларга нисбатан 4 баробар, анэнцефалияда эса 8 марта ортиши мумкин. Агар тест натижасида қон зардобида альфа-фетопротеин миқдори ошганлиги аниқланса, аёлда деталли ультратовуш текшириш ёки амниоцентез ўтказилиши керак. Нерв найлари нуқсонида амниотик суюқликда альфа-фетопротеин миқдорини аниқлаш анча сезгир усул бўлиб ҳисобланади. Шуни айтиш керакки, юқори малакали ультратовуш текшириш бўлса, амниоцентез ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас.

Ҳомиладорликдан 4 ҳафта олдин ва ҳомиладорликнинг биринчи 6 ҳафтасида қўшимча равишда фолий кислотасини 0,4 мгдан бериб туриш нерв найи нуқсони ривожланиш эҳтимолини камайтиради. Ҳомиладорликни тўхтатишга тиббий кўрсатмалар бўлганда ва аёл рози бўлганда унга комиссион хулоса берилади, унда клиник ташхис, УАШ, акушер-гинеколог, бош врач (мудир), хулосаси ва тасдиғи билан муассаса муҳрини қўйиб, мижоз касалхонага йўлланади.

Хавф мезонлари. Хавфни баҳолашга янгича ёндошиш.

Хавфни баҳолашнинг анъанавий усулларини қўллаш кўп ҳолларда асосланмаган ихтисослашган парваришга олиб келади, қачонки жиддий асоратлари бўлган бошқа бир аёллар бундан мустасно бўлади.

Яқин вақтгача туғруққача парвариш орқали хавф гуруҳига кирувчи аёлларни аниқлаш мумкин деб ҳисобланар эди, бугунги кунга келиб оналар ўлимига олиб келувчи омилларни ҳар доим ҳам аниқлашнинг имкони йўқ экан. Туғруққача парваришга реалистик ёндошув ҳаммага лозим бўлган кузатув ва эътиборни кафолатлашдан иборат. Биринчи навбатда барча аёлларнинг соғлигини синчиклаб кузатиш лозим.

ЖССТ хавфни аниқлашнинг анъанавий усулларини тавсия этмайди. Барча ҳомиладорларга алоҳида эътибор талаб қилинади. Бу барча аёллар хавф гуруҳига киради дегани эмас, балки аниқ бир асорат белгилари бўлмаган аёллар ҳомиладорлиги асоратсиз кечаётганлар гуруҳига киритилади.

Ҳар бир ҳомиладорлик маълум бир асорат билан кечиши мумкин. Ҳар бир ҳомиладорликни бошланишидан физиологик ҳолат деб қараш лозим, бироқ УАШ мавжуд ёки хавф солувчи асоратланинг белгиларини кузатиб бориши ва эътиборли бўлиши шарт. Ҳомиладорлик давридаги негатив ёки хавфли ўзгаришларни синчиклаб кузатиш муҳимдир, бу туғруққача парваришнинг асосий вазифаларидан биридир.

ГИПЕРДИАГНОСТИКАДАН САҚЛАНИНГ: бу онага ҳам болага ҳам фойда келтирмайди.

Ҳавфни баҳолашга янгича ёндошув

Асорат аниқлангандан сўнг аёлни бирор бир хавф мезонига киритиб қўймасдан, балки уни синчиклаб кузатиш ва таҳлил қилиш, аёл ва ҳомиласи учун потенциал хавф даражасини аниқлаш лозим. Қайси бир аёлда асорат келиб чиқишини олдиндан айтиб бўлмайди, шу сабабли хавфни баҳолашнинг формал тизими оналар ўлимининг олдини олиш имконини бермайди. 40% аёлларда ҳомиладорлик даврида муаммолар келиб чиқади, шундан фақат 15% га ҳаёт учун хавфли деб ҳисобланаган асоратларни даволашда ихтисослашган даво талаб қилинади. 85% ҳомиладорликлар махсус тиббий аралашувни талаб қилмайди, шунинг учун оддий мониторинг, руҳий ва эмоционал кўмак норма бўлиб ҳисобланаши керак.

- Хавф омиллари

Модификацияланмаган

- ёши (19дан кичик, 36 ёшдан катта)
- оғирлашган насли

- оғирлашган акушерлик-гинекологик анамнези
- оғирлашган соматик анамнези (ЭГК)

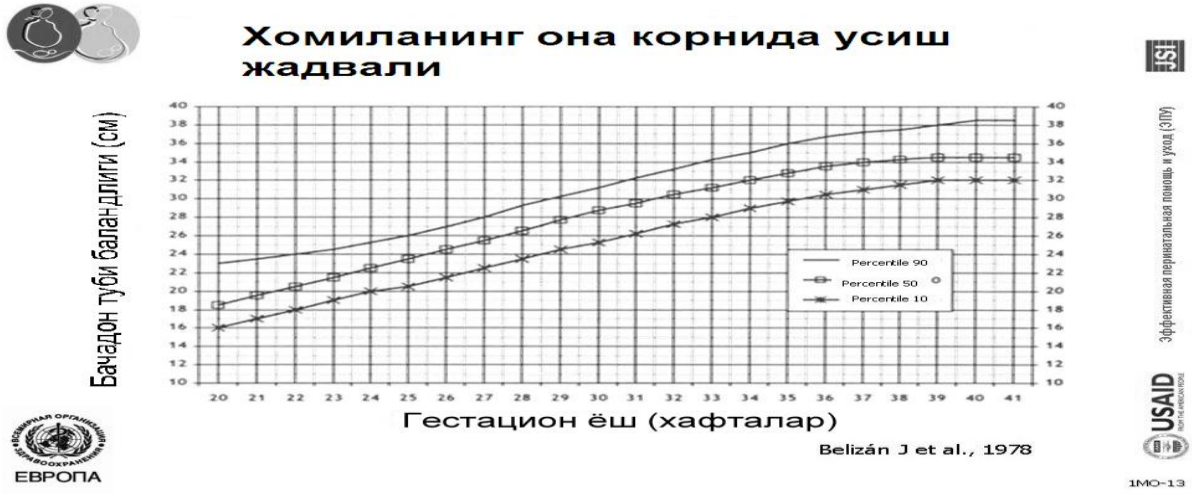
Модификацияланган
- қариндошлар ўртасидаги никоҳ
- ҳаёт шароити
- озиқланиши
- зарарли одатлари
- саноат хавф омиллари

Ҳомиладорлик давридаги хавфли белгилар

Ҳомиладор ва унинг оила аъзоларига «Ҳомиладорлик ва туғруқнинг хавфли белгилари» ҳақида маълумот бериш керак, аёл ва ҳомиланинг соғлигига, ҳаттоки ҳаётига хавф солувчи ҳолатлар юз берганда бажариладиган тадбирларни келишиш ва режасини ишлаб чиқиш лозим. Врачга зудлик билан ёрдам учун мурожаат этишни талаб қиладиган асосий симптомлар қуйидагилар:

• қўл, юз, танада тўсатдан пайдо бўлган ва тез тарқалган шишлар
• бош ўғриғи, кўриш бузилиши/кўз олдидиа қора нарсалар учиши
• тиришиш
• конъюктива шиллиғи ва терисининг бирдан оқариши
• қайт қилиш
• ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида қиндан қон кетиши
• қоринда оғриқ/доимий бачадон қисқариши
• қоғаноқ сувлари кетиши
• ҳомила қимирлаши камайиши ёки тўхташи
• тана ҳарорати ортиши/эт увишиши

Аёлларга соғлом турмуш тарзи, парҳезга темир ва фоли кислотасини киритиб, тўғри овқатланиш, чекиш ва алкогол истеъмол қилишнинг зарари ҳақида маслаҳатлаш ўтказиш йўли билан ҳомиладорлик давридаги асоратларнинг ривожланиш хавфини камайтиришга эришиш мумкин. Шунингдек ҳомиладорлик давридаги жинсий ҳаёт ҳақида ҳам маълумот бериш лозим.



Антенатал ташрифларнинг асосий компонентлар

	Изланишдар	Ташрифлар							
		12 х-гача	16 х	24 х	30 х	34 х	36 х	38-40 х	ил на
1	Клиник курик								

2	хомиладорлик муддати аниклаш								
3	Акушерлик куриги: бачадон тубини баландлигини ва хомила юрак уришни аниклаш								
4	Гинекологик курик (2-ташрифга колдириш мумкин)								
5	АКБ ни улчаш								
6	Аёл буйи/вазнини улчаш								
7	Тана вазни индексни аниклаш								
8	Коннинг гурух, резус омилга текшириш								
9	Клиник ифодаланган анемия/ гемоглобин микдорига кон тахлили								
10	Конда канд микдорини аниклаш								
12	Пешобнинг умумий тахлили (протеинурия, бактериурия)								
13	Захмга кон тахлил								
14	Сузакка скрининг – 3та нуктадан тахлил								
15	ОИВга скрининг								
16	В, С гепатитларга скрининг								
17	УТТ								
18	Альфа-фетопротеинга скрининг								
19	Ташки акушерлик куриги								
20	Гижжа тухумларнинг аниклаш ахлат тахлили								

Физиологик кечаётган хомиладорликни бошкариш куникмалари (биринчи ташрифда)

Боскичма – боскич топшириклар:

1. Хомиладор аёлни ва уни кузатиб келганларни кабул килиб олишга тайёрланинг: тегишли хужжатларни; курик жойини; инструментлар ва кулкоплар тайёрланг.
2. Пациентни олкишланг ва узингизни таништиринг
3. Амбулатория картаси билан танишинг ва унга тегишли маълумотларни киритинг:

- исми ва фамилияси;
- хомиладорнинг ёши;
- турар жойи ва иш жойи хакидаги маълумот;
- никох кайд этилганми ёки йукми.

4. Аёлнинг ташки куринишига ва унинг узини олиб боришига эътибор беринг (куркиш, хаяжои, безовталик каби холатлар бор-йуклигини аникланг).
5. Хомиладор аёлдан унинг илгари уткизган касалликалари ва шикоятлари тугрисида суранг
6. Илгариги гинекологик касалликлари ва олдинги комиладорликлар кечиши тугрисида саволлар бериб амбулатория картасига маълумотларни киритинг.
7. Охирги хайз тугрисида амбулатория картасига ёзинг киритинг.
8. Утказиладиган муолажалар хакида сузлаб беринг.

9. Керакли текширишларни утказинг:
• артериал кон босимини улчанг (агар диастолик кон босими 90 мм дан ошса ва хомиладорлик муддати 20 хафтагача булса - мутахассис томонидан бахолаш ва консультация килиш керак);
• сийдик тахлили (симптомсиз бактериурияга, оксилга глюкозага ва кетон таначаларига текширинг);
• аёл вазнни улчанг;
• УТТ зарурат булганда, айникса хомиладорликни эрта даврларида тавсия этилади. Хомиладаги нуксонларини аниклаш максадида хомиладорликни 18 хафтасидан кейин, юрак нуксонлари хавфида - 22 хафтасида УТТ тавсия этилади;
• Кон гурухини ва резус-омилни аниклаш учун кон тахлили утказинг;
• Гемоглобин микдорини, эритроцитлар ва лейкоцитлар сонини аникланг;
• Киндан суртма олиб лабаратория текширишига юборинг.
10. Хомиладор аёл оёкларини курикдан утказинг, шиш ва веналарни варикоз кенгайишига эътибор Беринг.
11. Ташки акушерлик текширишини утказинг:
• Бачадон тубини баландлигини;
• Хомилани вазиятини;
• Хомиланинг олдиндан жойлашган кисмини;
• Хомиланинг юрак уришини аникланг.
12. Жинсий аъзоларни текшириб куринг:
• Ташки жинсий аъзоларни курикдан утказинг;
• Кузгулар ёрдамида куринг;
• Бимануал текширинг.
13. Сут безларини текширинг
14. Анамнез, лабаратория текширувлари натижаси, ташки курик маълумотлари асосланиб хомиладорлик муддатини аникланг. Патологик узгаришлар булса диагнозни шакллантиринг.
15. Тугрукни тахмини санасини хисобланг: охирги хайз биринчи кунйга 7 кун кушиб 3 ой оркага сананг.
16. Куриклар натижаларини амбулатория картасига киритинг. Ёзувлар тушунарли ва ижрочи томонидан имзоланган бўлиши керак.
17. Хомиладорга уй картасини тулдиришни ўргатинг.
18. Профилактик максадда 60 мг Fe ва 400 мкг фолий кислотасини 1 ойга тавсия килинг.
19. Келгуси ташриф санасини белгиланг.
20. Инфекцияларни олдини олиш коидаларига риоя килган колда курик учун столни, инструментларни ва кулкопларни зарарсизлантиринг.

Физиологик хомиладорликни бошкаришда маслахат. Клиник куникмалар.
1. Пациент билан саломлашинг, ўтқазинг
2. Аёлни олдинги ташрифидан сунг хис туйгу, узини кандай сезаётганлигини суранг, узини тутиши эътибор беринг
3. Ташки куринишига ва узини тутишига эътибор Беринг
4. Тери копламлари ва шиллик пардалар рангига эътибор беринг.
5.Утказиладиган муолажаларни тушунтириб беринг.
6. Шишларни аниклаш учун оёкларини пайпаслаб куринг.
7. Тиззадан пастрок сохада оёкларини айланасини улчанг.
8. Артериал кон босимини иккала кулларида улчанг
9. Сийдик таҳлили натижаларини изохланг.
10. Хомиладорликни 30-32 хафтасида кон ва сийдик умумий тахлилини такрорланг.

11. Хомилани ривожланиш нуксонларига хавф булса хомиладорликни 20-22 хафталарида УТТ ўтказинг.
12. Акушерликтекширувини ўтказинг: Сут безларини текширинг; Бачадон тубини баландлигини текширинг (хар сафар бу текширувни бир ходим утказиши максадга мувофик). Сантиметр лентасини симфизни юкори киррасига урнатиш керак ва бачадон тубигача масофа улчанади. (нормал бир хомилали хомиладорликда 24 хафтадан бошлаб сантиметр хисобида баландлик гестацион муддатга тенгдир). Коринни пайпаслаш: хар сафарги ташрифда хомилани вазияти ва олд кием и аникланади ва 36 кхфтадан бошлаб олд кисмини кичик чанокга кириши аникланади. Хомилани юрак уриши: 1 дакика мобайнида стетоскоп ёки «Малыш» аппарати ёрдамида юрак уришини тезлиги, ритми ва тиниклиги эшитиб аникланади. Хомилани кимирлаши ва харакатлари аникланади.
13. Кин ажралмаси тахлили утказилади. Микроскопия ва бактериологик текширув хомиладорликни бошида ва 32-36 хафталарида утказилади.
14. Текширув натижалари амбулатор картага киритилади.
15. Физиологик курсаткичлардан фаркланадиган узгаришлар аникланса хомиладор аёл чукуррок текширилади ва бошка мутахассислар билан кейинги олиб бориш тактикасини белгилаш максадида маслахат утказилади.
16. Хомиладор аёлиинг картасида ёзувларни киритиинг.
17. Бемор билан сухбатлашинг, саволларига жавоб кайтаринг.
18. Келгуси ташрифии санасини ва вактини белгиланг.
19. Келгани учун миннатдорчилик билдиринг.
20. Инфекцияларни олдини олиш максадида зарарсизлантириш чораларига курик пайтида ва ундан кейин риоя килинг.

Хомиладорлик пайтида парвариш (боскичма – боскич топшириклар).

2. Аёл ва унинг эри билан хушмуомалалик билан саломлашинг. Уларга кулай жойлашиб утиришини тушунтиринг.

2. Уларга узингизгни таништиринг
3. Аёл ва унинг эрига булажак боласи хакида, хомиладор булгандан бошлаб тугруккача булган жараённи сузлаб беринг. Укув куролларидан фойдаланинг, хомиладорлик пайтида аёл организмида буладиган физиологик узгаришлар хакида айтиб беринг: эндокрин система тизимида; метаболик узгаришларда; нафас, ошкозон-ичак, сийдик ажратиш тизимларида ва репродуктив система тизимида; сут безларида; суяк тизимида юзага келадиган узгаришлар тугрисида маълумот беринг.
4. Хомиладолик гигиенаси тугрисида маълумот Беринг
5. Хомиладорлик пайтида пайдо булаши мумкин буладиган оз шикоятларни енгиллаштириш йулларини ургатинг:

Кунгил айнишда:

1) кам-кам лекин тез-тез овкатланишни ургатинг;
2) иложи булганда ётган жойда овкатланиш, сунгра 15 дакика мобайнида ётишни давом эттириш;
3) эрталабки нонуштада оксилга бой овкатлар (гушт, тухум); сутли овкатлар (кефир, катик, айрон, пишлок, курток) ва бошкаларни истеъмол килишни айтинг;
4) кийин хазм буладиган овкатларни чеклашни (ковурилган, кайнатилган гулли карам);
5) суюк овкатдан кура купрок куюк овкат истеъмол килишни;
6) газли сувни мейёрида ичиш, бу овкат хазм килишини яхшилашини, иштахани очишини, лекин кондаги туз микдорини ошишига олиб келиши тугрисида маълумот беринг.

Кекириш, кабзият:

1. Куп овкат емаслик кераклиги;
2. Тез-тез ва оз-оз овкатланиш;

3. Юкори калорияли ва шур озик-овкат истеъмол килмаслик тугрисида айтинг;

4. Тана аъзолари учун номаъкул холатдан кочиш;

5. Жисмоний машклар;

6. Рационга куйидагиларни кушиш: сабзавотлар, мевалар, кора нон тугрисида гапиринг;

7. Эрталаб овкатланмасдан ва кун буйи бир неча стакан суюклик истеъмол килиш.

Хансираш (тез-тез нафас олиш):

1) Жисмоний юкламани камайтириш; 2) Агар нафас олиш кийинлашаверса врачга мурожаат килиш лозимлиги тугрисида тушунтиринг.

Куйидаги холатларда духтирга тезликда мурожаат килишлигини айтинг:

- Жинсий йуллардан ажралма келса.
- кон аралаш ажралма келса
- оёкларда огрик ва шиш пайдо булса
- аёл узини ёмон холатда сезса
- коринда огрик пайдо булса
- узок вакт турганда чарчаса, ахволи огирлашса айникса кун иссигида ва кун охирида.

6. Аёлга хомиладорлик пайтида ва ундан сунг овкатланиш коидасини тушунтиринг

- Хомиладорлик даврида ва ундан кейин овкатланиш рациони хар хил булиши шарт
- Биринчи уч ойликда оксилга бой махсулотлар (гуштнинг ёгсиз тури, товук гушти, тухум)
- Тез эримайдигаи ва енгил хазм булмайдиган ёгларни камрок истеъмол килиш тавсия этилмайди. Усимликлар ёгида хомиладорлик ривожланиши учун зарур булган Е витамини етарлилиги тугрисида маълумот беринг.
- Кондитер махсулотлари, рафинирланган кандлар, конфет, мураббо истеъмоли чекланиши кераклиги тугрисида айтинг. Хомиладор учун фойдали булган углеводлар усимлик тукимасида мавжудлиги тугрисида маълумот беринг (кора нон, мева ва сабзавотлар)
- Овкат истемол килиш кунлик рацион калорияси хисобида режаланади.
- Кунлик рационда керакли микдорда микроэлементларнинг булиши шарт.

7.Болани айникса унинг 6 ойлигигача кукрак сути билан бокишни мохиятини тушунтириш

8.Ички аъзоларнинг иш фаолиятини ижобийлаштирилган кулай машкларни ургатинг. Тугрукка психопрофилактик тайёрлаш махсус машклар мажмуи мавжуд, у хомиладорлик тугрук ва тугрукдан сунгги даврларнинг ижобий кечишига ёрдам беради. Хомиладорлик даврида машклар врач назоратида утказилади.

Нафас машклари.

Кукрак сохаси нафаси.

А. Тухтаб-тухтаб нафас олиш.

Б. Юзаки нафас олиш.

Корин сохаси оркали нафас олиш.

А. Тулик нафас.

Мушак машклари.

А. Корин мушакларини мустахкамлаш.

Б. Бел сохасидаги огрикни камайтириш.

В. Чот сохаси мускулларнинг эластик хусусиятини ошириш.

9. Хомиладорлик даврида жинсий хаётга оид масаларни ёритинг.

10. Хомиладорликни ижобий тугаши учун ота-оналарга соглом хаёт тарзи мохиятини тушунтиринг

- чекишнинг зарари
- спиртли ичимликнинг зарари

- гиёхвандликнинг зарари
- хомиланинг ривождан оркада колиши
- хомила гипоксияси.

11. Хомиладор аёл учун соглом психологик мухит яратилиши тугрисида булгуси отага тушунтиринг
12. Хомиладор аёлга хотира ёзув дафтари тутишни тушунтиринг.
13. Хомиладорлик пайтида эрта пайдо буладиган хавфли белгилар кандай асоратларга олиб келишини эру-хотинга ургатинг:
- камконлик;
- бош, корин сохасидаги огриклар, юкори кон босими;
- жинсий йуллардан кон кетиши;
- хомилани усишдан колиши ва кимирлашни узнариши.

14. Хомиладор аёлнинг саволларини эътибор билан тингланг ва тулик жавоб беринг.
15. Хомиладор томонидан ахборотни тугри узлаштирилганлигига ишонч хосил килиш учун курсатмани кайтаришни илтимос килинг
16. Келгуси дарснинг вактини белгиланг.

Асосий даволаш чора-тадбирлари

Йод препаратларни буюртириш – бутун хомиладорлик 200 мг/сут
Фолик кислотаси 1 мг/сут хомиладорлик 12 хафтасигача
Камконлик аникланганда анемияга моил регионларда темир препаратлари 60 мг/сут буюртириш

Госпитализицияга курсатмалар

Биринчи марта аникланган, назорат ва даволаш талаб килувчи экстрагенитал касалликлар, хамда суб- ва декомпенсация даражали булган аёллар хомиладорликни давом этириш мумкинлигини аниклаш ва даволаш максадида госпитализацияланади.

5. Амалий кисм

Амалий куникмалар руйхати:

1. Хомиладорларни ташки акушерлик куриги
2. Хомила юрак уришини эшитиш
3. Хомиланинг тахминий вазнини хисоблаш
4. Хомиладорлик ва тугрук муддатини аниклаш
5. Кин ажралмасидан суртма олиш.

7. Назорат саволлари

1. Хомиладорларни амбулатор кузатиш мезонлари?
2. Хомиладорликни аниклашнинг кайси ташхис усулларини биласиз?
3. Хомиладорларни олиб боришнинг комплекс тизимини айтинг
4. Хомиладорларни лаборатор-инструментал текширув усулларини куллаб текшириш хажмини курсатинг?
5. Хомиланинг она корнидаги холатини кандай бахолаш мумкин?
6. Хомиладор аёлни оила поликлиникасида кузатиш коидалари, бунда оиланинг ро

Тест саволлари

1. Хомила биринчи позицияда булса, юрак уриши каерда эшитилади.

*чап томонда
унг томонда
киндик юкорисида
киндик атрофида

2. Бачадон тубининг юкори нуктаси 32 см булса.

*хомиладорлик 32 хафталик

хомиладорлик 14 хафталик
хомиладорлик 26 хафталик
хомиладорлик 30 хафталик
3. Аеллар касультациясининг асосий вазифаси.
*тугиш ешидаги аелларни согломлаштириш хомиладор, туккан аел ва гинекологик беморларга даволаш-прафилактик ердам
хомиладорларни тугишга тайерлаш
аеллар мехнатини мухофазалаш
4.Тугрукнинг хабарчилари.
*мунтазам булмаган дард бошланади
хомиладорлик 39-40 хафтага етади
хомиланинг кимирлаши кучаяди
хомиланинг кимирлаши секинлашади
5. Тугрукнинг 3-даври.
*йулдош тугилиш даври
бачадон буйнининг очилиш даври
дард тутиш даври
кучаниш даври
6. Гонобленнореяни олдини олиш учун чакалок куттга томизилади.
*1 фоизли тетрациклин мази
пенициллин эритмаси
перикс водород эритмаси
люгол эритмаси
7. Хомиланинг тахминий огирлиги аникланади.
*Рудаков усули билан
Жорданиа усули
Соловьев усули билан
Альфелд усули билан
8. Декрет отпускаси хомиладорларга неча кунга берилади
*126 кун
56 кун
96 кун
3 ойга
9. Плацентани бутунлиги текширилади.
*сув-хаво синамаси
Альфелд усули билан
Гентер усули
Шредер белгиси
10. 30 хафталик хомиладорликдан сунг аелнинг ойлик огирлиги канчага ошади.
*1,4--1,6 кг гача
5 кг гача
3,5 -3 кг гача
1,5 -3 кг гача
11. Хомиладорларда нормал гемоглабин микдори канча.
*110,0 г/л
100,0 г/л
120 г/л
90-100,0 г/л
12. Муддатидан олдин тугиш качон хисобланади.
*22-37 хафталигида
20 хафтадан сунг
40 хафтадан сунг

38 хафталигида

Мавзу №2: Физиологик туғруқлар. Олиб бориш. Физиологик тугрикда УАШнинг шошилинч ёрдами.

1. Ўқув машғулотида таълим технологияси модели

Вақт: 240 соат	Талабалар сони:8-10
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Акушерлик комплекси, тугрук булими, тугрук зали, аудитория, жаррохлик.
Маъруза режаси / ўқув машғулотининг тузилиши	1. Кириш кисми 2. Назарий кисим 3. Амалий кисим - Беморлар курацияси - амалий кўникмаларни эгаллаш 4. Аналитик кисим - Вазиятли масала - тест
Ўқув машғулоти мақсади: УАШ талабаларни поликлиникада ва уй шароитида физиологик туғрукда бирламчи ёрдам курсатиш буйича амалий кўникмаларига ўргатиш. Физиологик тугрукда шошилинч ёрдам курсатаётганда эхтиёткорлик ва аниклик хисини шакллантириш.	
Педагогик вазифалар: • Физиологик туғруқфаолиятининг ривожланиш механизми ургатиш • Туғруқ йўлларининг ва ҳомила-тугрук объекти сифатида параметрлари курсатиш • Хомилани букилган холатидага туғруқ биомеханизми ургатиш ва курсатиш • Туғруқ даврларини аниқлашни • Туғруқ даврларига қараб шошилинч ёрдам кўрсатишни ургатиш • Ҳомила туғилишида оралиқни ҳимоялашни курсатиш • Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш; • Чақалоққа бирламчи ишлов беришни амалий куникмасини ургатиш • Туғруқнинг 3 даврини фаол олиб боришни амалий куникмасини ургатиш • Туғруқнининг даврига қараб аёлни ўз вақтида ва тўғри стационарга транспортировка қилишни.	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим:** • Физиологик туғруқ фаолиятининг ривожланиш механизми; • Туғруқ йўлларининг ва ҳомила-тугрук объекти сифатида параметрлари; • Хомилани букилган холатидага туғруқ биомеханизми; **УАШ бажара олиши лозим:** • Туғруқ даврларини аниқлашни • Туғруқ даврларига қараб шошилинч ёрдам кўрсатишни • Ҳомила туғилишида оралиқни ҳимоялашни • Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш; • Чақалоққа бирламчи ишлов беришни • Туғруқнинг 3 даврини фаол олиб боришни • Туғруқнининг даврига қараб аёлни ўз вақтида ва тўғри стационарга транспортировка қилишни.
Таълим усуллари	Ҳикоя, суҳбат, кўрсатма бериш, намойиш, амалий иш усули, лаборатория усули, таълимий ўйин
Таълим шакли	Фронтал, жамоавий, гуруҳларда ишлаш, клиник масала, якка тартибли
Таълим воситалари	Маъруза матни, видеофильмлар, ёзув тахтаси, муляжлар, график, эслатма, назорат варағи
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган

	хоналар
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: вазиятли масалаларни ечиш; амалий куникмаларни бажариш буйича харакат алгоритмини намойиш этиш;

Ўқув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти (мин)
1	Укитувчининг кириш сузи	Кун тартибини эълон килиш	10
2	Бахс-мунозара методи билан уйга берилган вазифани мухокама килиш, видеофильмни куриш. “Демонстрация усули”	Суров, тушунтириш, видеофильмни куриш. «Физиологик туғруқни олиб бориш» - саволга жавоб бериш.	40
3	Беморларни кабул килиш, кундузги стационарда курацияси.	Беморларни куриш. Чакалокларга она кукрагини бериш техникаси/коидалари билан кадам-ю-кадам машгулот утказиш	50
4	Амалий куникмаларни такомиллаштириш. Мустакил амалиёт.	Тукан аеллар ва чакалоклар билан амалиётни утказиш ва Муляжларда куникмаларни ишлатиш, лаборатор ва инструментал текширув натижаларини тахлил килиш , Илова №1	40
5	Курик ва лаборатор-инструмнтал натижаларни тахлил килиш. Таккослама ташхис, даволаш ва реабилитация режасини тузиш. Кичик гурухларда ишлаш – вазиятли масалаларни ечиш	Тугрук тарихи, дискуссия. Кичик гурухларда ишлаш Илова №2	50
7	Мавзунинг назарий ва амалий кисмларни укитувчи билан мухокама килиш. Мавзуни мухокама килиш. Куйилган максад ва вазифалар буйича гурух олинган билимларга бахо бериш.	Дискуссия, суров, Амалий куникмаларни текшириш Илова №3	40

8	Укитувчининг мавзу буйича якуни. Хар бир талабанинг билимларини бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар. Илова №4	10
			240

2. Мотивация

Тугрукни олиб бориш УАШ курсатадиган шошилинч ёрдамнинг бир булаги. Тугрук даврларини билищлик, туғруқнининг даврига қараб аёлга шошилинч ёрдам курсатиш, ўз вақтида ва тўғри стационарга транспортировка қилиш она ва перинатал касаллик ва улимни камайтиради.

3. Фанлараро ва фан ичидаги богликлик

Ушбу мавзуни ургатилиши талабаларнинг анатомия, топографик анатомия, хамда 4 курсда утилган акушерлик асосларига асосланади. Машгулот давомида олинган билимлар бошка клиник фанларда шошилинч ёрдам мавзусини утиганда, «Тугрукдан кейинги давр», «Хомилага хавф солувчи холатлар» мавзулар урганилганда керак булади.

4. Машгулот мазмуни

4.1. Назарий кисм

Туғруқ– бу шартсиз рефлектор акт бўлиб, унда ҳомила яшашага лаёқатли бўлганда уни бачадон бўшлиғидан ҳайдаб чиқарилиши. Ҳозирги вақтда ҳомила 22 ҳафталикда 500г тана вазни ва бўйи 25 см узунликда бўлганда яшашга лаёқатли ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг 37дан 42 ҳафтагача бўлган муддатидаги туғруқ ўз вақтидаги туғруқ дейилади. 42 ҳафтадан кейинги туғруқ муддатидан ўтган туғруқ дейилади. Ҳомиладорликнинг 22 ҳафтагача тўхташи аборт дейилади. Туғруқдан олдин туғруқ хабарчилари кузатилади.

ТУҒРУҚ БОШЛАНИШИНИНГ АСОСИЙ САБАБЛАРИ

Туғрукнинг бошланиш сабабларини тушунтирадиган назариялар Гиппократ давридан бошланган. Ҳомиладорлик нормал кечганда ҳомила тараккиёти тўхтагандан кейин бачадон мускуллари ритмик равишда кискара бошлайди, бу туғрук дардининг бошланишидир. Туғрукнинг физиологик хусусияти шуки, хомиланинг ривожланиш даври тамом бўлиши билан хомила жинсий йўллар оркали туғилади. Баъзи патологик холатларда хомила тараққиёти охирига етмасдан чала, вакгидан илгари туғилади. Баъзи холларда ҳомила жинсий аъзо оркали туғила олмайди (бунга хомиланинг кўндаланг келиши, чаноқнинг тор бўлиши ва бошка патологик ҳолатлар сабаб бўлади). Натижада хомила операция қилиб туғдирилади (кесарча кесиш, қискич кўйиш, хомилани майдалаб олиш ва бошкалар). Аёллар бачадони ҳайз бошланиши билан у тўхтагунча (менопауза) вакти-вакти билан кискариб туради. Лекин бу кисқариш унчалик кучли бўлмайди. Бачадон кискариши хомиладорликнинг турли мудцатларида турлича: кучли ёки кучсиз бўлади. Чунки у нейрогуморал аппаратнинг бошкаришига боғлиқ бўлиб, хомиладорликнинг нормал кечишини таъминлашга каратилган бўлади. Туғрук жараёни бачадоннинг маълум ритмда кисқаришидан бошланади. Бачадон мускулларининг кискариши хар 8-15 минутда такрорланиб, 25-35 секунд давом тгади, тўлғок оралнғндаги муддат аста-секин камайиб боради, хар 4-5 мннутда кайтарнлиб, 45-50 секунд давом этади. Бундан ташкари, кискариш кучи хам оша боради, буни махсус аппаратлар ёрдамида осон аниклаш мумкин. Бачадоннинг нерв системасида симпатик ва парасимпатик бўлимлар, соматик (сезувчан) нервлар бўлади. Бу бачадоннинг биологик хусусиятидир.

Бачадондаги нервлар марказий нерв системаси импульслари гаъсирида хомиладорликнинг нормал тараккиётини таъминлайди. Соматик нервларнинг ахамияти унчалик катта эмас, орка умуртқа мпя фалажида рефлекс йўли кесилган бўлишига

карамай, аёл хомиладор бўлиши, у нормал кечиши, гуғрук оғриқсиз ўтиши кузатилган. Аёлларда жинсий аъзолар функциясида специфик эстроген ва прогестерон гормонларининг ўрни катта. Тухумдондаги фолликулдан эстроген, сарик танадан эса прогестерон гормони ажралади. Ҳомиладорликда бу гормонларни йўлдош тўкималари ажратади. Ҳозирча хориои хужайрала-
рининг кайси бири бу гормонларни ажратиши аниқ эмас. Ҳомиладорликнинг охирида эстроген, прогестерон гормонлар бачадонда бир қатор физиологик ўзгаришларга сабаб бўлади. Бу ўзгаришлар бачадоннинг туғиш жараёнида нормал қискаришига ёрдам беради. Туғиш жараёнида бачадон мускуллари ва ҳомиладор организмидаги ўзгаришларда мухим бўлган омиллар ҳали тўла ўрганилган эмас. Аммо айрим омиллар бу масалани хал килишда маълум вазифани ўташи максадга мувофикдир. Кўпчилик муаллифларнинг фикрича, бачадон мускулларининг кисқариш хусусияти бачадондаги модцалар алмашинуви билан чамбарчас боғликдир. Бачадон мускул тўкимасининг моддалар алмашинувидаги асосий кўрсаткичлари фосфорланиш жараёнига боғлик. Бу жараён бачадон мускулларида энергияга бой (микроэнергетик фосфорлар), мускулларнинг ферментли оксили ва кисқарувчи фракциялар хамда уларнинг кискариши учун ахамиятли электролитлар тўпланишига имкон беради. Электролитлардан Са+ + зарурдир. Ҳомнладор бўлмаган аёлнинг бачадон мускулларида моддалар алмашинуви суст бўлиб, энергетик моддалар кам бўлади. Н.С.Бакшеевнннг кўрсатишича, хомиладор бўлмаган аёл бачадонининг мускул тўқимасида гликоген ўрта хисобда 50-60 мг%, аденозинтрифосфат кислота (АТФ) 14,5 мг%, фосфокреатин 1,4 мл% ни ташкил килади. Бачадон мускулларидаги умумий оксилнинг ярмиси унча фаол бўлмаган кўшимча тўкима протеинидан иборат. Бунда оксилларнинг бачадон кисқаришини (контрактил) таъминловчи гурухда (актомиозин) оксил субстрактининг 3-4% ни ташкил килади. Бунинг концентрацияси миометрийнинг функционал холатини белгилайди. Ферментли оксиллар умумий оксилнинг 25% ни ташкил қилади, бу бачадон мускуллари метаболизми даражасини кўрсатади. Ҳомиладорликда оксидланиш жараёнининг фаоллиги ошади, деярли кам энергия берадиган анаэроб гликолиз камаяди. Бачадонда оксидданиш жараёни хомила ўсган сари ошиб, туғиш вактида 4 баробар кўпаяди. Агар хомиладорлик муддати ортиши билан гликолиз жараёни динамикада кам ўзгарса, бу анаэроб гликолиз томонига ўзгаради. Туғрукда аэроб гликолиз энергияниг кўпроқ вужудга келишига шароит
яратади. Бу энергия бачадон кискаришини таъминлайди. Ҳомиладорликнинг охирида бачадон мускулларида гликоген миқдори хомнладорликдан олдинги микдоридан 12 баробар ортик бўлади. Фосфорланишни таъминловчи бирикмалардан бири фосфор киротин 2,5 баробар ошади. Туғиш жараёни якпнлашганда бачадон мускулларининг сут кислотаси ярмига камаяди, анаэроб гликолиз фаоллиги камайиб окснданиш жараёни ошади. Ҳомиладорлик охирида бачадон мускулларида умумий оқсил 40% га ортади. Жинсий гормонларнинг бачадонни туғишга тайёрланишда ва туғиш жараёнининг бошланишида ахамияти каттадир. Ҳомиладорлик бошланиши билан аёл организмида жинсий гормонлар, асосан эстроген гормонлар ортиб боради. Бу гормонлар хомиланинг нормал ривожланишини, бачадонда ва умумий организмдаги ўзгаришларнинг нормал кечишини таъминлайди. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида прогестероннинг ахамияти катта, кейинрок эса эстрогенлар орта боради. Бу гормонлар бачадоннинг ўсиши учун аҳамиятли бўлиб, актомиозин синтези, гликоген ва фосфор бирикмалари ҳамда оксил ферментли фракциясининг ошишига имкон беради.

Туғруқ хабарчилари - бу туғруқдан олдин 38 ҳафталик муддатда бачадон тубинининг пастга тушиши ва ҳомиланинг олдинда келувчи қисмининг она чаноғи кириш қисмига тақалиши, қоғаноқ сувларининг камайиши, “шиллиқ тиқин”нинг кетиши, тана вазнининг камайиши, бачадон мушаклари қўзғалувчанлигининг ортиши билан кузатилади. Туғруқ хабарчиларидан фарқли сохта оғриқлар бевосита туғруқдан олдин ва бир неча соат давом этади. Аёлниинг умумий аҳволига нохуш таъсир қилмайди (уйқу, овқатланиши, фаоллиги). Клиник жиҳатдан сохта оғриқлар аёл учун сезиларсиз ўтади.

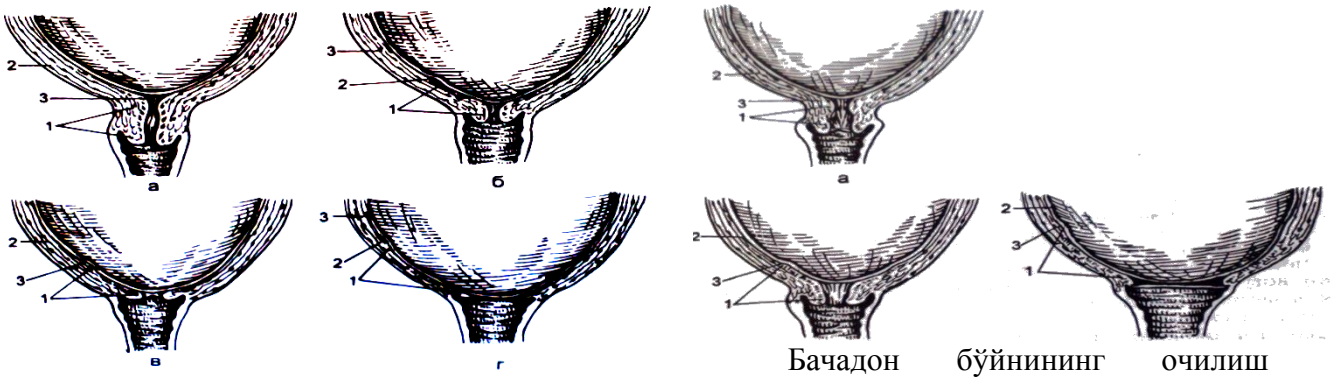
Бачадоннинг номунтаззам, оғриқсиз қисқаришининг кучли ва узоқроқ давом этадиган дардга ўтади. Сохта оғриқлар туғруқ доминантаси ривожланиш даврига тўғри келади ва бачадон бўйнининг биологик «етилиш»и билан кечади. Бачадон бўйни юмшайди, марказда жойлашади ва қисқаради. Патологик сохта оғриқлар вақти узайиб кетади, бачадон қисқариши оғриқли бўлади ва бачадон бўйнининг етилиши кузатилмайди.
Туғруқ учта даврдан иборат.
Биринчи давр бачадон бўйнининг қисқариши (текисланиши) ва каналнинг кенгайиши (латент ва фаол даврлар)
Иккинчи давр - ҳомиланинг ҳайдалиши ва туғилиши (эрта ҳомила ҳайдалмайдиган ва кечки ҳомила ҳайдаладиган фазалар)
Учинчи давр – йўлдошнинг бачадон деворидан ажралиб, туғилиши.
Туғруқнинг биринчи даври тўлғоқ даври бўлиб, мунтазам дард ёрдамида амалга оширилади. Дард фаолияти бошлангандан бачадон бўйни тўлиқ очилгунча давом этади. Қониқарли дард фаолияти 10 дақиқа давомида 2-3 марта тутиши билан ва давомийлиги 40-50 давомида бўлиши бидан ифодаланади. Туғруқнинг 1-чи даври биринчи туғувчиларда 9-12 соат, қайта туғувчиларда 6-9 соат давом этади. Меёрда бачадон бўйниниг кенгайиши ҳар соатда 1 см ҳисобланади. Туғруқни кечиши туғруқхонада партограмма ёрдамида ёритилади
Дардларининг давомийлиги туғруқ бошида 10-15 с, ўртасида - 30-40 с. Охирида -
50-60 с. Дардлар кучсиз, ўртача ва кучли бўлади. Дардларининг оғриқлилиги уларнинг кучи, марказий асаб тизимининг ҳолати ва аёлнинг туғруққа қандай тайёрланганлигига боғлиқ.
Бачадон бўғзининг очилиши бачадон танаси мушакларининг қисқариши (контракция) ва бир-бирига нисбатан силжиши (ретракция) ва бачадон бўйни ҳамда қуйи сегмент мушакларининг чўзилиши (дистракция) ҳисобига юз беради.

Бачадоннинг қуйи сегменти – бачадон танасининг бўйинча қисми бўлиб, ретракция ва дистракция жараёнлари натижасида туғруқнинг биринчи даврида туғруқ каналини ҳосил қилади. Туғруқ канали шаклланиши билан қуйи ва юқори сегмент ўртасида халқа – контракцион халқа ҳосил бўлади.

Биринчи ва қайта туғувчи аёлларда бачадон бўйнининг очилиши.

Биринчи туғувчиларда туғруқ бошида ички ва ташқи бачадон бўғзи ёпиқ бўлади. Бачадон бўғзи юқоридан очилиб бошлайди. Аввал ички бўғзи, бачадон бўйни ва бачадон канали очилади. Сўнг бачадон бўйни калталашиб, текисланади ва фақат ташқи бўғзи очиқ бўлади. Ундан сўнг ташқ қирғоқлари ингичкалашиб, тўлиқ очилгунча кенгайиб боради.
Қайта туғувчи аёлларда бачдон бўйни канали бир ёки икки бармоқ очиқ бўлади.
Шунинг учун бачадон бўйнининг текисланиши ва очиши бир вақтда кечади. Бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши 10смни ташкил этади.
Қоғаноқ сувлари бачадон бўйни тўлиқ очилишидан олдинроқ кетади. Қоғаноқ сувларининг туғруқнинг биринчи даврида бачадон бўйни 4-6 см очилгунича кетиши муддатидан олдин сув кетиши дейилади.

Туғруқнинг биринчи даврида 2 фаза ажратилади: латент – дардлар бошлангандан бачадон бўйни 3-4 см очилгунича, фаол даври - 4 смдан тўлиқ очилгунича. Фаол даврида акцелерация даври, максимал тезлик ва унинг секинлашиши (децелерация) ажратилади.



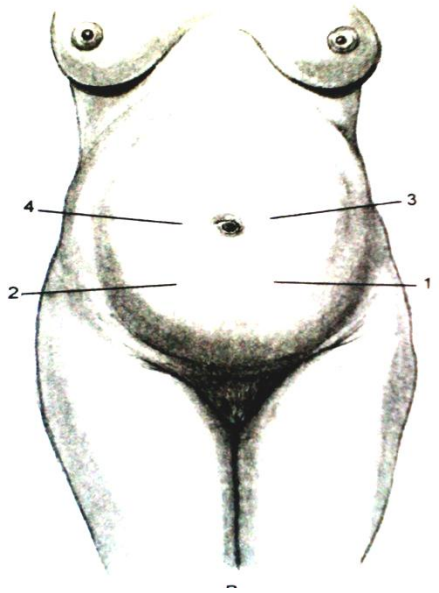
Бачадон бўйнининг очилиш тезлиги туғруқнинг тўғри кечишини кўрсатади. Бачадон бўйнининг очилиш тезлиги биринчи туғувчиларда туғруқ бошида (латент фаза) 0,35 см/соат, фаол фазада - 1,5-2 см/соат ва қайта туғувчиларда 2-2,5 см/соатни ташкил этади. Бачадон бўғзининг 8 дан 10 смгача очилиши секин кечади (секинлашиш фазаси) - 1 —1,5 см/соат давом этади. Бу тезлик бачадон миометрийси қисқарувчанлигига, бачадон бўйни резистентнлигига ва улар комбинациясига боғлиқ.

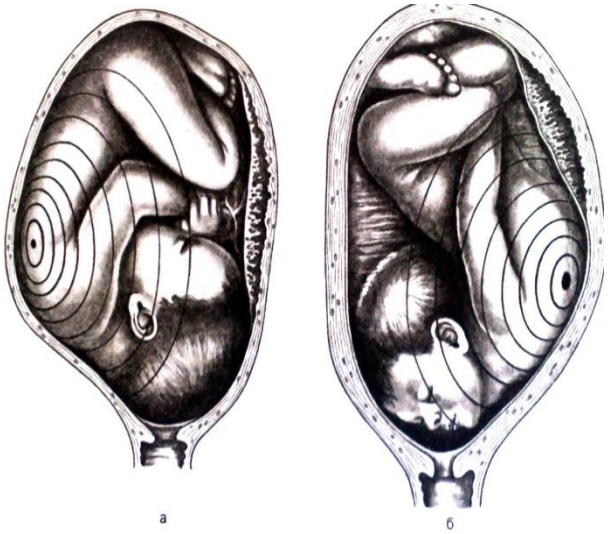
Туғруқнинг биринчи даврида аёл фаол бўлиши лозим. У руҳий туғруққа тайёрланиш машғулотларида ўрганган оғриқсизлантириш усулларини қўллаши мумкин. Туғруқ давомида турмуш ўртоғи ва бошқа қариндошлари иштирок этиши мумкин. Кўпсувлиилк, муддатидан олдинги туғркқ, ҳомиланинг чаноғи билан олдинда келишида ётоқ тартиби тавсия этилади, аёл овқатланиши ва суюқликлар ичиши мумкин.

Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш

Бачадон бўйни тўлиқ очилгандан сўнг туғруқнинг иккинчи даври – ҳомила ҳайдалиш даври бошланиб, у ҳомила туғилиши билан якунланади. Туғруқнининг иккинчи даври икки фазага бўлинади: Эрта (ҳайдалмайдиган) – бачадон бўйни тўлиқ очилган, олдинда келувчи қисми пастга тушган, аммо чоноқ тубига тушмаган ва кучаниш чақирмайди. Кечки (ҳайдалиш) – тўлиқ очилиш, ҳомиланинг олдинда келувчи қисми чаноқ тубига тушади ва кучаниш бошланади. Кучаниқлар ҳар 2-3 дақиқада 50-60 с давом этади.

Туғруқнинг иккинчи даврида шифокор туғувчи аёлнинг умумий ҳолати, туғруқ фаолиятининг давом этиши, ҳомиланинг юрак уриши (ҳар бир кучаниқдан сўнг), ҳомиланинг олдинда келувчи қсмининг ҳаракатланиши, жинсий йўллардан келаётган ажралмаларнинг ҳолатини кузатиши ва “ораликни ҳимоя” қилиши лозим.





уғруқнинг учи

нчи даври - йўлдош даври – ҳомила туғилгандан йўлдош тушгунича давом этади. Давомийлиги ўртача 10 -15 дақиқадан 30 дақиқагача давом этади. Ҳозирги кунда туғруқниинг учинчи даври фаол олиб борилади, яъни биринчи йўлдош кучаниғида киндикдан тортиб чиқриб олинади.

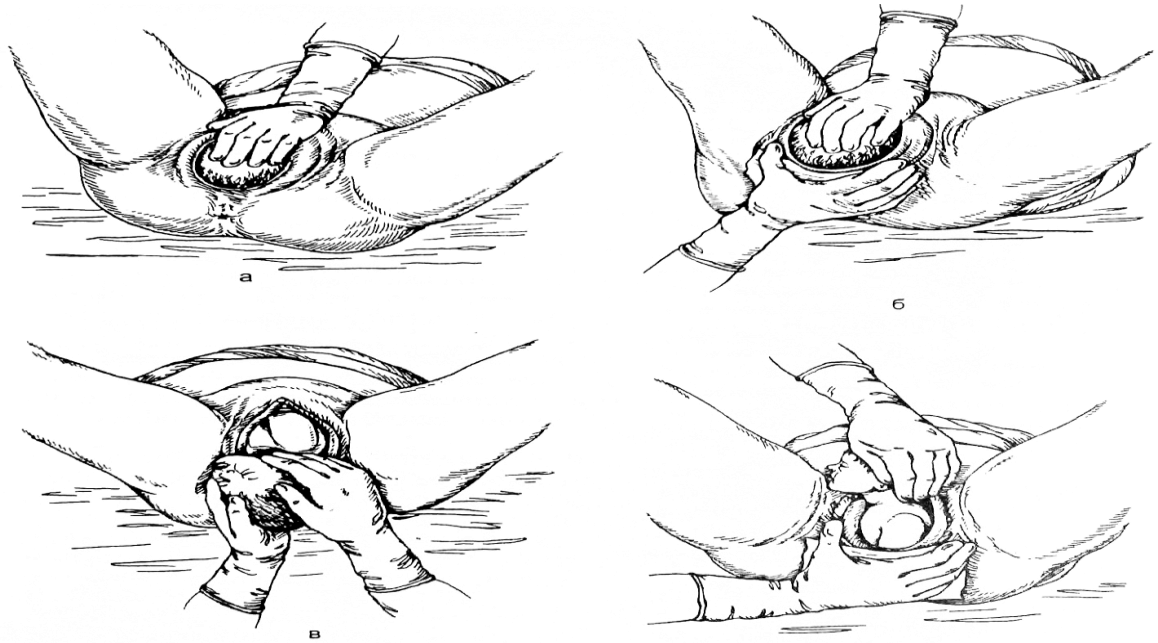
Аёл туғруқдан сўнг туққан аёл дейилади. 2 соат давомида туғруқ залида акушерканинг фаол назоратида бўлиши лозим. Агар ҳаммаси яхши кечса, аёлни чилла бўлимига ўтказилади.

Оралиқни ҳимоя қилиш.

Ҳомила бошининг кичик чаноқ соҳасидан силжиётгандаги ҳаракатлар мажмуаси туғруқ биомеханизми деб айтилади. Туғруқ биомеханизми тўрт даврдан иборат:

Ҳомила бошининг эгилиши (flexio capitis) ва чаноқ кириш қисмига тақалиши – бачадон ичи босими ҳомиланинг чаноғи орқали бошига, бўйнига таъсир қилиб, боши эгилади ва энсаси пастга тушади. Кичик лиқилдоқ катта лиқилдоқдан олдинда жойлашади.

Ҳомила бошининг кичик чаноқ соҳасида буралиши ва олдинлама ҳаракати – ҳомила боши эгилиб, кичик чаноқ кириш қисмга тақалаганда бошланади. Ҳомила боши бироз эгилиб. Қийшиқ ўлчамлардан бири билан кичик қаноқнинг кенг қисмидан ўтади. Ички



айланма ҳаракат қилиб, тор қисмидан ҳам ўтади. Натижада ҳомила боши қийшиқ ўлчамдан тўғри ўлчамга ўтади. Боши кичик чаноқнинг чиқиш қисмига тушганда ички айланиш тугайди.

Ҳомила бошининг орқага қайрилиши – қов бирлашмаси билан ҳомила бошининг энса ости чуқурчаси ўртасида тақалиш нуқтаси ҳосил бўлади ва боши ёзилади. Боши ёзилганда тепа, пешана, юз ва энгаги туғилади. Ҳомила боши кичик қийшиқ ўлчамда 9,5 см ва айланси 32 см билан туғилади.

Ҳомила боши туғилгандан сўнг бошининг ташқи буралиши, елкаларнинг ички буралиши юз беради. Елкалари кичик чаноқ чиқиш қисмининг тўғри ўлчамида жойлашади. Олдинги елкаси қов остида, орқа елкаси думғаза остида жойлашади. Олдинги елкаси билан симфиз ўртасида тақалиш нуқтаси ҳосил бўлиб, ҳомила танаси кўкрак қафаси соҳасида эгилиб, олдин орқа елксаи сўнг олд елкаси ва танасининг қолган қисми туғилади. Ҳомиланинг энса билан олдинда келишининг олдинги кўриниши она ва ҳомила учун энг қулай туғруқ биомеханизми бўлиб, унда ҳомила энг кичик ўлчамлари билан туғилади.

Туғруқ зали ёки уйда ҳомила туғилган заҳоти унга бирламчи ишлов берилади:

- Кўзларига ишлов бериш.
- Киндик қолдиғини икки марталик кесиш ва унга ишлов бериш
- Антропометрик ўлчамларини олиш – бола вазни, бўйини, боши ва кўкрак қафаси айланаси.

Сунги йилларда тугрук вактидаги парвариш рандомизирланган назоратли изланишлар натижалари ва ЖССТнинг тавсиялари асосида олиб борилмокда. Хавфсиз тугрук — махсус куникмаларга эга булган шахс томонидан олиб бориладиган асоратсиз тугрук (ЖССТ). Тиббий нуктаи-назардан хавфсиз тугрукни таъминлаш учун кин оркали куриклар минимум даражада ва аёлнинг розилиги билан олиб борилиши лозим.

Тугрукларни олиб бориш буйича ЖССТ тавсиялари:

- Тугрукда аёлнинг танловига караб кариндошлари иштирок этиши ва тугрукдан кейинги даврда эркин ташрифи
- Соглом бола доимо онаси билан бирга булиши лозим
- Тугрукдан олдин ков тукини кириш ва хукна килиш шарти асосланмаган.
- Аёлларга тугрук вактида факат литотомик холатни эгаллашни тавсия этмаслик
- Доимий эпизиотомия килишдан воз кечиш
- Тугрукда огриксизлантирувчи воситаларни домий куллашдан воз кечиш.

Тугрукнинг биринчи даврини олиб бориш:

- Доимий ков тукини кириш ва хукна килишдан воз кечиш
- Индивидуал тугрук хонаси булиши
- Тугрукда «битта аёл – битта доя» парвариши
- Хамрохнинг иштироки
- Енгил овкат ва суюклик истеъмол килиш
- Вертикал холатлар ва эркин харакат
- Нофармакологик огриксизлантириш усулларини куллаш
- “Кузат ва кут” тамойилига риоя килиш
- Карорлар кабул килишда аёлни хам жалб килиш.

Тугрукнинг иккинчи даврини олиб бориш:

- Тоза, аммо стерил булмаган тугруклар
- Аёлнинг эркин (кулай) холатни эгаллаши
- Шошилмасдан, шовкинсиз
- Кучаникларни назорат килмаслик
- Хомила холатини мониторинг килиш
- Доимий эпизиотомия килишдан воз кечиш
- Аёлнинг доя билан мулокоти.

Тугрукнинг учинчи даврини олиб бориш:

- Фаол олиб бориш
- Фаол олиб бориш учун аёлнинг розилиги
- Йулдош ва коганок пардаларни синчиклаб текшириш.

Тугрукнинг III даврини фаол олиб бориш:

- Бола тугилган захоти Окситоцин (10 БИР м/ога) ёки бошка бачадонни кискартирувчи дори воситасини юбориш
- Киндик тизимчасидан назоратли тракция килиш йули билан йулдошни тугдириш
- Йулдош тугилгандан сунг бачадонни массаж килиш.

Тугрукнинг III даврини фаол олиб боришнинг афзалликлари:

- Умумий йукотиладиган кон микдорининг камайиши
- Тугрукдан сунг 500 млдан ортик кон йукотиш холатларининг камайиши
- Тугрукдан сунг 1000 млдан ортик кон йукотиш холатларининг камайиши
- Тугрукнинг учинчи даврининг умумий давомийлиги кискариши
- Туккан аёлларда гемоглобин курсаткичи паст булиши ва кон куйиш хамда терапевтик микдорда окситоцин юборишга эхтиёж булмаслиги

Партограмма - бу тугрук жараёнини график усулда тасвирлаш:

- Тугрук авж олиши (тугрук фаолияти, бачадон буйни очилиш, хомила бошининг харакати)
- Хомиланинг холати
- Онанинг холати

- Хомила бошининг харакатини ташки курик натижасида аниклаш
- Боши чанок кириш кисмидан юкорида
- Боши катта сегменти билан чанокка кириш кисмида
- Боши симфизнинг юкори киргогида 5 бармок кенглигида пайпасланади - 5/5
- Боши симфизнинг юкори киргогида 2 бармок кенглигида пайпасланади– 2/5.
- Коганок сувлари:
- Б – коганок парда бутун;
- Т – коганок сувлари тоза;
- К – коганок сувлари конли
- М – коганок сувлари меконий билан.
- Боши конфигурацияси:
- 0 – суяклари бир-бирига тегмайди ва орасидаги бириктирувчи тукималар осон аникланади.
- + суяклари бир-бирига енгил тегиб туради
- ++ суяклар бир-бирининг устида
- +++ суяклар бир-бирининг устига сезиларли алмашган.

Партограммани олиб бориш тамойиллари:

- Партограмма асосан тугрукнинг биринчи даврини олиб бориш учун кулланилади.
    - Бирок, тугрукнинг иккинчи даврида ва тугрукдан кейинги даврда хам она ва хомила холатини, бачадон кискаришини ёзиб боринг (Органайзерга каранг)
- Партограммани куйидаги холатларда тулдириб бошланади
    - Бачадон кискаришлари 10 дакикада бир ёки ундан ортик 20 секунд давомийлиги билан кискаришида ёки латент даврида ундан ортик булса
    - Бачадон кискаришлари 10 дакикада икки ва ёки ундан ортик 20 секунд давомийлиги билан кискаришида ёки фаол даврида ундан ортик булса
    - Шошилинч ёрдам ва/ёки тугрукни талаб киладиган асоратлар булмаганда
    - Партограммани тугрукдан сунг эмас, балки тугрук давомида тулдириш лозим.
    - Тугрук вактида партограмма тугрук хонасида туриши лозим.
    - Партограммани ургатилган ходим (шифокор ёки доя) тулдиради ва тахлил килади.
    - Шошилинч тугрукни талаб киладиган асоратлар юз берганда партограммани тулдириш тухтатилади.

И лова .

1.Партограмма (органайзер) - бу тугрук жараёнини график усулда тасвирлаш:

- Тугрук авж олиши (тугрук фаолияти, бачадон буйни очилиш, хомила бошининг харакати)
- Хомиланинг холати
- Онанинг холати

- Хомила бошининг харакатини ташки курик натижасида аниклаш
- Боши чанок кириш кисмидан юкорида
- Боши катта сегменти билан чанокка кириш кисмида
- Боши симфизнинг юкори киргогида 5 бармок кенглигида пайпасланади - 5/5
- Боши симфизнинг юкори киргогида 2 бармок кенглигида пайпасланади– 2/5.
- Коганок сувлари:

- Б – коганок парда бутун;
- Т – коганок сувлари тоза;
- К – коганок сувлари конли
- М – коганок сувлари мекоиий билан.
- Боши конфигурацияси:
- 0 – суяклари бир-бирига тегмайди ва орасидаги бириктирувчи тукималар осон аникланади.
- + суяклари бир-бирига енгил тегиб туради
- ++ суяклар бир-бирининг устида
- +++ суяклар бир-бирининг устига сезиларли алмашган.

Партограммани олиб бориш тамойиллари:

- Партограмма асосан тугрукнинг биринчи даврини олиб бориш учун кулланилади.
    - Бирок, тугрукнинг иккинчи даврида ва тугрукдан кейинги даврда хам она ва хомила холатини, бачадон кискаришини ёзиб боринг (Органайзерга каранг)
- Партограммани куйидаги холатларда тулдириб бошланади
    - Бачадон кискаришлари 10 дакикада бир ёки ундан ортик 20 секунд давомийлиги билан кискаришида ёки латент даврида ундан ортик булса
    - Бачадон кискаришлари 10 дакикада икки ва ёки ундан ортик 20 секунд давомийлиги билан кискаришида ёки фаол даврида ундан ортик булса
    - Шошилинч ёрдам ва/ёки тугрукни талаб киладиган асоратлар булмаганда
    - Партограммани тугрукдан сунг эмас, балки тугрук давомида тулдириш лозим.
    - Тугрук вактида партограмма тугрук хонасида туриши лозим.
    - Партограммани ургатилган ходим (шифокор ёки доя) тулдиради ва тахлил килади.
    - Шошилинч тугрукни талаб киладиган асоратлар юз берганда партограммани тулдириш тухтатилади.

2. Бахс-мунозара

Саволлар:

1) Тугрук даврлари.
2) Биринчи ва кайта тугувчиларда тугрукнинг давомийлиги.
3) Биринчи ва кайта тугувчиларда бачадон буйнининг текисланиш ва очилиш механизмни тушунтиринг
4) Тугрук биомеханизми
5) Йулдош ажралиш белгилари айтинг
6) Физиологик тугрукда кетган кон хажмини айтинг
7) Тугрукнинг биринчи даврида тугаётган аёлни неча марта ташкаридан курик утказиш мумкин?
8) Аёлни ташки курик утказаётган нимага эътибор бериш керак?
9) Хомила юрак уришининг сонини айтинг
10) Хомила пардаси качон йиртилиши керак?

Жавоблар:

1) Тугрук учта даврдан иборат.

Биринчи давр бачадон буйнининг кискариши (текисланиши) ва каналнинг кенгайиши.

Иккинчи давр - хомиланинг тугилиши.

Учинчи давр – йулдошнинг бачадон деворидан ажралиб, тугилиши.

2) Тугрукнинг 1-чи даври биринчи тугувчиларда 9 – 12 соат, 2-чи давр – 2 соатгача давом этади. Кайта тугувчиларда 1-чи давр 6 – 9 соат давом этади, 2-чи давр – 1 соатгача. Меёрда бачадон буйнининг кенгайиши хар соатда 1 см хисобланади. Тугрукнинг умумий давомийлиги биринчи тугувчиларда – 11,5 – 14,5, кайта тугувчиларда – 8,5 – 11,5 соат давом этади. 3-чи давр биринчи ва кайта тугувчиларда бир хил – актив бошкарилади.

3) Биринчи ва кайта тугувчиларда бачадон буйнининг текисланиш ва очилиш механизмни тушунтиринг

Биринчи тугувчиларда бачадон буйнининг морфологик узгариш унинг ички тешиги сохасидан бошланади, яъни бачадон буйнининг узунлиги кискарабошлайди. Кейин бачадон буйни текиланади, лекин ташки тешиги берклигича колиши мумкин. Бу жараён хамма аёлларда хам бир хил кечмаслиги мумкин.

Кайта тугувчиларда хомиладорликнинг охрида бачадон буйни 1-2 см очик булиши мумкин. Кейин бачадон буйни девори юпкалашади, шунинг учун бачадон буйнининг текисланиши ва камалининг очилиши тугрук даврида бир вактда кечади.

4) Тугрук биомеханизми турт давридан иборат:

1. Хомила бошининг эгилиши ва чанок кириш кисмига такалиши
2. Хомила бошининг кичик чанок сохасида буралиши ва олдинлама харакати
3. Хомила бошининг оркага кайрилиши
4. Хомила бошининг ташки буралиши, елкаларпинг ички буралиши

5) Йулдош ажралиш белгилари айтинг

А. Марказдан ажралиши (Шультце буйича) – бунда йулдош марказдан ретроплацентар гематома хосил килиб, ажралади. Бунда ташкарига кон окиб чикмайди, ретроплацентар сохадаги гематома йулдош билан бирга тугилади, йулдош хомила пардаларини ташкарига агдарилиш куринишида тугилади.

Б. Йулдошнинг четидан ажралиш (Дункан буйича) - бунда йулдош ретроплацентар гематома хосил килмасдан четидан ажралиб бошлайди. Кон йулдош ажралишиданок ташкарига окиб чика бошлайди. Йулдош она юзаси Билан ташкарига агдарили тугилади.

6) Физиологик тугрукда кетган кон хажмини айтинг

Уртача 150-200 мл ташкил килади. Умумий йукотилган кон хажми уртача аёл танасининг 0,5% ташкил килади, ёки 1 кг вазнига 5 мл-ни ташкил килади.

7) Тугрукнинг биринчи даврида тугаётган аёлни неча марта ташкаридан курик утказиш мумкин?

Ташки курик систематик равишда бир неча марта курилади, тугрук картасига эса хар 2 соатда кундалик сифатида ёзиб борилади.

8) Аёлни ташки курик утказаётган нимага эътибор бериш керак?

- бачадон шаклига, дард булмаганда бачадоннинг каттик юмшоклигига, бачадон тубининг жойлашганлигига, контракцион халканинг жойлашганлигига – кабиларга эътибор бериш керак
- дарднинг давомийлиги ва унинг кучига (буни врач кулларини бачадон туб сохасига куйиб билади), дард булмаганда бачадон деворини бушашганли (юмшоклик) даражасига
- хомила холати, куриниши, хомиланинг чанок кириш кисмига нисбатдан жойлашган кисмига (буни Леопольд-Левицкийнинг 4 – куриги асосидан аникланади), шу Билан бирга хомила бошининг чанок кириш кисмига клиник мутаносиблигига (Вастен белгиси).

9) Хомила юрак уришининг сонини айтинг.

Одатда хомила юрак уришининг тезлашиши (180 ва ундан куп) (100 ва ундан кам) ёки секинлашиши хомила гипоксиясидан даракдир.

10) Хомила пардаси качон йиртилиши керак?

Хомила пардаси бачадон буйниниг тула очилишига якин юзага келиши керак. Агар хомила пардаси бачадон буйнининг 6-7 см очилгунгача ёки тугрук бошланмасдан илгари йиртилса буни барвакт йиртилиши деб айтилади.

4.2. Тахлилий кисм

Масала 1

ҚВП врачига 28 ёши ҳомиладор олиб келинди. Ушбу ҳомиладорлиги 3-чи, 39-40 ҳафта.

Анамнези асоратланган. Шикояти – 3 соат давомида уни қорин пастки соҳасида ва белида номунтазам пастга тортувчи ва суст оғриққа. Ташқи текшириш ўтказилганда ҳомиладоролик етилганлиги, бачадон қисқариши аниқланган. Ҳомила узунасига жойлашган, олдиндаги қисми ҳомила боши. Қоғаноқ парда бутун. Ҳомила юрак уриши 1 дақиқада 148 марта, ритмик. Ҳомила қимирлашини сезади. Қин орқали текширилганда – бачадон бўйни юмшоқ, узунлиги 2,5 см, бачадон бўйни канали 1,5 см очиқ, ҳомила пардаси бутун, ҳомила боши I текислигида.

Савол:

1. Ташхис
2. УАШ тактикаси

Жавоб:

1. IIIҳомиладорлик 39-40 ҳафта. Прелиминар давр
2. Туғрукхонага ётқизиш.

Масала 2

Қайта туғувчи 38-ҳафтали ҳомиладорлик билан аёл врачга мурожаат қилади.

Ташқи текшириб кўрилганда аёл қорни ҳомиладорлик ҳисобига катталашган, овоид шаклида. Ҳомила бўйлама жойлашган, олдинда жойлащган қисми - боши. Дард фаолияти – ҳар 10 дақиқада 3 марта дард тутаяпти, унинг давомийлиги 40 сония. Дард бошланганлиги 3 соат бўлган. Қоғоноқ пардаси йиртилмаган. Аёлнинг умумий аҳволи қониқарли, томир уриши 1 дақиқада - 80 марта, қон босими 110/70 мм симоб устинига тенг. Қин орқали текшириб кўрилганда бачадон бўйни текисланган, канали 4 смга кенгайган.

Савол:

1. Ташхис
2. УАШ тактикаси

Жавоб:

1. Ҳомиладорлик 38 ҳафта, туғруқнинг 1- чи даври
2. Кузатиш ва зудлик билан туғруқхонага жўнатиш.

4.3. Амалий кисм

Амалий куникмалар руйхати.

1.Туғруқнинг 3 даврини фаол олиб бориш
2.Киндик қолдиғига бирламчи ишлов бериш.
3.Чақалоқ терисига ишлов бериш.
4.Бирламчи кўкракка тутиш.

5. Талабалар билимини бахолаш тизими

7. Назорат саволлари:

1. Туғруқ нима?
2. Туғруқ хабарчилари нима?
3. Прелиминар даврни ташхислаш ва олиб бориш
4. Туғруқ биомеханизми нима?
5. Туғруқнинг 1 даврини ташхислаш ва олиб бориш
6. Бачадон бўғзининг очилиши нимага боғлиқ?
7. Туғруқнинг 2 даврини ташхислаш ва олиб бориш.
8. Туғруқнинг иккинчи даврида шифокорнинг вазифаси.
9. Туғруқнинг 3 даврини ташхислаш ва фаол олиб бориш
10. Туғруқ даврларига боғлиқ ҳолда аёлни транспортировка қилиш.

Тест

1. Тугрукда канча микдорда кон кетиши физиологик хисобланади?	*0,4-0,5% 0,1%-0,2% 0,3%

0,6%

2. Чанок бушлиги тор кисми сатхининг тугри улчами?
*10га 10см
2га 10
5га 7
3га 4

3. Чанок чикиш сатхининг тугри улчами?
*9,5(11,5)
5см
6см
25см

4. Бош тепаси билан келганда хомиланинг боши кайси улчамда тугилади?
*12см
10см
23 см
56 см

5. Пешона биланкелганда хомиланинг боши кайси улчамда тугилади?
*12см
10см
13 см
5 см

6. 11 см га тенг коньюгатанинг номи?
*чин коньюгата
анатамик коньюгата
ташки коньюгата

7. Энсаси билан орка куринишда хомила бошининг ериб чикадиган улчами?
*12 см
10см
11см
8 см

8. Хомиладорликнинг ишончли белгилари.
*хомиланинг юрак уришининг эшитилиши
хайзнинг тухташи
сут безида огиз сути пайдо булиши
горвиг-гегар, гентер белгиларининг пайдо булиши

9. Перинатал давр качон бошланади.
*22 хафтадан чакалокнинг 28 кунлигигача
22 хафтадан 36 хафтагача
30 хафтадан 40 хафтагача
37 хафтадан 40 хафтагача

10. Тугрукхонага олиб бориш учун хомиладорга аеллар маслахатхонасидан бериладиган хужжат.
*алмашинув варакаси Ф 113
индивудиал варака Ф. III
процедур варакаси Ф. 29
статистик талон Ф 236

Тема №3: Кукрак сути билан озиклантириш. Физиологик туғруқдан кейинги давр.

1. **Таълим бериш технологияси (амалий машғулот)**

Вақт: 240 дакика	*Талабалар сони:10*
Машгулот утказиш жойи	стационар, муолажа хонаси, ФК, фломастерлар, муляжлар,тугруклар тарихи, кин кузгулари, буюм ойналари, шпателлар,стендлар, видеофильм, жадваллар,амалий куникмалар бажарилиши буйича стандарт кадамлар,

	ургатувчи-назорат дастури.
Ўқув машғулотининг тузилиши	1.Кириш кисм.. 2. Назарий кисм 3. Амалий кисм -амалий кункмалар алгоритми 4. Аналитик кисм: - вазиятли масалаларлар -тест
Ўқув машғулоти мақсади: Кукрак сути билан озиклантириш принциплари ва амалга ошириш йуллари билан таништириш ва ургатиш. Тугрукдан кейинги даврининг физиологик кечишини билган холда, бу даврни тугри олиб боришни ургатиш	
Педагогик вазифалар: 1. Кукрак сути билан озиклантириш принциплар билан таништириш ва УАШ урнини тушунтириш 2. Кукрак сути билан озиклантириш принциплари буйича оналарга маслахатлашни олиб боришни ургатиш ва кукрак билин эмизиш техникасинин ургатиш 3. Кукрак сути билан озиклантиришнинг афзалликлари ва карши курсатмалар билан таништириш 4. Нормал чилла даврини кечишини узига хослигини урганиш. Тугувчи аелларни текшириш ва олиб бориш принципларишва унга кирган гигиена, озикланиш ва контрацепция буйича масахатни олиб боришни ургатиш.	***Ўқув фаолияти натижалари*:** 1. Кукрак сути билан озиклантириш афзаллиги 2. Кукрак сути билан озиклантириш 10 кадами 3. Кукрак сути билан озиклантиришга карши курсатмалар 4. Кукрак сути билан озиклантириш буйича оналар билан сухбат/маслахат утказиш 5. Кукрак сути урин босувчи моддалар буйича Халкларароо кодекснинг маъносини тушунчаси 6. Хомиладорлик ва чилла даврида тугри овкатланиш ва гигиенага риоя килиш 7. Хомиладрларни амбулатор олиб бориш мезонлар 8. Тугрукдан кейин аёлларга контрацепция танлаш 9. Лаборатор ва асбоблар ёрдамида текшириш натижаларини тахлил килиш **УАШ бажара олиши лозим:** 1. Кукрак сути билан озиклантириш ва тугрукдан сунгги контрацепция буйича маслахат бериш 2. Туккан аелга ва чакалокка кукрак сути билан озиклантиришга курсатмаларни аниклаш учун бахо бериш 3. Кукрак сути билан озиклантиришга карши курсатмаларни аниклаш 4. Чакалокларга она кукрагини бериш техникаси/коидалари 5. Лаборатор ва асбоблар билан текшириш

	натижаларини тахлил килиш
Таълим усуллари	Дискуссия, суҳбат, амалий иш усули, видеофильмни куриш. Тукан аеллар ва чакалоклар билан амалиётни утказиш
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш,якка тартибли
Таълим воситалари	Укув кулланмалар, укув материаллар, Доска-стенд, флипчарт, кулкоплар, амалий куникмаларни бажариш алгоритми
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув, блиц сўров, тест, вазиятли масалаларни ечиш, амалий куникмалар демонстрацияси, бахо

Укув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти (мин)
1	Укитувчининг кириш сузи	Кун тартибини эълон килиш	10
2	Бахс-мунозара методи билан уйга берилган вазифани мухокама килиш, видеофильмни куриш. “Уч босқичли интервью” уйини	Суров, тушунтириш, видеофильмни куриш. «Кукрак сути ва сунъий йул билан озиклантиришни фарки нима?» - саволга жавоб	40

		бериш.	
3	Беморларни кабул килиш, кундузги стационарда курацияси.	Беморларни куриш. Чакалокларга она кукрагини бериш техникаси/коидалари билан кадам-ю-кадам машгулот утказиш	50
4	Амалий куникмаларни такомиллаштириш. Мустакил амалиёт.	Тукан аеллар ва чакалоклар билан амалиётни утказиш ва Муляжларда куникмаларни ишлатиш, лаборатор ва инструментал текширув натижаларини тахлил килиш , Илова №1	40
5	Курик ва лаборатор-инструмнтал натижаларни тахлил килиш. Таккослама ташхис, даволаш ва реабилитация режасини тузиш. Кичик гурухларда ишлаш – вазиятли масалаларни ечиш	Тугрук тарихи, дискуссия. Кичик гурухларда ишлаш Илова №2	50
7	Мавзунинг назарий ва амалий кисмларни укитувчи билан мухокама килиш. Мавзуни мухокама килиш. Куйилган максад ва вазифалар буйича гурух олинган билимларга бахо бериш.	Дискуссия, суров, Амалий куникмаларни текшириш Илова №3	40
8	Укитувчининг мавзу буйича якуни. Хар бир талабанинг билимларини бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар. Илова №4	10
			240

2. Мотивация

Бугунги кунда маълумки, чақалоқлар ва икки ёшгача бўлган болалар учун кўкрак сути энг яхши озуқа бўлиб ҳисобланади. Чақалоқ туғилгандан бошлаб эмизиш оналарда чилла давридаги қон кетишларни ва болалар ўлими ҳамда касалланишини камайтиради.

3. Фанлараро богликлик:

Бу мавзуни ўзлаштириш учун анатомия, физиология, эндокринология, диетология, педиатрия бўйича билимлар талаб қилинади.

4. Машгулотнинг мазмуни

4. 1. Назарий кисм

Она сути билан озиклантириш гудаклар учун энг маъкул озиклантириш деб хисобланайди. Чакалокларни тулик равишда жисмоний ва аклий усишга ва ривожланишга, бундан ташкари факатгина болага эмас, балки онага хам самарали таъсир курсатади. Маълумотлар буйича она сути билан озиклантириши бериши неонатал улимнинг 58-87%га камайтиради (The Lancet, 2005). ЖССТ томонидан берилган маълумоти буйича йилига 1,5 миллион уликларни бир йила факатгина кукрат сути билан озиклантириш йули оркали камайтириши мумкин.

Чакалоклар тугилган захотидан бошлаб то камида 6 ойгача, лекин айрим холларда биринчи 4 ойгача, факатгина она сути билан озиклантирилиши шарт.

Иложи булса,она боласини 1 ёшгача кукрак сути билан озиклантириш керак, айникса ахоли орасида юкумли касалликлар кенг таркалган худудларда эса кукрак сути билан бокишни иккинчи йили ва ундан ортик муддат мобайнида тавсия килинади.

Кукрак сути гудаклар учун энг яхши ва фойдали озик деб хисобланади, чунки таркибида чакалокка биринчи 6 ойда (26 хафта) хамма зарур озик моддаларга етарли даражада бор. Бундан ташкари, унинг таркибидаги озик моддалар – енгил узлаштириладиган урин босмайдиган туйинмаган ег кислоталар, айрим сутли оксиллар, темир - чакалокнинг мухтожлигини кониктиради. Кукрак сути таркибида сунний озикланиш аралашмаларида булмаган иммунологик ва биологик моддаларга эга, ушбу моддалар бактериал ва вирусли инфекцияларан химоялашади хамда гудакнинг ичакларининг янги шароитга урганишга ва ривожланишга йул куяди.

Онага чакалокни биринчи маробата кукракка тутишни ургатиш кадамлари:

1. Аёлни ва болани холатини бахоланг, биринчи ккрак эмизишига тайерлигига ишонч хосил килинг
2. Ает бушашган холатда булиши ва бола кукракка якин тутиш учун узига кулай булган холатни танлаш керак
3. Аелга кукракни биринчи тутиш хакида гапириб беринг ва ундан айтганларингизни килиб курсатишни суранг
4. Болани корин билан онанингкорин томонга угириш ва бола бошини чузилмаслигига ишонч хосил килиш
5. Онага болани бошини эмас, балки оркасини тутишни маслахат бериш, эмизаётган пайитда болани боши ва танаси битта чизик буйича булиши керак
6. Болани бурни билан кукрак сургичи бир хил чизикда булиши шарт
7. Аелга бармоклар билан кукракни ишкаламасликни айтиш, агар кукракни ушлаб туриш керак булса, буни онага ургатиш яъни, кул кафти билан кукракни остидан, бош бармок билан кукракни юкорисидан ушлаш. Бундай ушлаганда бармоклар сургичдан тахминан 10 см узокда булиши керак
8. Онадан сургични эхтиетлик билан болани огзига тутишни сураш керак. Качонки бола огизни очганидан сунг кукракни «ушлаб олиш»га бериш керак, пастки лаб суртгични етарлича камраб олиш керак
9. Болага кукракни яхши тутиш белгиларни текшириш. Онадан унинг сезгиларини текшириш.

Она сути билан озиклантириш 10 коидалари

1. Медицина ходимларига маълумотни беришдан аввал Она сути билан озиклантириш хакида езма коидаларни билиш керак
2. Хамма медицина ходимларига бу коидаларни ургатиш керак ва бу коидаларга амалий куникма хосил килиш керак

3. Хамма хомиладор аелларга она сутининг эмизишни афзалликлари ва эмизиш коидалари хакида ахборот бериш
4. Бола тугилгандан сунг бир соат давомида болани кукракдан эмизишга онага ердамлашиш, болани эмизишга тайерлаш
5. Она ва бола алохида булганда кукракдан эмизиш коидалари ва лактацияни кандай давом эттиришни ургатиш
6. Чакалокка она сутидан бошка хеч кандай овкат ва суюкликлар бермаслик. Тиббий курсатмалар бундан мустасно
7. Она ва болани бирга булишини амалда куллаш. Она ва чакалокни суткада 24 соат бирга булишига тавсия килиш
8. Болани хохишига караб, кукрак билан эмизиш
9. Кукрак билан озиклантираетган болаларга хеч кандай сургич ва шишалар ишлатмаслик
10. Клиника ва стационардан чиккандан сунг кукрак билан эмизиш буйича ташкил килинган гурухларни рагбарлантириш

Она сути билан озиклантиришга карши курсатмалар

1. галактоземия 50 000:1
2. усага карши препаратлар ва радиоактив моддалар билан даволанаетган оналар
3. ОИТС билан зарарланган оналар
4. Онада фаол сил инфекцияси (хамма силга карши дорилар олган аеллар эмизиш мумкин)
5. Уткир хаво-томчи йул билан таркаладиган инфекция – дифтерия

Кукрак сути урин босувчи моддалар буйича Халклараро кодекс маъноси

ЖССТ асосий холатлар резолюцияси

1. Кукрак сути уринни босувчи моддалар ва шиша, сургичлар рекламасига рухсат бермаслик
2. Оналарга бепул намуналар бермаслик
3. Тиббий биноларда махсулотлар реклама килмаслик, уларни бепул таркашлик еки пасайтирилган нархда таркатишни такиклаш
4. Компания аъзоларини оналарга маслахат беришига йул бермаслик
5. Медицина ишчиларга совгалар килмаслик, намуналар бермаслик керак
6. Сунъий озиклантришни расмлар еки сузлар оркали ташвикот килмаслик
7. Медицина ишчиларга бериладиган ахборотлар илмий ва фактларга асосланган булиши керак
8. Сунъий озиклантириш хакидаги ахборотлар кукрак билан эмизиш афзалликлари, шунингдек, сунъий озиклантириш билан боглик булган хамма зарарлар хакида этикеткалар таркатиш
9. Еш болалар учун тугри келмайдиган махсулотлар куюлтирилган сут шакар билан реклама килмаслик
10. Хамма махсулотлар юкори сифатли, иклим шароитни хисобга олган холда, шунингдек, улар ишлатилганда саклаш шароитини хисобга олиб чикарилиши керак.

Кукрак сути билан эмизишни она ва бола учун афзалликлари

Бола учун:

1. Диспептик касалликлар учраши ва давомийлиги камаяди
2. Респиратор инфекциядан химоялайди
3. Отит ва унинг кайтарилиш холатлари камаяди
4. Чакалокларни некротик энтероколитдан, бактеремиядан, менингитдан, ботулизмдан ва сийдик йуллари инфекциясидан химоя килади

5. Аутоиммун касалликларга, шунингдек 1 тури кандли диабет ва ошкозон-ичак йуллари яллигланиш касалликлари хавфи камаяди
6. Соглом болани бирданиги улиш синдроми хавфи камаяди
7. сигир сутига аллергия ривожланиш хавфи камаяди
8. кукрак сути таркибида туйинмаган ег кислоталари булиш сабабли куриш уткирлиги ва психомотор ривожланиш яхшиланади
9. IQ шкаласи буйича аклий ривожланиш курсаткичи ошади
10. Тишлаш аномалиялари камаяди.

Она учун:

1. курак билан эмизишни эрта бошлаш тугрукдан кейин онаниг узига келишини, бачадон инолюциясини тезлаштиради, кон кетиш хавфи ва оналар улимини камайтиради, гемоглобин захирасини саклайди, тугрукдан кейин бепуштлик даври узаяди, интергенетик интервал узаяди

3Тана вазнини йукотиш тезлашади ва хомиладор булгунгача булган вазнга кайтишга ердам беради.

4.Климаксдан олдинги даврда кукрак ракини хавфи камаяди

5.Тухумдон раки хавфи камаяди.

6.Суякларда минерал алмашувини яхшилаш хисобига климаксдан кейинги даврда сон суяги синиши хавфини камайтиради.

Чилла даврини кечиши ва олиб бориши

Физиологик чилла даври йулдош тугилгандан бошлаб 6-8 хафта давом отади. Бу даврида хамма жинсий аъзолар инволюцияга учрайди. Чилла даврида асосан жинсий системани 2 инволюция жараёни ва сут безларининг функционал активлиги кузатилади.

Физиологик чилла даври аёлнинг умумий ахволи коникарли булиши, харорат ва пульс тезлигининг нормал булиши, бачадоннинг тугри инволюцияси, лохияларнинг сифати ва микдорини нормал булиши, сут безларни нормал функцияси булиши билан характерланади.

Хомиладорлар тугрук муносабати билан руй берган узгаришларнинг деярли барчаси чилла даврида бархам топади. Шуни айтиб утиш керакки оналик хиссиёти, аёлнинг хулки узгаради. Тугрукдан кейинрок бачадон буйи урта хисоб билан 15 см ва унинг вазни 1 кг келади.

Бачадоннинг кискараши бачадон тубидан пастки кисмига караб, кучнинг камайиши билан боради. Бачадон кискариш даражасини бачадон тубининг баландлигига караб аниклаиади. Тугрукдан кейинги биринчи 10-12 кун давомида бачадон туби хар куни 1 смтушади.

Тугрукдан кейинги 1 суткада агар ковук бушатилган булса бачадон туби киндик даражасида булади (ков суягидан 15-16 см юкори). Сунг кейинги 8-10 сутка давомида бачадон туби баландлиги уртача 0,7-1 см га кискариб боради ва тугрукхонадан чикишига 3-4 см ташкил килади. Миометрийни асосий массасини йукотилиши Билан бир каторда бачадон шиллик каватининг тикланиб бориши хам кузатилади. Тугрукдан кейинги 2-3 кун ичида колган децидуа тукимаси 2 катламга ажралади. Юзаки кават некрозга учрайди ва лохияларни хосил килади. Миометрийга епишган базал кават эндометрийнинг усиш манбаи хисобланади. Эндометрийнинг регенерация жараени плацентар майдончадан ташкари тез кечади.

Йулдошдан ташкари булган майдон 7-10 кунда, колган кисми эса 3 хафта ичида эпителий билан копланади.

Тугрукдан кейин 6-8 хафтадан сунг бачадон узининг олдинги холатини олади. Шу билан биргаликда бачадоннинг ички каватининг битиши кузатилади. Ишлаб чикилган протеолитик ферментлар таъсири остида кон куйкалари булакчалари парчаланиб кучиб тушади. Яра битиш даврида яра атрофида лейкоцитлардан вал хосил булади на бу вал бачадон деворига микроорганизмларни киришга каршилик курсатади.

Бачадон ички девор эпителизацияси 9 кунга тугайди, шиллик каватниинг кайта тикланиши 6-7 хафтада тугайди. Богламлар аппарата секин - аста 3 хафтанинг ичида уз холатига келади. Тугрукдан кейинги даврда аёлларни парвариш килишда асептика ва антисептика коидалорига риоя килиш катта ахамиятга эгадир. Бачадондаги жарохат сохаси, кичик шилинишлар, юмшок тугрук йулларининг ёрик ва йиртилишлари инфекция кириши учун йул булиб хисобланади. Шунинг учун тугрук йулларидан инфекциянинг киритилиши тугрукдан кейинги йирингли септик касалликларининг ривожланишида катта хавфдир.

Туккан аёл ва унинг оила аъзоларига эътиборли булиш керак, аёлни куллаб-кувватлаш керак ва рагбатлантириш керак. Аёлни тугрукдан кейинги даврда ёлгиз колдирмаслик керак. Она ва боланинг «терини-терига» узвий контактипи тугрукдан сунг 1 соат ва ундан хам купрок вакт давомида эттирилади, бунда она ва боланинг устини иссик, чойшаб билан ёпиш лозим. Агар она узини ёмон хис этса, педиатрдан болага карашини илтимос килинади.

Тугрукдан сунг *2* соат мобайнида хар 15 дакикада бачадон массажини такрорлаш лозим, сунг яна 2 соат мобайнида - хар соат ва куйидагиларга эътибор берган холда туккан аёлни хар куни тугрукдан сунг 5 кун давомида кузатиб бориш керак:

- тери ва шиллик.каватнинг ранги; .
- А/Б, пульс (брадикардия!);
- тана харорати;
- бачадон инволюцияси;
- сут безларини ва сургичларни холати;
- жинсий йуллардан ажралмаларни характери, микдори ва хиди.

Лохиялар – бу тугрукдан кейинги ажралмалар (кон, шиллик ва парчаланган органик элементлар). Лохиялар узига хос хитга эган, реакцияси нейтрал ёки ишкорий.

Жавоб беришдан олдин (ёки тугрукдан сунг 5 кун утгач) уй ёзувларини олиб боришнинг ахамиятини пациентга тушунтириш керак. Пациеитнинг тугрукдан сунг 10-15 кунларда яна бир марта курувга келиши керак. Бунда куйидагиларга уьгибор бериши лозим:

- шикоятлари;
- А/Б, пульс, температура;
- лактация хусусияти ва сут безларининг холати;
- лохияларнинг хусусияти;
- аёл овкатланиши,

- жисмоний мехнат ва дам олиш режимига риоя килаётганлигини аниклаш керак;

- аёл гигиена коидаларига риоя килаётганлигини аниклаш лозим.

Чилла даврида сийдик ва ахлатнинг ажралишнинг ушланиб колиши, бачадон субинволюцияси, сут безларнинг буртиши булиши мумкин. сийдик

ушланиб колганда уни рефлекс оркали чакиришга харакат килиш керак. Натижа булмаганда медикаментоз терапия кулланилади (прозерин, окситоцин, магнезия сульфат). Бу хам фойда бермаганда катетер оркали бушатилади. Мустакил ахлат ажралиши кузатилмаганда 3-чи суткасига тозалувчи хукна ёки сурги дорилар ичишга берилади.

Чилла даврида 2 физиологик иситма кузатилади. 1-чиси – тугрукдан сунг 12 соатгача (вегетатив асаб системасини чарчаши ва сут кислотасининг конда микдорининг ошиши натижасида). 2-чиси – тугрукдан 3-4 кунида кузатилади (киндан микроорганизмлар бачадонга утиши натижасида). Бу харорат 37,5 дан ошмайди.

Тугрукдан сунг 2 кун ичида овкат осон хазим буладиган булиши керак. 3-чи кундан сутли, оксилли махсулотлар, Янги сабзавотлар ва мевалар истеъол килинади. Аччик, шур, консерва, колбаса, ёгли, унли, гушт, алкоголь ва бола учун аллерген хисобланган махсулотларни кабул килмаслик керак.

Бачадон субинволюцияси – бачадонни оркага кайтиш жараёнинг сусайиши. Бунда корин пастига муз, 1 мл окситоцин, игнарефлекстерапия буюрилади. 2-3 суткасида бачадон УЗИсини зарур.

Тугрукдан кейин контрацепция

	Эмизадиган аёл	**Эмизмайдиган аёл**
Презервативлар	Жинсий хаёт бошланиши билан куллаш мумкин	
АОКлар ва инъекцион контрацептивлар	Эмизишни тухтатгандан сунг ёки тугрукдан 6 ойдан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан 3 хафтадан сунг менструация тикланмаган булса хам бошлаш мумкин
Тоза прогестиновли орал контрацептивлар	тугрукдан 6 хафтадан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан кейинги истаган вактида бошлаш мумкин
Инъекцион контрацептивлар (Депо-Провера)	тугрукдан 6 хафтадан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан кейинги истаган вактида бошлаш мумкин
Норплант имплантатлар	тугрукдан 6 хафтадан сунг куллаш мумкин	Тугрукдан кейинги истаган вактида бошлаш мумкин
БИВ	Тугрукдан кейинги биринчи 48 соатда ёки 6 хафтадан кейин киритиш мумкин	
Спермицидлар	Жинсий хаёт бошланиши билан куллаш мумкин	
Лактацион аменорея усули	Агар чакалок факат кукрак билан озикланса ва менструал функция тикланманган булса биринчи 6 ой ичида кулланилади.	
Аёллар стерилизацияси	Тугрукдан кейинги биринчи 48 соатда ёки 6 хафтадан кейин куллаш мумкин.	

4.2 Илова №1

Амалий куникмалар руйхати:

1. Кукрак сути билан озиклантириш буйича маслахат бериш

2. Чакалокларга она кукрагини бериш техникаси/кадамлари

3. Контрацепция усуллари буйича маслахатни олиб бориш (Репродуктив согликни саклаш. Маслахатлаш мавзуда)

4. Ташки умумий текшириш

5. Гинекологик курик

Аналитик кисм

Илова №2

Вазиятли масала №1. Физиологик тугрукдан сунг аёлд 5чи кунида тан харорати 37,8 градусгача кутарилиб, кукрак безларида огрик бевзота буляпти. Объектив курикда кукрак безлари пальпацияда каттиклашганлиги, огрик аникланаяпти, аммо гипремия ва шиш кузатилмаяпти. Бачадон ва бошка аъзолари томонидан узгаришлар аникланмаган

Саволлар:

1. Ташхис
2. УАШ олиб бориш тактикаси

Жавоблар:

1. Чилл давринг 5 суткаси, лактостаз
2. Кукрат сути Билан бокиш принципларни риоя килиш, хамда факат кукрак билан эмизиб туриш. Кукракларни хар эмизишдан сунг согиб туриш, бюстгалтер тутиш ва но-шпа 2%-2,0 мушак орасига еки 2 таблеткадан 0,04 г дан.

Вазиятли масала №2. Тугрукдан сунг аёлда 5 суткасида бачадон туби баландлиги киндикдан 2 см пастда жойлашган, пальпацияда ва бимануал текширувда – бачадон огриксиз, харакатчан, бачадонни буйни шаклланган, бачадон бушлигида кон лахталари аникланмаяпти. Тана харорати – нормал. Киндан ажралмалар – консимон-селли лохиялар, урта микдорда. Кушимча патология: анемия II даража, букок I даража. Ael муддатдаги тугрукни асоратсиз таббий йул оркали утказган. Ушбу тугрук – 5чиси.

Саволлар:

1. Ташхис
2. Сабаби нима
3. УАШ олиб бориши

Жавоблар:

1. Чилла да 5 сутки, суврининг 5 суткаси. Бачадон субинволюцияси
2. Куптугувчи аёл (5-чи тугрук), анемия II даража
3. Окситоцин 5 ЕД м/о 2 куниг 2 маробата, киннинг иссик спринцеванияларкушма патологияни даволаш: анемия, букок.

Илова №3

Тестлар:

1. Болани факат кукрак сути билан кандай вактгача бокиши лозим/шарт?

А. 6 ойгача*

Б. 5 ойгача

В. 1 ёшгача

Г. 8 ойгача

Д. 3 ойгача

2. Тугрукдн сунгги давр, 3 суткаси. Бачадонни тубининг баландлиги кинлик сохасида, танаси юмшок, огриксиз, лохиялар оз микдорда. Келтирилган холат нимага мос?

А. лохиометре*

Б. метроэндометрит

В. перитонит

Г. плацентар полип

Д. параметрит

3. Туккан аёлда 10 суткасида лохияларни кандай булиш керак?

А. шилимшик

Б. сероз-шилимшик *

В. конли

Г. конли-сероз

Д. конли-шилимшик

4. Тукан аёлда 7 суткасида бачадон тубини баландлиги каерда булиш керак?

А. ков суягидан 3 бармок юкорида*

Б. ков суягининг юкори киргок сохасида

В. киндик сохасида

Г. киндик ва ков суягининг уртасида

Д. киндикдан 2 бармок пастда

5. Чакалокнинг она кукракка коидаларга кайси 3 кадам киради?

А. аёл узига кулай булган холатни танлаш керак*

Б. болани корин билан онанинг корин томонга, оананг кукраги боланинг кукрак томонига угириш*

В. она болани оркасини тутиши/ушлаши керак*

Г. она болани бошини кукрагига тутиши/ушлаши

Д. кукракни берганда бармокларлар билан кисилади

6. Она сути ишлаб чикариши нимдан иборат (3)?

А. бола канча кукракни эмса, шунчаки куп сут ишлаб чикарилади *

Б. она сут етарли даражада ишлаб чикарилишига ишонч хосил килгандан *

В. боланинг сут кукрагини тугри эмганда*

Г. курак улчамидан

Д. кукрак тузилишидан

7. Гудакнинг оч колиши 3 белгини топинг:

А. бошни кимирлаши*

Б. кулни огзи томонига тортиши*

В. Сулак окиши*

Г. нотинч уйку

Д. кориннинг дам булиши

8. Кукрак сутининг 3 афзаллигини курсатинг:

А. унинг таркибида гудак учун хама керакли моддалар тугри нисбатлигида борлиги*

Б. турли инфкциялардан сутнинг химояловчи механизми борлиги*

В. ривожлнаятган бола учун керакли моддаларни тулик равишда*

Г. ширин таъми

Д. куукрак сутининг таркибининг доимийлиги

9. Гудакнинг сутни етарли даражада омаслик 3 белгини курсатинг:

А. вазн етарли даражада ошмаслиги *

Б. кам сийиш*

В. гудак эмизилгандан сунг тинчмаганлиги *

Г. гудакнинг йиглаши

Д. гуданинг уйкиси ёмон

10. Кайси 3 белги кукрак бези етарли даражада сут ишлатилмаганлигини сабачиси деб хисобланмайд:

А. онанинг ёши*

Б. хайз келиши*

В. кесар кесиш*

Г. эмизишнинг оралиги чузайганлиги

Д. кечки эмизиши йуклиги

11. Эмизганда кайси 3та харакат ман этилади?

А. агар бола кукракни куйвормаган булса, эмизишни тухтатиш*

Б. бошка суюкликларни болага бериш *

В. болага соска бериш*

Г. болани кечаи эизиш

Д. овкатлантириш учун согилган сутни бериш

12. Болага сутни етмаганлигини 3 сабабини топинг:

А. киска вакт эмизиш*

Б. онанинг сикилиши, стресси*

В. кукрак безнинг охиргача бушатилмаслиги *

Г. боланинг ёши

Д. оананинг ишхонасига кайтиши

13. Кукрак сути согишнинг 2 коидани топинг:

А. ката ва 2чи баокларни бир-бирига карама-карши жойлаштиринг, колган бармоклар эса кукракнинг пастидан ушлаб туриш керак*

Б. ката ва 2чи бармоклар билан кукракни суртгични юкорисидан сикиб туриши *

В. бармокларнинг харакати терида сирпаниб юриш керак

Г. суртгичларни эзиб, улардан сутни сикиш

Д. хар бир кукракни 3 дакикадан кам согиш

14. Кукрак эмизиш учун нотугри берилса 3 окбатини топинг:

А. суртгични «хаддан ташкари суриб» келажак огрик булиши*

Б. суртгични шикастланиши*

В. бол етарли даражада сут олмаслик*

Г. боланинг нотинчлиги ва йиглаши

Д. боланинг эмизишдан воз кечиш

15. Тукан аёлнинг инфекциядн химоялашнинг 3 йулини курсатинг:

А. огиз бушлигини парвариши*

Б. Кул ювиш*

В. окмаларни алмашиб туриши*

Г. гигиеник душнинг кабул килмаслиги

Д. эмизишдан воз кечиш

16. Тйккан аёлда 3 кун ичи кемаган. Нима тавсия килишингиз мумкин (2 тугри жавоб топинг):

А. тозаланувчи клизма*

Б. тузли ич кетиш дориси*

В. ег клизмаси

Г. сена экстракти

Д. кора олхури/чернослив

17. Эмизишдан бола ва она купрок фойда куриш учун 3 тугри кадамни курсатинг:

А. эмизишни тугрукдан сунг эртарок бошлаши *

Б. боланинг биринчи талабига караб эмизиши*

В. биринчи 4-6 ойда факат она сути билан бокиши*

Г. аёлнинг ахволи унча яхши булмаса, эмизишни тухтши

Д. кундузи хар 3 соатдан тез эмизмслик

18. Чилла даврнинг давомийлиги:

А. 42 кун*

Б. 6-8 хафта*

В. 4 хафта

Г. 12 соат

Д. 10 кун

19. Тёккан аёлнинг куригига кирмайди (2):

А. умумий ахволини бахолаши

Б. кориннинг ва бачадон тубининг пайпаслаши

В. лохийларни/кин ажралмаларга хид, тури ва микдорига бахо бериш

Г. БИС киритиш*

Д. бачдон деворларини бутунлигини аниклаш*

20. Лактостзга куйидаги 2 белги хос:

А. кукрак безларнинг бир меёрда шишиб колиши*

Б. кукрак безларнинг уртача дражада шишиб колиши

В. тна харорати 40 градус, совукотиш

Г. сутнинг бемалол келиши*

Д. кон босимиг кутарилиши

Назорат учун саволлар:

1. Чилла даври тушунчаси, давомийлиги ва узига хос томонларини айтинг
2. Нормал чилла даври кандай кечади?
3. Чилла даврида бачадонда кандай узгаришлар кечади?
4. Чилла даврида кандай контрацептив усуллари тавсия этилади?
5. Чилла даврини олиб боришда УАШ урни кандай?
6. Лохиялар деб нима айтилади?
7. Оралик тонусини кандай тиклаш зарур?
8. Чилла даврида бачадонда кандай узгаришлар кечади?
9. Кукрак сути билан бокишнинг афзалликларини айтинг.
10. Кукрак сути билан озиклантиришни асосий принципларни айтинг.
11. Кукрак сути билан бокишга карши курсатмаларни айтинг.
12. Лактацион аменорея усулиниг шартларини айтинг ва унинг самарадорлиги кандай?

Мавзу№4: Асоратланган хомиладорлик. Бачадон чандиғи билан ҳомиладорларни олиб бориш. Замоновий акушерликда кесар кесиш.

2. **Укув машгулотида укитиш технологияси модели**

Укув соати: 240 мин.	Укувчилар сони: 8-10киши
Укув машгулоти УТИШ ЖОЙИ	Акушерлик комплекси, ҳомиладорлар патология бўлими, туғруқ зали, аудитория, жаррохлик хонаси.
Укув машгулоти тузилиши	3. Кириш 4. Назарий кисм 5. Амалий кисм - беморлар курацияси - амалий куникмалар алгоритми 6. Тахлилий кисм - вазиятли масалалар - тестлар тахлили
Машгулот мақсади: Талабаларни, бўлажак умумий амалиёт врачларини, бачадонида чандиғи бўлган ва ҳомилани нотуғри жойлашиши билан ҳомиладорларни гестация динамикасида мустақил бошқаришга, жаррохлик йули билан туғган аёлларни реабилитация қилиш, диспансер ҳисобига олиш, репрадуктив саломатликни сақлаш ва тугруқдан кейинги даврда оилани режалаштириш ва контрацепция усуллари буйича чора тадбирларни амалга оширишга ургатиш.	
***Педагогик вазифалар*:** • Оператив туғруқ лозим бўлган ҳомиладор аёлларда абсолют ва нисбий курсатмаларни аниқлашни ургатиш; • Бачадонида чандиғи бўлган ҳомиладор аҳволини бахолаш ва хомиладорликни давом эттиришнинг	***Укув фаолияти натижалари*:** **УАШ эгаллаши лозим**: • Оператив туғруқ лозим бўлган ҳомиладор аёлларда абсолют ва нисбий курсатмаларни аниқлаш; • Бачадонида чандиғи бўлган ҳомиладор

кейинги тактикасини аниқлаш (ҳомиладорликни давом эттиришга бўлган абсолют қарши кўрсатмалар); • Туғруққа тайёрлаш учун ҳомиладорларни госпитализация қилиш критерийларини ургатиш; • Бачадонида чандиғи бўлган аёлларни амбулатор-поликлиника, хамда уй шароитида реабилитация қилиш ва туғруқдан кейинги даврда контрацептив воситаларни танлаш бўйича маслаҳат беришни ургатиш; • Бачадонида чандиғи бўлган ва хомила нотугри жойлашган ҳомиладор аёлларни ташқи акушерлик текшириш куникмаларини курсатиш; • Хомила юрак уришини эшитишни Хомиланинг тақминий оғирлигини ҳисоблашни ва хомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлашни ургатиш ва курсатиш; • Хомила ва туғувчи аёл аҳволининг кечиктириб бўлмас хавф солувчи ҳолатларида госпитализациягача бўлган тезкор ёрдам;	аҳволини бахолаш ва хомиладорликни давом эттиришнинг кейинги тактикасини аниқлаш (ҳомиладорликни давом эттиришга бўлган абсолют қарши кўрсатмалар); • Туғруққа тайёрлаш учун ҳомиладорларни госпитализация қилиш критерийларини аниқлаш; • Бачадонида чандиғи бўлган аёлларни амбулатор-поликлиника, хамда уй шароитида реабилитация қилиш ва туғруқдан кейинги даврда контрацептив воситаларни танлаш бўйича маслаҳат бериш; **УАШ бажара олиши лозим:** • Бачадонида чандиғи бўлган ва хомила нотугри жойлашган ҳомиладор аёлларни ташқи акушерлик текшириш; • Чаноқ ўлчамларини ўлчаш; • Хомила юрак уришини эшитиш; • Хомиланинг тақминий оғирлигини ҳисоблаш; • Хомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш; • Хомила ва туғувчи аёл аҳволининг кечиктириб бўлмас хавф солувчи ҳолатларида госпитализациягача бўлган тезкор ёрдам;
Таълим усули	Дискуссия, сухбат, видеокурик, ургатувчи уйинлар Яширилган хазина уйини
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа булиб ишлаш
Таълим жихозлари	Укув дарсликлари, укув материаллари, касаллик тарихи, таркатма материаллар, амалий куникмалар кадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескари алока усул ва жихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятли масалалар ечиш, амалий куникмаларни намойиш килиш

6. Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакили	Давомий лиги 240дақ
1	Ўкитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)	Кун тартибини эълон цилиш	10

2	Уй вазифасини мухокама цилиш “Инцидент усули”	Суров, тушунтириш, илова №1	40
3	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, талабаларни дастлабки билим даражасини текшириш.	Ҳомиладор аёлларни қўриш ва суҳбат ўтқазиш. Бачадондаги чандиқни аҳволини аниқлаш, хомиларни юрак уришини эштиш.	50
4	Талабаларни машгулотни амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши, мустақил курация	Амалий куникмалар чанок улчамини улчаш, ҳомила юрак уришини эшитиш, ҳомиланинг тахмини оғирлигини хисоблаш (илова №2) Видеофильм «Кесар-кесиш операцияси.	50
	Танаффус		30
5	Тематик беморни лабо-ратория, инструментал текширувларидан олин-ган натижаларни тахли-ли, диф.диагности-ка, даволаш ва соғломлаш-тириш режасини тузиш.	Клиник лаборатор анжомлари билан ишлаш. Кичик гуруҳларда ишлаш. (илова №3)	45
6	Талабларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш нотижаларини муғокама қилиш, мустахкамлаш ва машғулот максадига эришилган-лик даражасини хисобга олган холда гурух фаолиятини баҳолаш.	Мунозара – бахс, ситуацион масалалар ва тестларни ишлаш. (илова №4) Амалий ишларни натижасини текшириш.	45
7	Хулоса баҳолаш, кейинги дарсга тайёрлаш учун саволлар, ҳар бир талабанинг фаолиятини юз баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш	Ахборот, мустақил тайёрлаш учун саволлар	15
			240

2. Мавзуни асослаш:

Бачадонда чандиги булган хомиладорларни рационал бошкариш, кайта жарроклик ёки табиий тугрук йуллари оркали тугруклар учун аник курсатмаларни аниклаш, она ва перинатал улимни камайтиришга имкон бериш. Максадга мувофик, ушбу мавзу - Умумий Амалиёт Шифокорининг хавф гурухларни тўгри аниклашига, ташхис кўйишга, госпитализация муддатини белгилаши ва ўз вактида профилактик тадбирларни ўтказишни ўргатишда мухимдир.

3. Фанлараро ва фан ичидаги богликлик:

перинатология, хирургия, гематология, анатомия, физиология, жонлантириш.

4. Машгулот мазмуни

4.1. Назарий кисм

Кесарча кесишга абсолют курсатмалар.

Абсолют кўрсатмалар қуйидаги сабабларни ўз ичига олади:

-III – IV даражали тор чаноқ;

-ҳомилани туғилиши учун тўсқинлик қилувчи ўсма ва чандиқли ўзгаришлар;

-плацентанинг тўлиқ олдинда жойлашиши ёки нотўлиқ жойлашганда қон кетганда;

-нормал жойлашган плацентанинг муддатидан илгари кўчиши (табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни тез якунлаш учун шароит бўлмаганда);

-хомиладорлик ёки туғруқнинг биринчи даврида эклампсия. Тезда туғдириб олиш имконияти бўлмаган (оғир даражали гестоз) Ҳомиладорларда даво самара бермаган холда ва буйрак-жигар етишмовчилиги юзага келганда;

-ҳавф солувчи бачадон ёрилишида;

-ҳомиланинг нотўғри жойлашишида;

-бачадон деворининг нотўлиқлиги (илгари кесарча кесишдан, миомэктомия, бачадон перфорациясидан кейин ва бошқалар);

-ҳомила бошининг нотўғри жойлашиши ва олдин келишида (пешана, тепа билан, асинклитик, ўқёйсимон чокнинг юқорида тўғри туришида);

-тирик ҳомилада киндик тизимчасининг олдин келиши ва тушиши; экламсия олди оғир формаларида табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни тез якунлаш учун шароит бўлмаганда;

-даволаш самара бермаган туғруқ фаолиятининг сустлигида;

-кечиши прогрессияланган ва декомпенсация холатлари юзага келган экстрагенитал касалликларда (гипертоник касаллик, юрак-қон томир тизими касалликлари ва бошқалар), қачонки туғруқни тезда якунлаш талаб қилиниб, аммо табиий туғруқ йўллари орқали шароит бўлмаганда;

- чаноқ суягининг деформацияси ва синишларида;

- анамнезида сийдик-жинсий йул, ичак-жинсий йўли оқмалари булганда,

- хавф солувчи ва бошланган бачадон ёрилишида,

-ташқи жинсий аъзолар сохасида яққол намоён бўлган веналарнинг варикоз кенгайишида;

-куп сонли комбинацияланган курсатмалар (катта ёшли биринчи марта туғувчи аёлларда йирик ҳомиланинг чаноқ билан келиши).

Кесарча кесишга нисбий курсатмалар:

Нисбий курсатмаларга шундай вазиятлар киради, бунда табиий йуллар орқали туғруқларга имкон бор, аммо она ва/ёки бола учун юзага келадиган асоратлар хавфи абдоминал туғруқ асорати хавфидан юқори.

Куп учровчи нисбий курсатмалар:

- олдин утказилган операциялардан кейинги бачадон чандиғи;

- хомиланинг чаноқ билан келиши;

- табиий туғруқ йуллари оркали содир булган туғруқ аёл саломатлигига катта хавф солувчи экстрагенитал касалликлар (кўз тубининг дистрофик узгаришлари билан булган миопияда, эпилепсия, посттравматик энцефалопатия ва бошқалар);

- ҳомила пуфагининг муддатидан олдин ёрилиши;

- туғруқ фаолиятининг аномалиялари (туғруқ кучларининг сустлиги);

- асоратланган акушерлик анамнези (бепуштлик, одат булиб қолган хомила тушиши);

- 30 ёшдан катта булган биринчи бор туғувчи аёл;

- муддатидан утган ҳомиладорлик;

- қандли диабет ва йирик хомила;

- айникса бошқа ножуя омиллар билан биргаликда келган I ва II даражали тор чаноқ (катта ёшли аёл, чанок билан келиш); юз билан олд келиш; бачадоннинг куп сонли миомасида; марказий асаб тизими касалликлари; хомила гипоксияси; бачадоннинг ривожланиш нуқсонлари; турли комбинацияланган курсатмалар

Гестация даврида юзага келадиган куплаб асоратлар бачадондаги чандиқни «операция қилинган бачадон», «бачадон етишмовчилиги» касаллиги деб бахолашга асос булади.

Гестация даври асослари:

- хомиладорлик тухташ хавфи;
- плацентар етишмовчилик;
- СЗРП;
- нормал жойлашган плацентанинг вақтидан олдин кучиши;
- хомиланинг нотуғри жойлашиши;
- перинатал патология;
- бачадон ёрилиш хавфи;
- бачадонни чандиқ буйича ёрилиши;

Туғрукдаги асоратлар.

- туғруқ фаолияти аномалияси;

- қон кетиш (нормал жойлашган плацентани вақтидан олдин кучиши, гипотония);

- перинатал патология;

- бачадон ёрилиш хавфи;

- бачадонни чандиқ буйича ёрилиши;

Бачадонида чандиғи булган аёлларда хомиладорликни бошкариш тактикаси.

I триместр:

даво-сақлаш тартиби;

умумий соғломлантирувчи чора-тадбирлар;

лаборатор-инструментал текшириш;

ёндош ЭГК даволаш;

гестация кечиши асоратларини даволаш;

келгуси кузатув дастурини тузиш.

II триместр:

даво-сақлаш тартиби;

умумий соғломлантирувчи чора-тадбирлар;

лаборатор-инструментал текшириш;

ёндош ЭГК даволаш;

гестация кечиши асоратларини даволаш;

келгуси кузатув дастурини тузиш.

III триместр:

- даво-сақлаш тартиби;

- умумий соғломлантирувчи чора-тадбирлар;

- лаборатор-инструментал текшириш;

- ёндош ЭГК даволаш;

- гестация кечиши асоратларини даволаш;

- туғруқга анъанавий тайёрлаш ва туғруқга тайёргарликни тест курсаткичларини бақоловчи туғруқгача госпитализация дастурини тузиш.

Бачадонида чандиғи бўлган аёлларни амбулатор-поликлиника боскичида **профилактика килиш.**

Аёллар маслахатхонаси шифокори аёлни гестация даврида эхтимоллиги бўлган барча асоратлар хакида огохлантириши лозим.

Анамнезни тулик йиғиш (аввалги кесарча кесишга булган курсатма, жаррохлик тури, операциядан кейинги даврнинг кечиши, сунгги ҳомиладорлик ва туғруқлар орасидаги интервал).

Хомиладорликни тухтатиш ёки давом эттириш хакидаги масалани хал қилиш учун аёлни синчиклаб текшириш.

Туғруқдан кейинги реабилитация

- ҳомиладорликдан ташқари пайтда уз вақтида соғломлаштириш ва кейингисини режалаштириш учун турли соха мутахассислари билан биргаликда участка акушер-гинекологининг диспансер кузатувида бўлиш;

- карши курсатмаларни хисобга олган холда контрацептив воситаларни танлаш (6-12 ойдан сунг бачадон ичи спирали);

кейинги ҳомиладорлик ва туғруқларда чандиқ буйича бачадоннинг ёрилиш хавфи ортгани боис, такрорий кесарча кесиш вақтида купинча стерилизация хакидаги масала юзага келади.

Илова №1.

Талабалар 2 гуруҳга булинади. 1, 2... Хамма талабалар №1 – биринчи гуруҳ, унг томонга утиради, №2 – чап томонга утиради. Кейин талабалар саволлар билан карточкалар олишади. 10 дақика даврида тайерланишади. Хар бир гуруҳдан 1 талаба жавоб беради. Тез ва тўғри жавоб берган гуруҳ ғалаба козонади.

Контрол саволлар

1. Кесарча кесишга абсолют курсатмалар.

2. Кесарча кесишга нисбий курсатмалар.

3. Кандай холатларда кесарча кесиш йули билан муддатдан олдин тугрук курсатилган.

4. Качон кесарча кесиш режали равишда утказилади.

5. Кандай симптомлар кузатилганда чандик буйлаб бачадон ёрилиш хавфи деб уйлаш мумкин.

6. Хомиладорлик пайтида кандай усул ва кандай белгилар буйича бачадондаги чандик етишмовчилиги хакида хулоса чикариш мумкин.

7. Бачадонида чандиги булган аелларда хомиладорлик ва тугрук пайтида кандай асоратлар юзага келиши мумкин.

8. Кандай аеллар бачадонида чандиги булган ва ҳомилани нотугри жойилаши билан хавф гурухига киради ва кесарча кесиш операциясига кандай курсатмаларни биласиз.

9. Ҳомилани нотугри жойилаши булган аелларда кандай вазиятларда тугрук табиий йуллар оркали утиши мумкин.

10. Амбулатор боскичда ташхислаш.

11. Бачадонида чандиғи бўлган ва ҳомилани нотўғри жойилаши билан аёлларни госпитализация муддатлари ва қандай мақсадда.

12. Бачадонида чандиғи бўлган аёлларда хомиладорликни бошқариш тактикаси.

4.2. Тахлилий кисм

Масала 1

Оилавий поликлиникага 35 хафталик ҳомиладорликда бемор аёл муроат килди. Анамнезда: 2 йил авал кесар кесиш операцияси утказилган. Бачадондаги чандикни ахволини аникланг. Морфологик ва функционал бачадон етишмовчилигини белгиларни аникланг.

Масала 2

Тез-тез ва кўп туқувчи ҳомиладор аёл мутахассис кўригига 36 хафта ҳомиладорлик билан мурожаат қилиб келди. Кўрикда қорин ҳомила-дорлик хисобига катталашган, бачадон кўндалангига овоид формада, БТБ киндик ва ханжарсимон ўсиқ орасида, олдинда келаётган қисми аниқланма-япти. Ўнг томондан йирик, қаттиқ, баллотирланаётган қисми аниқланмоқда.

Диагноз? (ҳомиладорлик 36 хафта, ҳомиланинг кўндалангига жойлашиши)

Шифокор тактикаси? (кузатиш ва 38 хафтада госпитализация қилиш).

Тестлар:

1. Бачадон чандиғи бор аёл хомиладорлик давомида поликлиникага неча марта қатнаши керак:

А.I ярмида -2 ҳафтада бир марта, II ярмида ҳафтада 1 марта*

Б. I ярмида - ҳафтада бир марта, II ярмида ҳафтада 2 марта

В. I ярмида -1 ойда бир марта, II ярмида ойда 2 марта

Г. I ярмида -1 ойда бир марта, II ярмида ойда 4 марта

2. Гестациянинг қайси муддатларида такрорий кесарча кесишни ўтказиш қулай:

А. 39 - 40 ҳафта*

Б. 37 - 38 ҳафта

В. 38 - 39 ҳафта

Г. аҳамияти йўқ

3. УТТ да бачадон чандиғини етишмовчилик белгилари:

А. чандиқ соҳасида пастки сегмент юпқалашиши*

Б. хомила ичакларини пневматози

В. чандиқни кенг қаттиқбўлиши

Г. пайпасланганда чандиқни тортилиши

3. Бачадонда чандиғи бор аёлда туғдириб олиш учун госпитализация қилиш муддатлари:

А. 37 -38 ҳафта*

Б. 36 -37 ҳафта

В. 38 -39 ҳафта

Г. аҳамияти йўқ

4. Бачадон чандиғи бор ҳомиладорликда ҳомила томонидан қандай патология шаклланади:

А. хомилани нотўғри жойлашиши*

Б. ФПЕ

В. йўлдошни олдинда жойлашиши

Г. ривожланиш нуқсонлари

Д. хамма жавоблар тўғри

5. Қандай амалиетларида сўнг бачадон чандиғи бор аёллар хавф гурухига киради:

А. миомэктомиядан сўнг*

Б. бачадон перфорациядан сўнг*

В. кесарча кесишдан сўнг*

Г. бачадон найларида бажарилган реконструктив операциядан сўнг

Д. сальпингоовариолизисдан сўнг

6. Бачадон чандиғи бор хомиладорлини амбулатория шароитида ташхис қўиш:

А. хомиладорликни I ярмида -2 ҳафтада бир марта*

Б. хомиладорликни шшшшiiiiiII ярмида ҳафтада 1 марта*

В. хомиладорликни I ярмида -2 ҳафтада 2 марта

Г. хомиладорликни шшшшiiiiiII ярмида 2 ҳафтада 1 марта

Д. хомиладорликни I ярмида ҳафтада бир марта

7. Бачадонда чандиғи бор хомиладорлини госпитализацич муддатлари:

А. 12 хафтагача чандигни холатини бахолаш ва хомиладорликни давом эттириш тўғрисидаги масалани хал қилиш учун*

Б. 24-26, 30-34 хафтада хомила гипоксияси,ендош ЭГК ва хомиладорликни кечиш асоратлирини даволаш учун*

В. 37-38 хафтада туғдириб олиш усулини масаласини хал қилиш ва туғруққа тайерлаш учун*

Г. 14 хафтагача туғдириб олиш усули масаласини хал қилиш учун

Д. 20-22 хафтада чандигни холатини бахалаш ва хомиладорликни давом эттириш тўғрисидаги масалани хал қилиш учун

Е. 36-37 хафтада хомила гипоксияси, ендош ЭГК ва хомиладорликни кечиш асоратлирини даволаш учун

8. I триместрда бачадонда чандиги бор хомиладор аелни олиб бориш тактикаси:

А. даволаш мухофазалаш тартиби*

Б. умумсоғломлаштирувчи тадбирлар*

В. лаборатор-инструментал текширувлар*

Г. кадиотокография

Д. рентген текширув

Е. жаррох маслахати

9. III триместрда бачадонда чандиги бор хомиладор аелни олиб бориш тактикаси:

А. умумсоғломлаштирувчи тадбирлар*

Б. лаборатор-инструментал текширувлар*

В. туғруққа тайерлаш учун госпитализяция дастурини тузиш*

Г. сут безларини текшириш

Д. рентген текширув

Е. жаррох маслахати

10. Бачадонда чандиги бор аелда хомиладорлик пайтида қандай асоратлар пайдо бўлиши мумкин:

А. хомиладорликни тушиш хавфи*

Б. чандик буйлаб ерилиши*

В. НЖЙБК*

Г. хомилани нобуд бўлиш

Д. анемия

11. Бачадон чандиги бор аелни туғруққдан кейин амбулатор-поликлиника шароитида реабилитацияси:

А. диспансер кузатуви*

Б. контрацепция усулини туғри танлаш*

В. анамнезни йигиш

Г. бальнеотерапия

Д. талассотерапия

12. Бачадон чандиқ етишмовчилигининг белгилари:

А. теридаги чандикни юлдузчасимон бўлиши*

Б. етилмаган бачадон буйнини олдинга силжиши*

В. “токча” симптоми*

Г. бачадон буйнини 4 даража етилганлиги

Д. чандик калинлиги бир текисда бўлиши

13. Чандикни яхши сифатили битишини белгилари:

А. бачадон буйнини 4 даража етилганлиги*

Б. чандик калинлиги бир текисда бўлиши*

В. УТТда чандик қалинлиги 4 ммдан катта бўлиши*

Г. теридаги чандикни юлдузчасимон бўлиши

Д. етилмаган бачадон буйнини олдинга силжиши

Е. “токча” симптоми

4.3. Амалий кисм

Амалий куникмалар руйхати.

1. Ташки акушерлик куриги

2. Хомила юраги уришини эшитиш

3. Хомиладорлик ва тугрук муддатини аниклаш

4. Ҳомилани таҳминий вазнини аниқлаш.

(ишчи дастур охиридаги Амалий куникмалар булимига каранг**)**

7. Назорат саволлари.

1. Кесарча кесишга абсолют курсатмалар.

2. Кесарча кесишга нисбий курсатмалар.

3. Кандай холатларда кесарча кесиш йули билан муддатдан олдин тугрук курсатилган.

4. Качон кесарча кесиш режали равишда утказилади.

5. Кандай симптомлар кузатилганда чандик буйлаб бачадон ёрилиш хавфи деб уйлаш мумкин.

6. Хомиладорлик пайтида кандай усул ва кандай белгилар буйича бачадондаги чандик етишмовчилиги хакида хулоса чикариш мумкин.

7. Бачадонида чандиги булган аелларда хомиладорлик ва тугрук пайтида кандай асоратлар юзага келиши мумкин.

8. Кандай аеллар бачадонида чандиги булган аеллар гурухига киради ва кесарча кесиш операциясига кандай курсатмаларни биласиз.

9. Бачадонида чандиги булган аелларда кандай вазиятларда тугрук табиий йуллар оркали утиши мумкин.

10. Амбулатор боскичда ташхислаш.

11. Бачадонида чандиги булган аелларни госпитализация муддатлари ва кандай максадда.

12. Бачадонида чандиги булган аелларда хомиладорликни бошкариш тактикаси.

Мавзу №5:Ҳомилани нотўғри олдинда келиши ва ҳолати. Ташҳислаш. Ҳомиладорликни олиб бориш».

3. **Укув машгулотида укитиш технологияси модели**

Укув соати: 240 мин.	Укувчилар сони: 8-10 киши
Укув машгулоти утиш жойи	Акушерлик комплекси, ҳомиладорлар патология бўлими, туғруқ зали, аудитория, жаррохлик хонаси.
Укув машгулоти тузилиши	7. Кириш 8. Назарий кисм 9. Амалий кисм - беморлар курацияси - амалий куникмалар алгоритми 10. Тахлилий кисм - вазиятли масалалар - тестлар тахлили
Машгулот мақсади: Талабаларни, бўлажак умумий амалиёт врачларини, бачадонида чандиғи бўлган ва ҳомилани нотуғри жойлашиши билан ҳомиладорларни гестация динамикасида мустақил бошқаришга, жаррохлик йули билан туғган аёлларни реабилитация қилиш, диспансер ҳисобига олиш, репрадуктив саломатликни сақлаш ва тугруқдан кейинги даврда оилани режалаштириш ва контрацепция усуллари буйича чора тадбирларни амалга оширишга ургатиш.	
***Педагогик вазифалар*:** • Туғруққа тайёрлаш учун ҳомиладорларни госпитализация қилиш критерийларини ургатиш; • Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши ва келишини сабабларини курсатиш; • • Хомила юрак уришини эшитишни Хомиланинг тақминий оғирлигини ҳисоблашни ва хомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлашни ургатиш ва курсатиш; • Хомила ва туғувчи аёл аҳволининг кечиктириб бўлмас хавф солувчи ҳолатларида госпитализациягача бўлган тезкор ёрдам;	***Укув фаолияти натижалари*:** **УАШ эгаллаши лозим**: • Туғруққа тайёрлаш учун ҳомиладорларни госпитализация қилиш критерийларини аниқлаш; • Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши ва келишини сабабларини аниқлаш; • Бачадонида чандиғи бўлган аёлларни амбулатор-поликлиника, хамда уй шароитида реабилитация қилиш ва туғруқдан кейинги даврда контрацептив воситаларни танлаш бўйича маслаҳат бериш; **УАШ бажара олиши лозим:** • Чаноқ ўлчамларини ўлчаш;

	• Хомила юрак уришини эшитиш; • Хомиланинг тақминий оғирлигини ҳисоблаш; • Хомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш; • Хомила ва туғувчи аёл аҳволининг кечиктириб бўлмас хавф солувчи ҳолатларида госпитализациягача бўлган тезкор ёрдам;
Таълим усули	Дискуссия, сухбат, видеокурик, ургатувчи уйинлар Яширилган хазина уйини
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа булиб ишлаш
Таълим жихозлари	Укув дарсликлари, укув материаллари, касаллик тарихи, таркатма материаллар, амалий куникмалар кадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескари алока усул ва жихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятли масалалар ечиш, амалий куникмаларни намойиш килиш

6. Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакили	Давомий лиги 240дақ
1	Ўкитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)	Кун тартибини эълон цилиш	15
2	Уй вазифасини мухокама қилиш “Ечимлар дарахти” интерактив усули	Суров, тушунтириш, илова №1	40
3	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, талабаларни дастлабки билим даражасини текшириш.	Ҳомиладор аёлларни қўриш ва суҳбат ўтқазиш. Бачадондаги чандиқни аҳволини аниқлаш, хомиларни юрак уришини эштиш.	50
4	Талабаларни машгулотни амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши, мустақил курация	Амалий куникмалар чанок улчамини улчаш, ҳомила юрак уришини эшитиш, ҳомиланинг тахмини оғирлигини хисоблаш (илова №2) Видеофильм «Кесар-кесиш операцияси.	50
	Танаффус		30
	Тематик беморни лабо-ратория, инструментал текширувларидан	Клиник лаборатор анжомлари билан ишлаш. Кичик	40

5	олин-ган натижаларни тахли-ли, диф.диагности-ка, даволаш ва соғломлаш-тириш режасини тузиш.	гуруҳларда ишлаш. (илова №3)	
6	Талабларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш нотижаларини муғокама қилиш, мустахкамлаш ва машғулот максадига эришилган-лик даражасини хисобга олган холда гурух фаолиятини баҳолаш.	Мунозара – бахс, ситуацион масалалар ва тестларни ишлаш. (илова №4) Амалий ишларни натижасини текшириш.	40
7	Хулоса баҳолаш, кейинги дарсга тайёрлаш учун саволлар, ҳар бир талабанинг фаолиятини юз баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш	Ахборот, мустақил тайёрлаш учун саволлар	15
			240

2. Мавзуни асослаш:

Болалар ўлими сабаблари орасида хомиланинг нотўгри жойлашиши ва келиши кам ўрин эгалламаган. Максадга мувофик, ушбу мавзу - Умумий Амалиёт Шифокорининг хавф гурухларни тўгри аниклашига, ташхис кўйишга, госпитализация муддатини белгилаши ва ўз вактида профилактик тадбирларни ўтказишни ўргатишда мухимдир.

3. Фанлараро ва фан ичидаги богликлик:

перинатология, хирургия, гематология, анатомия, физиология, жонлантириш.

4. Машгулот мазмуни

4.1. Назарий кисм

Ҳомиланинг нотўғри келиши ва жойлашиш турлари ва тушунчаси. Ҳомила бўйлама ўқи она бўйлама ўқига нисбатан ўткир ёки тўғри бурчак ҳосил қилиб, олдинда келаётган қисми йўқ. Думба ва ёзилиб келиши.

Ҳомила нотўғри жойлашиши ва келишининг **сабаблари:** ҳомиланинг харакатчанлиги: кўпсувлиликда, гипотрофик ёки муддатига етмаган ҳомилада, кўп ҳомилаликда (иккинчи ҳомила), қайта туқувчиларда олдинги қорин девори мушакларининг бўшашганлиги.

Ҳомила харакатининг чегараланганлиги: камсувлиликда, йирик ҳомилада, кўп ҳомилаликда, бачадон миомаси билан аёлларда, бачадон бўшлиғи деформациясида, ҳомила тўхташ хавфи билан бачадон тонусининг ошганида;

Ҳомила бошининг жойлашишига қаршилик: йўлдошнинг олдинда келиши, тор чаноқ, бачадон пастки сегментида миоманинг бўлиши.

Бачадон ривожланиш аномалиялари: икки шохли, эгарсимон бачадон ва ундаги тўсиқнинг бўлиши.

Ҳомила ривожланиш аномалиялари: анэнцефалия, гидроцефалия.)

Ҳомила нотўғри жойлашиши ва келишининг **диагностикаси.** (қорин шакли: кўндалангига овал ёки қийшиқ овал;

-бачадон тубининг паст жойлашиши;

-олдинда келаётган қисмнинг бўлмаслиги;

-бачадон ёнбош қисмларида бош ва думбанинг аниқланиши;

-ҳомила юрак уриши киндик сохасида эшитилиши;

-қин кўригида олдинда келаётган қисмнинг аниқланмаслиги ва хомила олди сувлари кетганида ҳомиланинг елкаси, қўли, киндик халқаси, қовурқаси ёки умуртқасининг аниқланиши;-УТТ).

Хомиланинг нотўгри жойланиши -

Ҳомила бўйлама ўқининг она бўйлама ўқига тўғри ёки ўткир бурчак хосил қилиши ва олдинда келаётган қисмининг бўлмаслигидир.

1. Ҳомиланинг харакатчанлиги: кўпсувлиликда, гипотрофик ёки муддатига етмаган ҳомилада, кўп ҳомилаликда (иккинчи ҳомила), қайта туғувчиларда олдинги қорин девори мушакларининг бўшашганлиги.
2. Ҳомила харакатининг чегараланганлиги: камсувлиликда, йирик ҳомилада, кўп ҳомилаликда, бачадон миомаси билан аёлларда, бачадон бўшлиғи деформациясида, ҳомила тўхташ хавфи билан бачадон тонусининг ошганида.
3. Ҳомила бошининг жойлашишига қаршилик: йўлдошнинг олдинда келиши, тор чаноқ, бачадон пастки сегментида миоманинг бўлиши.
4. Бачадон ривожланиш аномалиялари: икки шохли, эгарсимон бачадон ва ундаги тўсиқнинг бўлиши.
5. Ҳомила ривожланиш аномалиялари: анэнцефалия, гидроцефалия.

Диагностика.

-қорин шакли: кўндалангига овал ёки қийшиқ овал;

-бачадон тубининг паст жойлашиши;

-олдинда келаётган қисмнинг бўлмаслиги;

-бачадон ёнбош қисмларида бош ва думбанинг аниқланиши;

-ҳомила юрак уриши киндик сохасида эшитилиши;

-қин кўригида олдинда келаётган қисмнинг аниқланмаслиги ва хомила олди сувлари кетганида ҳомиланинг елкаси, қўли , киндик халқаси,қовурғаси ёки умуртқасининг аниқланиши;

-УТТ.

Ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши.

Кўпчилик холларда кўндаланг жойлашган ҳомиладорлик асоратсиз кечади, баъзан харакатчанлик натижасида ҳомила жойлашиши ўзгариши мумкин. Энг характерли асоратлардан бири чегаралаш камари бўлмаслиги натижасида ҳомила олди сувларининг барвақт кетиши ва муддатидан илгари туғруқ содир бўлиши мумкин. Ҳомила олди сувларининг барвақт кетиши: ҳомила майда қисмларининг (қўллари, оёқлари, киндик халқаси), ҳомиланинг инфицирланиши билан кечиши мумкин.

Ҳомила харакатларини чегаралаган ҳолда, бачадон қисқаришлари билан ҳомила олди сувларининг интенсив кетиши тушган кўндаланг жойлашиши дейилади. Ушбу холат эса ҳомила гипоксиясига, бачадон қисқаришлари давомийлигинатижасида аввалига чўзилиши кейинчалик эса бачадон ёрилишига олиб келиш хавфи туғилади.

Ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш.

-ярим ётоқ режими;

-қабзиятни олдини олиш;

-ҳомила позицияси билан бир ёнбош томонда ётиш, ҳомила қийшиқ жойлашган бўлса, ҳомила йирик қисми пастда жойлашган томонда ётиши тавсия этилади;

-35 хафталикда госпитализация қилиш;

-ҳомилани оёғига айлантириш чораси;

-туғруқнинг оптимал усули кесарча кесиш операциясини бажариш;

-аёл хомиладорлик иккинчи ярмида катта бўлманган оғирликдаги, ҳаракатчан, тирик ҳомиласи билан келган бўлса оёғига комбинацияланган айлантириш муолажасини ўтказиш лозим.

-узоқ давом этган сувсизлик фонида тирик ҳомила инфекцирланган бўлса - кесарча кесиш, бачадонни олиб ташлаш, қорин бўшлиғини дренажлаш мақсадга мувофиқ;

- ҳомила кўндаланг жойлашиши ва ўлик ҳомилада эмбриотомия бажарилади.

Ҳомиланинг думба билан келиши.

Чин думба билан (чаноқ кириш қисмига думба, оёқлар эса баданга қараган) ва аралаш думба билан (чаноқ кириш қисмига думба билан оёқларнинг ҳам келиши) турлирга бўлинади.

Она томонидаги омиллар: бачадон ривожланиш нуқсонлари, бачадон ўсамалари, тор чаноқ, кўп туққанларда бачадон тонусининг ошиши, операциядан кейинги бачадон чандиғи;

Ҳомила томонидан омиллар: муддатига етмаган, кўп ҳомилалик, ҳомила ичи ривожланишдан орқада қолиш, ривожланиш нуқсонлари, ҳомила қисмларининг нотўғри жойлашиши.

Йўлдош томонидан омиллар: йўлдошнинг олдинда келиши, унинг бачадон тубида ёкт бурчагида жойлашиши, кўп ёки кам сувлилик.

Ташқи акушерлик кўриги (Леопольд Левицкий услуби):

-биринчи услуб - думалоқ, қаттиқ, қимирлайдиган бошни борлигини аниқлайди; бачадон туби боши билан келишига қараганда юқорироқ туради.

-иккинчи услуб - ҳомила орқасини аниқлайди;

-учинчи услубда - чаноқ кириш кисмига қараган олдинда келаётган қисмни аниқлайди, йирик, юмшоқ консистенцияли,баллотирланмайдиган.

-тўртинчи услубда - олдинда келаётган қисм аниқланади, кўпинча ҳомиладорликнинг охириги муддатигача кичик чаноқ кириш қисмига тақалмайди.

Ҳомила юрак уриши киндикдан юқорида яхши эшитилади.

Қин оркали кўригида олдинги гумбаздан ҳомиланинг олдинда келаётган қисмининг юмшоқ, катта консистенцияли эканлиги аниқланади.

УТТ ташхислаш.

Ҳомила боши билан келгандаги сингари электрокардиографияда ҳомила қоринчалар комплекси юқорига эмас, балки пастга қараган бўлади.

Ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши.

Кўпчилик холларда ҳомиладорлик асоратланади: истмико-цервикал етишмовчилик белгилари билан биргаликда ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташ хавфи, ҳомиладорлар токсикози, гипертензив бузилишлар, ҳомила гипотрофияси, киндикка ўралиши, камсувлилик.

Туғруқнинг кечиши бир неча асоратлар билан характерланади. Биринчи даврда эрта ёки муддатидан илгари ҳомила олди сувларининг кетиши кузатилади, яъни ҳомила думбаси туғруқ каналига тақалмайди, ҳомила олди сувларини олдинги ва орқа қисмларга ажратмайди ва хар бир қисқаришларда ҳомила пуфаги таранглиги ошади.

Ҳомила олди сувлари билан биргаликда ҳомила майда қисмлари ёки киндик халқаси тушиши;

Кичик чаноқ кириш қисмига ҳомила думбаси узоқ муддат туриши, бачадон бўйнини узоқ вақт очилмаслиги, туғруқ фаолиятини сустлиги кўпчилик холларда кузатилиши;

Туғруқнинг, ҳомила йирик қисми – бошининг охирида туғилиши ҳисобига чўзилиши;

Туғруқ каналидан биринчи бўлиб ҳомила кичик қисми – думбаси туғилади, бу эса туғруқ йўлларини етарлича кенгайтирмайди ва ҳомила елкаси ва бошининг туғилишига қийинчилик туғдиради. Шунинг учун елка туғилаётганда ҳомила ўлимига ва гипоксиясига хавф, қўллар қолиб кетиши ва бошининг ёзилиши бўлиши;

Туғруқ йўлидан тананинг юқори кисми 3-5 мин давомийликда туғилаётганда киндик босилиб қолиши ва ҳомиланинг оғир гипоксияси кузатилиши;

Баъзан ҳомила думбаси билан келганида аёл чаноғи ўлчамларига тўғри келмаслиги мумкин. Бошқа жиддий асоратлардан бири – ҳомила умуртқа поғонасининг орқага айланиши, қов симфизига ҳомила энгаки тақалиши, ҳомила бошининг ёзилиши: ҳомила гипоксияси, она ва бола травмаси хавфи туғилиши мумкин.

Думбаси билан келган туғруқда она томонидан травма- бачадон бўйни, оралиқ ва қинни ёрилиши кузатилиши мумкин.

Кўпчилик холларда чин думба Билан келиш аралаш турига ўтиши мумкин, бу эса кесарча кесишга кўрсатмани оширади.

Ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш.

Ҳомила думбаси билан келиши кутиш назоратини талаб қилади.

29-30 ҳафтасидан бошлаб тавсия этилади: гимнастика машғулотлари (ҳомиладор ўнг ва чап ёнбошларига ўгирилади, ҳар 10 мин.да муолажа 3-4 марта, кунига 3 марта қайтарилади).

Ҳомилани ташқи профилактик айлантириш мумкин.

Туғруқ тактикаси туғруқ бошлангунча белгиланиши лозим: ҳомила оғирлиги, бошининг ёзилишининг бўлиши, ҳомила юрак фаолиятини баҳолаш, бачадон-йўлдош ва ҳомила йўлдош қон айланиши, она чаноғининг ўлчамлари, бачадон бўйни етилишини инобатга олган ҳолда.

Туғруқнинг кечиши:

-туғруқ тез содир бўлиши ва табиий туғруқ йўллари орқали;

-туғруқ фаолияти муддатида ёки туғруққача бўлиши;

-режа асосида кесарча кесиш билан тамомланиши мумкин.

Туғручнинг биринчи даврида ҳомила олди сувларининг барвақт кетишини олдини олиш учун ҳомиладор ётоқ режимига риоя қилиши, ҳамда ҳомила умуртқа поғонаси қараган томонга ёнбошлаб ётиши лозим. Ҳомила олди сувларининг кетиши биланоқ киндик халқасининг тушган тушмаганлигини аниқлаш учун қин кўригини ўтказиш лозим.

Думбаси билан келган туғруқни олиб боришда доимий мониторинг ёрдамида бачадон қисқаришлари ва ҳомила юрак фаолиятини кузатиш лозим. Бирон холатлар ўзгарса кесарча кесиш кўрсатмаларини кенгайтириш муҳим.

Агар туғруқ фаолияти регулярлигидан далолат берса (бачадон бўғизининг 3-4 см га очилиши): туғруқ фаолиятини регуляр холатини; бачадон бўйнининг тезда очилиши; иккинчи даврда чаноқ туби мушаклари релаксацияси учун оғриқсизлантирувчи ва спазмолитик воситаларни юбориш, эпидурал анестезияқилиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Ҳомила гипоксиясини олдини олиш учун 2-4 мл.- 1% сигетин, 50-100 мг кокарбоксилаза, 10-20 мл- 40%ли глюкоза, намланган кислород ингаляцияси тадбирларини қўллаш лозим.

Думба билан туғилаётганда меконийнинг бўлиши гипоксиядан далолат бермайди.

Туғруқнинг иккинчи даврида утеротоник воситалар (окситоцин), иккинчи давр охирида эса бачадон бўйни спазмини олдини олиш учун 1,0мл.- 0,1%ли атропин, ёки 2 мл- 2% ли папаверин ёки бошқа воситаларни вена ичига юбориш мумкин.

Аёл кучаниқ даврида кучаниқнинг кучайиши ва чаноқ бурчагининг камайиши учун қўллари билан сонини қорнига қараб тортиши тавсия қилинади.

Думба билан туғилиш жараёни 4 боскичдан иборат: 1. ҳомиланинг киндиккача туғилиши; 2. ҳомиланинг киндигидан курак суягининг пастки чегарасигача туғилиши; 3. елка камари ва қўлларнинг туғилиши; 4. бошининг туғилиши.

Кесарча кесишга кўрсатма:

Ҳомиладорлик даврида: муддатидан ўтиб кетганида, туғруқ йўлларининг тайёрмаслиги, жинсий йўлларнинг ривожланиш нуқсонлари, анатомик тор чаноқ, яққол СХИГ, 3600 дан ошиқ ва 2000 дан кам ўлчамли ҳомила, бошнинг ёзилиши, катта ёшдаги биринчи туғувчи аёл, бачадондаги чандиқ. аввалги туғруқнинг қониқарсиз тамомланиши, анамнезида бепуштлик.

Ҳомила бошининг ёзилган холда келиши.

Хомила бошининг ёзилган холда бўлишининг 3 даражаси фарқланади.

1. Бошнинг олдинги қисми билан келиши-бошловчи нуқтаси катта лиқилдоқ, катта сегмент диаметри 12 см.
2. Пешана билан келиши-бошловчи нуқта қошлар ўртаси, катта сегмент 13см.
3. Юз билан келиши-бошловчи нуқта энгак, катта сегмент 9,5 см.

Сабаблари:

Кўпсувлилик, камсувлилик, етилмаган ҳомила, бачадон тонусининг пасайиши, йирик ҳомила, йўлдошнинг олдинда келиши, бачадон ва ҳомила ривожланиш нуқсонлари (бўйин ўсмалари, киндикка ўралиш).

Бошнинг олдинги қисми билан келиши.

Диагностикаси.

Ташқи акушерлик кўригида бачадон тубининг баландлиги анча юқори, бошнинг тўғри ўлчами ўлчанганда 12 см. ва ундан катта бўлиши. УТТ.

Туғруқ даврида қин кўригида ўтказувчан ўқ – катта лиқилдоқ, сагиттал чок кичик чаноқ кириш қисмининг қийшиқ ёки кўндаланг ўлчамида жойлашган.

Туғруқдан сўнг туғруқ шиши катта лиқилдоқ сохасида жойлашади.

Муддатига етган ҳомиладорликда, йирик бўлмаган ҳомилада ва чаноқ ўлчамлари нормал бўлганда туғруқ табиий йўллар орқали олиб борилади.

Бачадон бўйни тўлиқ очилганда ҳомила боши она чаноқ ўлчамларига мослиги баҳоланади.

Туғруқни оператив якунлашга кўрсатмалар: йирик ҳомила,муддатидан ўтган ҳомила, тор чаноқда, ёши ўтган биринчи туғувчиларда, туғруқ фаолиятини сустлигида.

Иккинчи даврда ҳомила боши кичик чаноқ бўшлиғида жойлашса, туғруқ фаолиятини сустлиги, ҳомила гипоксияси бўлса туғруқ акушерлик қисқичларини қўйиш билан якунланади.

Учинчи давр ва эрта чилла даврда қон кетишни олдини олиш учун бачадонни қисқартирувчи воситалар юборилади.

Пешана билан келиши.

Диагностикаси.

Ташқи акушерлик кўрикларида бачадон тубининг баланд жойлашиши, ҳомила энсаси ва умуртқаси орасида бурчакнинг бўлиши. Юрагининг уриши кўкрак қафаси соҳасида яхши эшитилади. Туғруқ пайтида қин кўригида бошнинг пешана қисми аниқланади, пешана чокларининг бир томондан пешана дўнглиги иккинчи томондан катта лиқилдоқ билан тугаши пальпацияланади.

Ҳомила туғилгач туғруқ шиши пешана сохасида жойлашади (пирамидасимон бош).

УТТ ташхислаш.

Муддатига етган ҳомиладорлик билан чаноқ ўлчамлари нормада бўлса туғруқ содир бўлмайди, яъни туғруқ йўллари орқали ҳомила боши ўзининг каттароқ ўлчами билан клиник тор чаноқ белгисини шакиллантиради.

Пешана билан келаётганлигидан шубха қилинганда госпитализация қилиниши, сабабини аниқлаш ва туғруқни олиб бориш тактикасини белгилаш лозим.

Ҳомила олди сувлари муддатидан олдин кетса кесарча кесиш лозим.

Агар кесарча кесиш муддати ўтиб кетган бўлса, ҳомила боши кичик чаноқ сатхига тушган бўлса, у ҳолда бачадон ёрилиш хавфини чеклаш, ҳомила холатини кузатиш, ҳомила бошининг бир сатхда узоқ туриб қолишига йўл қўймаслик, ҳомила гипоксиясини профилактика қилиш, узоқ сувсизлик давр бўлса, антибактериал терапия қилиш лозим.

Ҳомила туғилиши секинлашиб, гипоксия белгилари юзага келса, акушерлик қисқичлари ёки ҳомилани бузиш операцияси қилинади.

Юзи билан келиши.

Диагностикаси.

Ташқи акушерлик кўригида ҳомила боши Билан умуртқа поғонаси орасида чуқурлик хосил бўлади, умуртқа бўртиғи бўлмайди. Ҳомила юрак уриши кўкрак қафасидан яхшироқ эшитилади.

Қин кўригида ҳомиланинг юз қисми: энгак,қош орасидаги бўртиқ, бурун, қаттиқ милк ёстиқчалари билан оғиз аниқланади. Ҳомила позицияси энгакка қараб белгиланади.

Юз билан келишига шубха туғилганда госпитализация қилиш, сабабини аниқлаш ва туғруқ тактикасини белгилаш лозим.

Ҳомила олди сувларини муддатидан илгари кетишини олдини олиш учун даволаш сақлаш чораларини яратиш лозим.

Юз билан келганда, чаноқ ўлчамлари нормада бўлганда ва унча катта бўлмаган ҳомилада туғруқ муваффақиятли кечади. Ҳомила юрак уриши ва туғруқ фаолиятини кузатиш лозим.

Туғруқнинг биринчи даврида ҳомиланинг орқа кўринишини сақлаб билиш лозим, агар олдинги кўриниш юзага келса туғруқ табиий туғруқ йўллар орқали содир бўлмайди.

Кесарча кесишга кўрсатмалар: ҳомила гипоксияси, киндик ёки майда қисмларнинг тушиши, клиник тор чаноқ юзага келса, йирик ҳомила, муддатидан ўтган, ката ёшдаги биринчи туғаётган, юз билан келишнинг олдинги кўриниши, туғруқ фаолиятини сустлиги.

Туғруқ фаолиятининг иккиламчи сустлиги юзага келса, ҳомила боши чаноқ сатхига тушган бўлса (ҳомилани кесарча кесиш билан туғдириб бўлмайди), аёлни ҳаётини сақлаб қолиш учун ҳомилани бузиш операцияси, ҳаттоки, ҳомила тирик бўлса ҳам қилинади.

Бола боши ёриб чиқаётганда оралиқ ёрилиш хавфи туғилса унинг профилактикаси учун эпизио ёки перинеотомия қилинади.

рининг бўшашганлиги.

Ҳомила харакатининг чегараланганлиги: камсувлиликда, йирик ҳомилада, кўп ҳомилаликда, бачадон миомаси билан аёлларда, бачадон бўшлиғи деформациясида, ҳомила тўхташ хавфи билан бачадон тонусининг ошганида;

Ҳомила бошининг жойлашишига қаршилик: йўлдошнинг олдинда келиши, тор чаноқ, бачадон пастки сегментида миоманинг бўлиши.

Бачадон ривожланиш аномалиялари: икки шохли, эгарсимон бачадон ва ундаги тўсиқнинг бўлиши.

Ҳомила ривожланиш аномалиялари: анэнцефалия, гидроцефалия.)

3. Ҳомила нотўғри жойлашиши ва келишининг диагностикаси. (қорин шакли: кўндалангига овал ёки қийшиқ овал;

-бачадон тубининг паст жойлашиши;

-олдинда келаётган қисмнинг бўлмаслиги;

-бачадон ёнбош қисмларида бош ва чанокни аниклаш

4.2. Тахлилий кисм

Масала 1

Тез-тез ва кўп туқувчи ҳомиладор аёл мутахассис кўригига 36 хафта ҳомиладорлик билан мурожаат қилиб келди. Кўрикда қорин ҳомиладорлик хисобига катталашган, бачадон кўндалангига овоид формада, БТБ киндик ва ханжарсимон ўсиқ орасида, олдинда келаётган қисми аниқланмаяпти. Ўнг томондан йирик, қаттиқ, баллотирланаётган қисми аниқланмоқда.

Диагноз? (ҳомиладорлик 36 хафта, ҳомиланинг кўндалангига жойлашиши)

Шифокор тактикаси? (кузатиш ва 38 хафтада госпитализация қилиш).

Тестлар:

1. Бачадон чандиғи бор аёл хомиладорлик давомида поликлиникага неча марта қатнаши керак:

А.I ярмида -2 ҳафтада бир марта, II ярмида ҳафтада 1 марта*

Б. I ярмида - ҳафтада бир марта, II ярмида ҳафтада 2 марта

В. I ярмида -1 ойда бир марта, II ярмида ойда 2 марта

Г. I ярмида -1 ойда бир марта, II ярмида ойда 4 марта

2. Гестациянинг қайси муддатларида такрорий кесарча кесишни ўтказиш қулай:

А. 39 - 40 ҳафта*

Б. 37 - 38 ҳафта

В. 38 - 39 ҳафта

Г. аҳамияти йўқ

3. УТТ да бачадон чандиғини етишмовчилик белгилари:

А. чандиқ соҳасида пастки сегмент юпқалашиши*

Б. хомила ичакларини пневматози

В. чандиқни кенг қаттиқбўлиши

Г. пайпасланганда чандиқни тортилиши

3. Бачадонда чандиғи бор аёлда туғдириб олиш учун госпитализация қилиш муддатлари:

А. 37 -38 ҳафта*

Б. 36 -37 ҳафта

В. 38 -39 ҳафта

Г. аҳамияти йўқ

4. Бачадон чандиғи бор ҳомиладорликда ҳомила томонидан қандай патология шаклланади:

А. хомилани нотўғри жойлашиши*

Б. ФПЕ

В. йўлдошни олдинда жойлашиши

Г. ривожланиш нуқсонлари

Д. хамма жавоблар тўғри

5. Қандай амалиетларида сўнг бачадон чандиғи бор аёллар хавф гурухига киради:

А. миомэктомиядан сўнг*

Б. бачадон перфорациядан сўнг*

В. кесарча кесишдан сўнг*

Г. бачадон найларида бажарилган реконструктив операциядан сўнг

Д. сальпингоовариолизисдан сўнг

6. Бачадон чандиғи бор хомиладорлини амбулатория шароитида ташхис қўиш:

А. хомиладорликни I ярмида -2 ҳафтада бир марта*

Б. хомиладорликни шшшшiiiiiII ярмида ҳафтада 1 марта*

В. хомиладорликни I ярмида -2 ҳафтада 2 марта

Г. хомиладорликни шшшшiiiiiII ярмида 2 ҳафтада 1 марта

Д. хомиладорликни I ярмида ҳафтада бир марта

7. Бачадонда чандиғи бор хомиладорлини госпитализацич муддатлари:

А. 12 хафтагача чандигни холатини бахолаш ва хомиладорликни давом эттириш тўғрисидаги масалани хал қилиш учун*

Б. 24-26, 30-34 хафтада хомила гипоксияси,ендош ЭГК ва хомиладорликни кечиш асоратлирини даволаш учун*

В. 37-38 хафтада туғдириб олиш усулини масаласини хал қилиш ва туғруққа тайерлаш учун*

Г. 14 хафтагача туғдириб олиш усули масаласини хал қилиш учун

Д. 20-22 хафтада чандигни холатини бахалаш ва хомиладорликни давом эттириш тўғрисидаги масалани хал қилиш учун

Е. 36-37 хафтада хомила гипоксияси, ендош ЭГК ва хомиладорликни кечиш асоратлирини даволаш учун

8. I триместрда бачадонда чандиги бор хомиладор аелни олиб бориш тактикаси:

А. даволаш мухофазалаш тартиби*

Б. умумсоғломлаштирувчи тадбирлар*

В. лаборатор-инструментал текширувлар*

Г. кадиотокография

Д. рентген текширув

Е. жаррох маслахати

9. III триместрда бачадонда чандиги бор хомиладор аелни олиб бориш тактикаси:

А. умумсоғломлаштирувчи тадбирлар*

Б. лаборатор-инструментал текширувлар*

В. туғруққа тайерлаш учун госпитализяция дастурини тузиш*

Г. сут безларини текшириш

Д. рентген текширув

Е. жаррох маслахати

10. Бачадонда чандиги бор аелда хомиладорлик пайтида қандай асоратлар пайдо бўлиши мумкин:

А. хомиладорликни тушиш хавфи*

Б. чандик буйлаб ерилиши*

В. НЖЙБК*

Г. хомилани нобуд бўлиш

Д. анемия

11. Бачадон чандиги бор аелни туғруқдан кейин амбулатор-поликлиника шароитида реабилитацияси:

А. диспансер кузатуви*

Б. контрацепция усулини туғри танлаш*

В. анамнезни йигиш

Г. бальнеотерапия

Д. талассотерапия

12. Бачадон чандиқ етишмовчилигининг белгилари:

А. теридаги чандикни юлдузчасимон бўлиши*

Б. етилмаган бачадон буйнини олдинга силжиши*

В. “токча” симптоми*

Г. бачадон буйнини 4 даража етилганлиги

Д. чандик калинлиги бир текисда бўлиши

13. Чандикни яхши сифатили битишини белгилари:

А. бачадон буйнини 4 даража етилганлиги*

Б. чандик калинлиги бир текисда бўлиши*

В. УТТда чандик қалинлиги 4 ммдан катта бўлиши*

Г. теридаги чандикни юлдузчасимон бўлиши

Д. етилмаган бачадон буйнини олдинга силжиши

Е. “токча” симптоми

4.3. Амалий кисм

Амалий куникмалар руйхати.

1. Ташки акушерлик куриги

2. Хомила юраги уришини эшитиш

3. Хомиладорлик ва тугрук муддатини аниклаш

4. Ҳомилани таҳминий вазнини аниқлаш.

Мавзу№ 6: Муддатидан олдинги тугрук. Ташхислаш. Олиб бориш. Муддатидан ўтганҳомиладорлик. Ташхислаш. Олиб бориш. Тугрук индукцияси. Медико-генетик консультация

4. **Ўқув машғулоти ўқитиш технологияси модели**

Машғулот давомийлиги- 240 мин.	Ўқувчилар сони: 8-10киши
Машғулот ўтказиш жойи	аудитория, туғруқ бўлими, ҳомиладорлар патологияси бўлими, палата, лаборатория, УТТ кабинети
Машғулот тизими	1. Кириш 2. Назарий қисм 3. Амалий қисм - беморлар курацияси - амалий кўникмалар алгоритми 4. Аналитик қисм - вазиятли масала - тест саволлврини ечиш
Машғулотнинг мақсади:Ҳомиладорлиги муддатидан олдин ва ўтиб тўхтаган аёлларда хатар ва мойиллик омилларини ишлаб чиқиш, уларнинг олдини олиш учун чоралар кўриш ва ҳомиладорликни тўғри бошқаришга ўргатиш бўйича билимларини чуқурлаштириш. Шу холатларда вазиятни баҳолаш, анализ қилиш, бошқариш тактикасини танлаш, ташхислаш, шошилинч ёрдам бериш, рационал транспортировка ва эрта ва кечиккан туғруқ ўтказган аёлларда бирламчи звенода постстационар реабилитация ўтказиш қобилиятини ривожлантириш.	
Педагог вазифалари: • Хомиладорликнинг муддатидан олдин ва утиб тўхташи мойиллик омилларини аниқлаш, индивидуал текширув ва бошқариш режасини тузиш бўйича кўникмаларни ривожлантириш.; • Хомиладорликнинг муддатидан олдин ва утиб тўхташида қўлланиладиган асосийлаборатор вафункционал текшириш усуллари натижаларини интерпритация қилиш кўникмаларини ривожлантириш; • Ташхис қўйишда тўғри харакат алгоритмини танлаш кўникмаларини ўргатиш; • Хомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташида стационаргача бўлган шошилинч ёрдамни кўрсатиш	**Ўқув фаолиятининг натижаси:** **Талаба билиши лозим:** • Хомиладорликнинг муддатидан олдин ва утиб тўхташи хатар омилларини очиб бериши • Хомиладорликнинг муддатидан олдин ва утиб тўхташиклиник кечишини; • Хомиладорлиги муддатидан олдин ва утиб тўхташида лаборатор ва инстументалусулларни қўллаб клиник текширувлар ўтказишни; • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаб беришни; • Хомиладорлиги муддатидан олдин ва утиб тўхташи хавфи бўлган аёлларни госпитализация қилиш мезонларини

кўникмаларини ўргатиш; • Хомиладорликнинг муддатидан олдин ва утиб тўхтаган аёлларда туғруқдан кейинги реабилитацияни ўтказиш ва контрацепция усулларини танлашга ёрдамлашиш кўникмаларини ҳосил қилиш.	аниқлашни; • Ҳомиланинг ҳолатини бахолаш (УТТи, КТГ, доплерометрия натижалари бўйича); • Хомиладорликнинг муддатидан олдин ва утиб тўхташида акушерлик амалиётида қўлланиладиган даво принципларини; • Эрта ва кечиккан туғруқ ўтказган аёлларда туғруқдан кейинги постстационар реабилитация ўтказишни; **Талаба бажариши лозим:** • Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш • Ташқи акушерлик текшируви • Ҳомиланинг тахминий вазнини аниқлаш
Ўқитиш усуллари	*Дискуссия, сухбат, видеофильм кўриш, ўргатувчи ўйин - лоторея, вазиятли масала ва тест масалаларини ечиш*
Ўқув жараёнини ташкил қилиш шакллари	*Индивидуал ишлаш, гуруҳий, коллектив ишлаш.*
Ўқитиш воситалари	*Ўқув қўлланмалари, ўқув материаллари, туғруқ тарихи, слайдлар, тарқатма материаллар, амаллий кўникмаларни бажариш стандарт қадамлари, муляжлар, исботланганые шаги по выполнению практических навыков, муляжи, маркерлар, скотч, флипчарт.*
Қайтар алоқа усуллари ва воситалари, мониторинг ва баҳолаш	*Кузатув, блиц сўров, тест сўрови, презентация, баҳолаш*

8.Машгулотнинг технологик харитаси:

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Давомийлиги
1	Укитувчининг кириш сузи		10
2	Амалий машгулот мавзусини мухокама килиш, Янги педагогик технологиялар (дискуссия), фантомлар, муляжлар, слайдлар, аудио ва видеокассеталар, Талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш. “Муаммони ҳал қилиш” усули.	Сўров, муҳокама, Илова №1	30

3	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топшырик бериш. Топширикларни бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация. Туғувчи аёллар бўлмаганда – муляж ва фантомларда ишлаш	Касаллик тарихи, клиник ва вазиятли масалалар. Клиник лаборатор асбоблар, муляжлар билан ишлаш. (амалий кўникмаларга қаранг)	60
Танаффус			30
4	Ўқитувчи ёрдамида амалий кўникмаларни эгаллаш (тематик беморларни курация қилиш)	Касаллик тарихи	60
6	Тематик беморларни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни тахлили, дифференциал диагностика, даволаниш ва реабелитация режасини тузиш.	Клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш. Туғруқ тарихи	30
7	Талабаларнинг узлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини мухокама килиш, мустахкамлаш ва машгулот максадига эришилганлик даражасини хисобга олган холда гурух фаолиятини бахолаш. Якун ясаш.	Огзаки суров. Мунозара бахс, Амалий иш натижаларини текшириш (вазиятли масалалр, тестлар ечиш)	20
8	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайерланиш учун талабаларга вазифа бериш (ротация бўйича)	Ахборот, мустакил тайерланиш учун саволлар,	5
	Жами		240 дакика

2. Мотивация

Хомила кутараолмайдигон ва хомиладорликни муддатидан утказиб тугувчи аёлларни хавф гурухига уз вактида олинганда, уларни уз вактида стационарга ётказиш ва согломлаштириш тадбирларини утказилганда оналар ва перинатал улимларни олдини олиш мумкин.

3. Фанлаларо ва фан ичидаги богликлик

Нормал ва патологик анатомия, физиология ва патофизиология; терапия; клиник фармакология.

4. Назарий қисм.

Ҳомиладорликни муддатидан олдин тўхташи – пушт пайдо бўлишидан бошлаб 37 ҳафтагача бўлган муддатда ўз-ўзидан тўхташи. Ҳомиладорликнинг 22-37 ҳафталари оралиғида тўхташи эрта туғруқ деб аталади. Бунда туғилган болалар чала туғилган саналади.

Ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташи амалий акушерликнинг долзарб муаммоларидан биридир. Ҳозирги вақтда ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташи 10% - 25% гача, I триместрда у 50% гача, II триместрда 20% ва III триместрда 30% учрайди.

БССТ (ВОЗ) тавсиясига кўра, агар ҳомиладорлик 22 ҳафта ва ундан кўп муддатда тўхтаса, ҳомиланинг вазни 500 г ва кўпроқ бўлса, чақалоқ 7 кундан кўпроқ яшаса, туғруқ ҳомиланинг экстремал кичик вазни билан эрта туғруқ дейилади.

22 ҳафта муддатдан кейин туғилиб (вазни 500 г ва кўпроқ), 7 кун ошгандан кейин бола ўлиши перинатал ўлим кўрсаткичига киради.

Ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташининг хатар омиллари:

- Ижтимоий-биологик: паст ижтимоий – иқтисодий аҳвол (кичик даромад, паст саводлик, тўлиқ озиқланмаслик), жисмоний зўриқиш билан боғлиқ иш, стресслар;
- Акушерлик – гинекологик анамнез маълумотлари: I туғувчи она жуда ёш ва катта ёшда бўлиши, анамнезида эрта туғруқлар кузатилганлиги, оғирлашган акушерлик анамнези;
- Экстрагенитал касалликлар мавжудлиги: қандли диабет, артериал гипертензия ва юрак-қон томир тизимининг бошқа касалликлари, бронхиал астма, пиелонефрит, одатланган захарланишлар (алкогол, наркотик қабул қилиш, чекиш);
- Ҳомиладорлик асоратлари: кўп ҳомилалилик, кўпсувлилик, ҳомиланинг чаноқ билан келиши, йўлдошнинг олд жойлашиши, йўлдошнинг барвақт кўчиши, бачадон ичи инфекциялари, ҳомиланинг она қорнида инфекция билан зарарланиши, гипертензион бузилишлар.

Ҳомиладорликни муддатигача етказа олмаслик – бачадон қисқариш фаоллигининг ортиши натижасида секин- аста ҳомила тухумининг бачадон деворидан кўчиши ва унинг бўшлиғидан хайдалишига олиб келиши.

Одатланган ҳомиладорликни муддатигача етказа олмаслик – ҳомиладорликнинг 2 ва ундан кўп марта кетма-кет ўз-ўзидан тўхташи.

Ҳомила учун гестация муддатини хисобга олган холда, эрта туғруқда акушерлик тактикаси ва оқибатларини ўзига хослиги билан боғлиқ, бундай туғруқнинг 3 даврини ажратиш мақсадга мувофиқ:

I– 22-27 ҳафтада; II – 28-33 ҳафтада;III – 34-37 хафтада.

22-27 хафтада эрта туғруқ (ҳомила вазни 500-1000г) умумий туғруқ сонининг 5% ини ташкил қилади. Улар аксарият истмико-цервикал етишмовчилик, қоғаноқ пастки қутбининг инфицирланиши ва унинг вақтидан олдин ёрилиши туфайли содир бўлади. Бу гуруҳда туғруқ оқибатлари ҳомила учун жуда ёмон бўлиб, перинатал касалланиш ва ўлим жуда юқори. 28-33 ҳафтада содир бўлган эрта туғруқлар (ҳомила вазни 1000-1800г) сабаблари жуда эрта туғруқларга қараганда турли-тумандир. Ҳомила ўпкасининг яхши етилмаганлигига қарамасдан, глюкокортикоидлар ёки бошқа дори востиларини қўллаш ёрдамида, уларнинг етилишига эришиш мумкин. Туғруқ натижалари олдинги гуруҳдагига нисбатан яхшироқ. Ҳомиладорликнинг 34-37 хафтасида содир бўладиган эрта туғруқлар (ҳомила вазни 1900-2500 г ва кўп) сабаблари олдинги гуруҳлардагига кўра жуда хилма - хилдир.

Клиник манзараси ва диагностикаси. Ҳавф солувчи, бошланаётган ва бошланган эрта туғруқ бочқичлари тафовут қилинади.

Хавф солувчи эрта туғруқлар учунқорин пастида ва бел сохасида доимий бўлмаган оғриқлар хос.Бачадон қўзғалувчанлиги ва тонуси ортган. Қин орқали кўрилганда бачадон бўйни шаклини йўқотмаган, ташқи бўғиз ёпиқ..

Бошланаётган эрта туғруқларда қорин пастида ва белда тўлғоқсимон оғриқлар кузатилади. Бачадон бўйни қисқарган, текисланган ва 3-4 смгача очилган.

Бошланган эрта туғруқлар мунтазам тўлғоқ дардлари мавжудлиги билан характерланади. Баъзан қоғаноқ сувларининг кетиши кузатилади. Бачадон бўйни 3-4 смдан кўпроқ очилган.

Диагностикасида анамнез маълумотлари, клиник манзара, УТТ маълумотлари

(миометрийнинг локал қалинлашуви, ҳомила харакат фаоллигининг ортиши, баъзан қоғаноқ сувлари миқдорининг камайганлиги), КТГ маълумотлари (ҳомила харакатлари фаоллигининг ортиши) белгилари ҳисобга олинади.

Эрта туғруқларни **бошқариш ва даволаш** индивидуал бўлмоғи лозим. Эрта туғруқлар барча клиник турлари стационарда даволаниши лозим. Шу сабабли умумий амалиёт шифокоридан бундай ҳомиладорларни тезда акушерлик стационарига юбориш талаб қилинади.

Эрта туғруқ бўйича ҳомиладор мурожаат қилганда қуйидагилар лозим:

- эрта туғруқ сабабини аниқлаш;
- ҳомиладорлик муддати, ҳомила вазни, унинг жойлашиши, холати, юрак уриши, қин ажралмалари табиати, бачадон бўйни ва қоғаноқ холати, инфекция мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлаш;
- эрта туғруқ босқичини аниқлаш, чунки уларни даволаш бир-биридан фарқ қилиши лозим.

Ҳавф солувчи ва бошланаётган эрта туғруқларда бачадон қўзғалувчанлиги ва тонусини бартараф қилиб (токолиз), ҳомиладорликни сақлаб қолишга қаратилган даво ўтказиш мумкин. Бошланган туғруқларда бундай даво самарасиз бўлиб, токолиз бундай ҳолатларда ҳомила ўпкаси етилгунча бўлган вақтда қўлланилади.

Бачадон қўзғалувчанлиги ва қисқариш фаолиятини сўндириш (токолиз) учун қуйидаги даво қўлланилади:

-ёток режими;

-токолитиклар: салбутамол (гинипрал, партусистен, ритодрин) 10 мг 1 л натрий хлорнинг изотоник эритмасида минутига 10 томчидан бошлаб вена/ичига томизилади. Доза хар 30 дақиқада 10 томчидан бачадон қисқариши тўхтагунча ёки аёл пульси 1 мин.да 120 дан ошгунча қўшиб борилади.

Индометацин – 100 мг юклама дозаси оғиз орқали ёки тўғри ичакка киритилади. Кейин хар 6 соатда 25 мгдан 48 соат мобайнида давом эттирилади.

Альтернатив даво воситалари: нифедипин (коринфар, тербуталин) 25 мгдан хар 6 соатда оғиз орқали буюрилади. Спазмолитиклар: бачадон фаоллигини сусайтирувчи воситалар – магнезий сульфатнинг 25% ли эритмаси 5-10 млдан мушак орасига суткасига 2 маротаба ёки 10 мл 25% ли эритма 400 мл натрий хлорнинг изотоник

эритмасида вена ичига томизилади ёки магне В 6 1-2 таблеткадан суткасига 3 маҳалдан оғиз орқали 1 ой давомида қабул қилиш буюрилади.

Агар ҳомиладорлик муддати 37 ҳафтадан кичик бўлса, ҳомила ўпкасини етилиши ва яшаш лаёқатини ошириш учун онага кортикостероидлар буюрилади:

- дексаметазон 12 мгдан мушак орасига 2 доза хар 12 соатда;
- бетаметазон6 мг мушак орасига 4 доза хар 6 соатда.

Поликлиника шароитида ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташи **профилактикаси** қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Умумий касалликлар, гинекологик касалликларни инобатга олган ҳолда анамнез маълумотларини тўплаш, репродуктив фаолиятни, ҳомила тушишлари сони, муддати, сабаблари, клиникаси ва даво усулларини таҳлил қилиш.
- Ректал ҳарорат графиги кўринишида функционал диагностика тестларини ўтказиш. Графикда оғриққа шикоятлар, ажралмалар хусусияти, объектив кўрик натижалари ва буюрилган даво қайд қилинади.
- УТТ – бачадон ва тухумдон ҳолати баҳоланади.
- Мутахассислар маслахати – акушер гинеколог, қуйидаги текшириш усули ва даво усулларини танлаш учун:

а) Гистеросальпингография – ҳайзнинг 18-20 куни ўтказилади. Бу текшириш усули бачадон ривожланиш нуқсонлари бор-йўқлиги, бачадон ичи битишмалари, истмикоцервикал етишмовчиликни аниқлашга ёрдам беради.

б) Ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташ сабаби бактериал ёки вирусли инфекция эканлигини аниқлаш.

в) Цервикал канал шиллиғида (ПЦР - диагностика) ВПГ, ЦМВ, хламидиялар, микоплазма, уреаплазма мавжудлигини аниқлаш.

г) Гормонал текшириш лозим бўлса, ҳайзнинг 7-8 ва 22-23 – кунлари ўтказилади. Ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташида ҳайз циклида қўпол бузилишлар кузатилмайди, бироқ баъзи аёлларда ановулятор цикллар билан лютеин фаза бузилишлари аниқланади. Бу кўринишдаги цикл бузилишлари гиперандрогенемияли аёлларда, сурункали эндометрит ва инфантилизмда бачадон эндометрийси рецептор аппаратининг бузилишида кузатилади.

- Мед-генетик маслаҳати ва текшируви эр-хотин жуфтликларда, ўтмишда одатланган ҳомиладорликнинг тўхташи эрта муддатларда, ўлик чақалоқлар ва ривожланиш нуқсонлари билан туғруқ содир бўлган холатларда ўтказилади.
- Эрининг спермограммасини текшириш, андролог маслаҳати.
- Ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташ ҳавфи бўлган аёлларнинг барчасига текшириш ва соғломлаштириш ўтказиш муддатида, кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган холда контрацептив воситалардан фойдаланиш тавсия этилади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик – кутилган туғруқ муддатидан 10-14 кун ва ундан кўп – 290-294 кун давом этиши ва ҳомиланинг ўта етилганлик белгилари хамда йўлдошда ўзгаришлар билан туғилишидир.

Турли муаллифларнинг маълумотига кўра муддатидан ўтган ҳомиладорлик 2-10 гача учрайди. Перинатал ўлим эса 20-130 промиллини ташкил қилади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқда ва туғруқдан кейин она ва хомилада кўп асоратлар кузатилиб, натижада туғруқ пайтида жарроҳлик аралашувлари ва туғруқни якунловчи операциялар сони ортади.

Хронологик муддатидан ўтган ҳомиладорлик мавжуд бўлиб, 14 кун ва ундан кўп орқага сурилиши ва чақалоқнинг ўта етилганлик белгиларисиз туғилиши билан кечади. Бундай ҳомиладорликка физиологик муддати узайган ҳомиладорлик дейилади. Бундай ҳомиладорлик муддатидан ўтган ҳомиладорликка нисбатан 2 баравар кам учрайди.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликдаги туғруқ кечиккан туғруқ дейилади ва патологик туғруқлар туркумига киради.

Муддати узайган туғруқлар – ўз муддатидаги яъни физиологик туғруқ дейилади.

Преморбид фон сифатида қуйидаги омиллар ўрин тутади: қизлардаги репродуктив тизимни шаклланишида, гипоталамо - гипофизар жараёнларнинг изга тушишида мухим ўрин тутадиган турли соматик касалликлар, болаликдаги инфекциялар, яна инфантилизм, ҳайз циклининг бузилиши, абортлар, ички аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари хам преморбид фон бўлиши мумкин, улар бачадоннинг нерв-мушак аппаратида ўзгаришга бу эса ўз навбатида эндокрин бузилишларга олиб келади. Бундан ташқари эндокрин касалликлар, ёғ алмашинувининг бузилиши, рухий жароҳатлар хам мухим ўрин тутади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик ривожланишида аёлнинг ёши (ёш ва катта ёшда, айниқса биринчи туғаётган аёлда), мехнат хусусияти (хизматчи ва уй бекаси), туғиш ва ҳайз фаолияти, ўтмишда ўтказган ва ҳозирда ҳомиладорликка ҳамроҳлик қилаётган инфекцион, яллиғланиш, экстрагенитал касалликлар, аввалги ва мазкур ҳомиладорлик асоратлари **мойиллик омиллари** бўлиб хизмат қилади.

Белгилари, кечиши. Муддатидан ўтган ҳомиладорлик туғруқнинг кутилган муддатидан кечикишига қарамай туғруқ фаолиятининг бўлмаслиги, организмнинг туғруққа тайёр эмаслиги, бачадон бўйинчасининг етилмаганлиги, ҳомиладор тана вазнининг ортмаётганлиги , қорин айланасининг қоғаноқ сувлари сўрилиб кетиши ҳисобига 5-10 смга кичрайиши. Ҳомиланинг катта ўлчамларда бўлиши, бошчаси суякларининг қотганлиги ва чокларининг торайганлиги, ҳомила юрак фаолиятининг ўзгариши (Фетал ЭКГ кўрсаткичларида сурункали гипоксия ҳолати) билан тавсифланади. Ҳомила муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳавфли ҳолатда бўлади. Кўп ҳолларда ҳомиланинг она қорнидаги гипоксияси ва ўлими кузатилади. Туғруқ вақтида туғруқ фаолияти сустлиги, клиник тор чаноқ, она ва болада туғруқ жароҳатлари, ҳомила мияси ичига қон қуйилишлар ва ҳомила асфиксияси ҳавфи юзага келади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик **ташҳисини** УТТ ёрдамида аниқлаш мумкин. Буларга йўлдош қалинлигининг камайиши, унинг кальцинози ва ўлчамларининг катталашуви, камсувлик, ҳомила бошчаси бипариетал ўлчами ўсишининг бўлмаслиги, бош суяклари қалинлашиши ва суяклашиши, баъзан ҳомила ўлчамларининг катта бўлиши киради.

КТГда текшириб кўрилганда муддатидан ўтган ҳомиладорликка хос бўлган ҳомила юраги қисқаришлари частотасининг ўзгариши, ритм монотонлиги каби белгиларни аниқлаш мумкин.

Амниоскопияда (стационар шароитда ўтказилади) ҳомила олди сувлари таркибида меконий аралашмаси аниқланади.

Амниоцентез орқали олинган ҳомила олди сувлари текширилганда глюкоза концентрациясининг 0,1 г/л ва камроқ бўлиши (N – 0,2-0,5 г/л), эстриол миқдорининг камайиши аниқланади.

Аёл пешоби текширилганда эстриол миқдори камайган бўлади.

Қин суртмаси цитологик текширилганда кўп миқдорда оралиқ ҳужайралар бўлиши ва мугузланувчи ҳужайраларнинг йўқлиги аниқланади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик якуний ташҳиси ҳомила туғилгандан кейин, ҳомила ва йўлдошдаги ўзига хос ўта етилганлик белгиларига асосан қўйилади. Буларга: бош суякларининг қаттиқлиги, чок ва лиқилдоқларнинг торайганлиги, ёғсимон қопламанинг йўқлиги, қуруқ ёки “силлиқланган” тери, кафт ва оёқ панжаси терисининг мацерацияси –

“ ҳаммомли оёқ ва қўллар ”, тери ва киндик тизимчасининг сарғимтир, тор чаноқлик, ҳомиланинг чаноқ билан келиши ҳамроҳлигида кесар кесиш амалиётига кўрсатма бўлиб хизмат қилади. ёки яшил рангдалиги, йўлдошда кальциноз ва инфаркт белгилари мавжудлиги киради.

Муддатидан ўтган ҳомиладорликни **бошқариш** индивидуал бўлмоғи лозим. Амбулатор-поликлиника звеносида умумий амалиёт шифокори ҳомиладор аёл ва унинг қариндошларини муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқ ва чилла даврида кузатиладиган асоратлар тўғрисида огоҳлантириши лозим. Оилада тушунтириш ишлари олиб борилиши лозим. Муддатидан ўтган ҳомиладорликка мойиллик омилларини аниқлаш учун (аввалги ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврининг қандай кечганлигини эътиборга олган ҳолда) синчковлик билан анамнез маълумотларини тўплаш талаб қилинади. Бунда ҳайзи эрта ва кеч бошланган, ҳайзи бузилган, инфантилизмли, ёғ алмашинуви бузилган (семиз) аёллар алоҳида эътиборга моликдир. Туғруқ муддати ўтгандан сўнг ҳомиладор аёл хар 2-3 кунда назорат қилиб борилиши лозим. Кузатув мобайнида УТТ, КТГ ўтказилади. Натижалар яхши бўлганда ҳомиладорни 41 ҳафталик муддатида туғдириш усули ва йўлини аниқлаш учун туғруқхонага юборилади. Аксинча ҳолатларда (ОАА, ФПЕ, УТТ, КТГ да ўзгаришлар бўлганда) моиллик омиллари мавжуд аёллар патология аниқлангани заҳотиёқ госпитализация қилинишлари лозим.

Туғруғи табиий йўл орқали ўтказиш режалаштирилган аёлларга ўтказиладиган даво туғруқ фаолиятини медикаментоз воситалар ёрдамида қўзғатишдан иборатдир. Шу мақсадда окситоцин 5 бирликда (1мл) 0,9 % - 500 мл натрий хлорид эритмасида 6-8 томчидан томизиб бошланади ва хар 30 дақиқада 5 томчидан ошириб 40 томчигача етказилади ёки простагландин F_{2a} (энзапрост **)** 2,5 мг ва 2.5 бирлик окситоцин худди шундай эритмада 1 дақиқада 6 томчидан 20-30 томчигача тезликда вена ичига томизилади. Простагландин Е2 (ПРГ2) гель ёки пессарийлар кўринишида интравагинал ёки интрацервикал қўлланилади.

Муддатидан ўтган ҳомиладорлик бошқа асоратлар - биринчи туғувчининг катта ёшдалиги, катта ҳомила, ҳомиланинг чаноқ билан олд келиши, оғирлашган акушерлик ва гинекологик анамнез ва бошқалар билан қўшилиб келганда режали кесар кесиш усули танланади

Туғруқдан кейинги реабилитация.

- Анамнез маълумотларини ҳисобга олган ҳолда диспансер кузатуви;
- УТТ;

- Ҳайз цикли ва эндокрин бузилиши мавжуд бўлган аёлларда гормонал фаолиятни ўрганиш учун функционал диагностика тестлари (базал ҳароратни ўлчаш, “қорачиқ” симптоми ва бошқалар);
- Ҳомиладорликдан ташқари вақтда соғломлаштириш ва кейингисини режалаштириш учун бошқа мутахассислар (акушер-гинеколог, эндокринолог, терапевт, мед-генетик) маслаҳатига юбориш;
- Контрацептив воситаларни қўллаш.

ИЛОВА №1:

- Хомила кутараолмаслик ва хомиладорликни муддатидан утишимойиллик омилларини аникланг?
- Хомила кутараолмайдигон ва хомиладорликни муддатидан утказиб тугувчи аёлларда кандай лаборатор ва асбоблар ёрдамида текшириш утказилади?
- Шу тугувчи аёлларни догоспитал боскичда олиб бориш, прогноз ва профилактика утказиш усулларини айтинг?.
- Догоспитал боскичда тез ёрдам курсатиш муолажалари нимадан иборат?
- Хомила кутараолмайдиган ва хомиладорликни муддатидан утказиб тугувчи аёлларда канака контрацепция усуллари кулланилади?

ИЛОВА №2:

Хомиладорлик кутара олмаслик– бу хомилани уз-узидан уругланган воктдан 37 хафтагача булган муддат ичида тушишига айтилади.

Уругланган воктдан 22 хафтагача булган муддатларда тушиши хомилани уз-узидан туши деб аталади.

Хомилани 28 хафтадан 37 хафтагача булган муддатда тушишига муджатдан олдинги тугрук деб аталади. ВОЗ буйича 22 хафтадан 28 хафтагача булган муддатда тушса мудатдан олдинги тугрук хисобланади ва шу муддатлардан перинатал улим хисобланади.

Бу муддатларда мурожат килган беморларга чукур чала чакалокларга ёрдам курсата оладиган тугрук хоналарда ёрдам курсатилиши керак. Агар чакалок 7 кун яшаб кейин улса, бу улим перинатал улимга киради ва паталого-анатомическ текширув утказилади.

Муддатидан олдинги тугркка 28хафтадан 37 хафтагача муддатдаги ва 1000дан 2500граммгача булган хомила билан тугрукка айтилади. Куп холларда, шу хомиладорлик муддатида ва хомила вазини билан тугилган чакалоклар куп холларда тирик колган.

22 хафта ва ундан юкори муддатларда, хомила вазни 500гр ва ундан юкори булиб чакалок 7 кундан кейин улса ВОЗ тавсиясига кура экстремал кам вазинли муддатидан олдинги тугрук хисобланади.

МУДДАТИДАН ОЛДИНГИ ТУГРУККА ХАВФ ОМИЛЛАРИ.

Социал-демографик (оила хаётининг мустахкам эмаслиги, социал ахволи паст).

Артифицал абортлар, муддатидан олдин тугрк, хомилани уз-узидан тушиши, пешоб йуллари инфекцияси, жинсий йуллар ялигланиш касалликлари).

Хомиладорлик даврида утказган инфекциялар (ОРВИ ва бошкалар).

КЛИНИК КУРИНИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Клиник кечиши буйича даражаларга булинади:

● муддатидан олдинги тугрк хавфи (корин пастида ва бел сохада номунтазам огриклар, бачадон мушакларининг таъсирчанлиги юкори булиши, бачадон буйни узгармаган, ташки зев ёпик)

● бошланаётган муддатидан олдинги тугрк.(огрк кучли, бачадон буйни узунлиги калталашган текислашганлиги куп холларда хомила олди сувини кетиши кузатилади).

● бошланган муддатидан олдинги тугрк (регуляр дард кузатилади, куп холларда хомила олди сувини кетиши кузатилади)

Муддатидан олдинги тугрк билан стационарга тушган хомиладордан куйидагиларни аниклаш керак:

● муддатидан олдин тугркни бошланиш сабабини сураш керак.

● хомиладорлик муддатини, хомила тахминий вазнини, позициясини, олдинда келган кисмини, юрак уришини аниклаш керак, кин оркали курик утказилганда ажралмалар характери , бачадон буйни ва когонок парда холатини аниклаш керак, хамда инфекция бор ёки йуклигини.

● муддатидан олдинги тугрк клиник кечиши буйича даражаси аникланади.

● муддатидан олдин тугрк хавфи ва бошланиш даражасида хомиладорликни сакла колиш учун муолажалар утказилади. Бошланган муддатидан олдинги тугркда даво самарасиз.

Муддатдан олдинги тугрук давоси

Бачадон мушакларини таъсирчанлигини ва мушаклардаги кискариш жараёнини камайтиришга картилган:

● ёток режими

● психотерапия, седатив воситалар (пустырник настойкаси, валерьяна настойкаси, новопассит таб., триоксазин, нозепам)

● Спазмолитиклар билан даво: 2% папаверин гидрохлорид 2.0млдан м\о кунига 2-3 марта, но-шпа 2 мл м\о кунига 2-3 марта, 0.1% метацина 1.0 мл м\о , баралгин 2мл.м\о.

● Истмико-цервикал етишмовчиликда хирургик каррекциядан кейин кучли спазмолитиклар кулланиши керак (баралгин)

● мачадон активлигини камайтирувчи воситалар: 25% магния сульфата эритмаси 10 мл.дан в\и кунига 2-3 марта, токолитиклар (партусистен, бриканил, гинипрал)

● дориларсиз бачадон мушакларини кискарувчанлигини камайтирувчи даво.

Хомиладорлик кутараолмайдиган аёлларда утказиладиган даво**.**

● Синчковлик билан анамнез йигиш (умумий, гинекологи касалликлар, репродуктив функцияни анализ килиш).

● тест функционал диагностика утказаш (базал хароратни улчаш).

● гистеросальпингография – циклни 18-20 кунлари утказилади.

- УТТ – бачадон ватухумдонлар холатини бахолайди.
- гормонал текширувлар (хайз циклининг 7-8 ва 22-23 кунлари утказилади).
- бактериал ва вирусли инфекцияни текшириш.
- цервикал канал шилигида (ПЦР-диагностика) ВПГ, ЦМВ, хламидий, микоплазм, уреоплазмани аниклаш.
- эр-хотинни медико-генетик текширувни хомила кутара олмаслик кичик муддатларида, улик хомила ва тугма нуксонлар билан тукан булса утказилади.
- эрининг спермаграммаси ва андролог консультацияси.

АМБУЛАТОР-ПОЛИКЛИНИК ЗВЕНОДАГИ ПРОФИЛАКТИКА

- аёллар маслахатхонаси шифокори хомиладорлик муддатидан утиши натижасида тугукда ва тугрукдан кейинги давирда юзага келиши мумкин булган асоратлар хакида аёлни хабардор килиши шарт.
- оила аъзолари уртасида тахминий тугрук муддатидан 10-14 кун олдин стационарга ётказилиши хакида тушунтириш ишлари олиб борилиши керак.
- муддатидан утган хомиладорлик хавф гурухига кирувчи аёлларни (эрта ва кеч менархе бошланган, хайз цикли бузилган, инфантил, ёг алмашуви бузилган) аниклаш учун синчковлик билан анамнез йигиш (олдинги хомиладорлик кечиши хакида, тугрук, ва тугрукдан кейинги давр кечиши хакида).

АМБУЛАТОР ЗВЕНОДА ДИАГНОСТИКА

Аёллар маслахатхонасига хомиладор аёл хомиладорлик 1-ярмида 2 хфтада 1марта, 2-ярмида хафтада 1 марта келиши керак.

Стационарга ётиш муддатлари:

- 12 хафтагача,
- 24-26, 30-34 хафталарда – хомила димикиши, ЭГК ва гестацион давр асоратларини даволашга.
- 38-39 хафталарда режалаштирилган стационарга ётказиш (тугрукка тайёргарлик учун).
- динамикада УТТ. Бу текшириш усулида йулдош калинлигининг юпкаланиши, кальценози ва улчамларининг катталашиши, хамда хомила олди сувларининг камлиги, хомила бошининг бипориетал улчамларининг усмаслиги, бош суякларининг калинлашуви, хомила улчамларининг катталиги аникланади.
- динамикада КТГ: 24 хафтадан – хомила юрак уриш ритми частотасининг узгарганлиги кузатилади (юрак ритми монотон).

МУДДАТИДАН УТГАН ХОМИЛАДОРЛИКДА ТУГРУКДАГИ АСОРАТЛАР

- тугрук жараёнидаги нуксонлар
- тугрук учунчи ва эрта чилла даврида кон кетишлар

- хомила димикиши
- она ва хомила жарохатланиши
- клиник тор чанок
- клиник тор чанокка олиб келувчи омиллар: -
- муддатидан утган йирик хомила
- тугрук жараёни сустлиги
- миометрий функционал етишмовчилиги
- кесар кеси амалиётига курсатмалар:
- хомилани она чаногига нисбатан диспропорцияси, хомила бошининг нотугри келиши
- хомила ахволининг тугрук жараёнида ёмонлашиши (гипоксияни зурайиши)
- тугрук жараёнидаги нуксонлар, нормал жойлашган йулдошнинг барвакт кучиши
- муддатидан утган хомиладорлик ташхисини тугрукдан кейин хомила томонидан муддатидан утганлик белгилари ва йулдош томонидан узгаришлар аникланган кейин куйилади.

МУДДАТИДАН УТГАНЛИК БЕЛГИЛАРИ

Хомила томонидан (синдром Беллентайна-Рунге):

- пушкосимон сочларнинг йуклиги
- бош суякларининг каттаклиги (тугрукда кофигурация бериши кийинлашуви)
- чок ва ликилдокларнинг торайиши
- тирнокларининг узунлиги
- тери рангининг яшилсифат булиши
- курук «пергаментли» мацерацияланган тери
- кафти «Кир ювувчи кули», оёги «хаммомдан кейинги»
- тери тургорининг пасайиши
- тери ости ёг катламининг камлиги.

Йулдошни ва когонок пардаларни текширувдан утказилганда кузатиладиган узгаришлар

- кальцификатлар
- йулдошнинг юпка ва улчамлари катталашган
- саргимтир-яшилга буялган когонок парда.

ТУГРУКДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- аёллар маслахатхонасида диспансер назорани бошка мутахассилар билан

биргаликда олиб бориш;

- Карши курсатмаларни инобатга олган холда контрацепция воситаларини танлаш.

САВОЛЛАР:

- муддатидан олдин тугрк этиопатогенези; (илова №2)

- муддатидан олдин тугрк клиникаси; (илова №2)

- хомила кутара олмасликда профилактика асослари ва даво; (илова №2)

-хомиладорлик муддатидан утиш сабаблари; (илова №2)

-муддатидан утган хомиладорликда тугрук ва тугрукдан кейинги давир асоратлари;

- муддатидан олдин тугрк ва муддатидан утган хомиладорлик хавф гурухига кирувчи хомиладорлар;

-хомила томонидан муддатидан утганлик белгилари; (илова №2)

-стационарга ётиш муддатлари; (илова №2)

-тугрукка тайёргарлик учун стационарга ётиш муддатлари (илова №2)

«Юлдузлар» уйини

Рангли когоздан бир нечта юлдузлар кесиб олинади. Хар бир юлдузнинг орка томонига саволлар ёзилади ва деволга ёпиштирилади (талабалар укув хонасига кирмасидан олдин). Талабалар саволларни Бирма бир олишади ва жавоб беришади

6. Амалий қисм.

Амалий куникмалар руйхати:

Амалий кўникмалар рўйхати:

1. Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш.
2. Ҳомиладорларни ташқи акушерлик кўриги.

3 Ҳомила вазнини аниқлаш.

9.Назорат учун саволлар

10. Ҳомиладорликнинг муддатидан олдин тўхташ тушунчаси қандай?
11. Муддатидан олдинги туғруқ ҳавф гуруҳига қайси аёлларни киритиш мумкин?
12. Муддатидан олдин туғилган чақалоқларнинг етилмаганлик белгилари?
13. Муддатидан олдинги туғруқ ҳавфини бошқариш?
14. Муддатидан ўтган ҳомиладорлик тушунчасини айтинг?
15. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳомила томонидан қандай асоратлар кузатилиши мумкин?
16. Ҳомилада ўта етилганликнинг қайси белгиларини биласиз?
17. Муддатидан ўтган ҳомиладорликда туғруқда қандай асоратлар кузатилиши мумкин?
18. Муддатидан ўтган ҳомиладорликни олиб бориш?
19. Ҳавф гуруҳига мансуб аёлларни ҳомиладор бўлмаган шароитда текшириш?

Тест саволлари

1.Муддатидан утиб кетган хомиладорликнинг патогенези куйидагилардан ташкари:

*плацента гормонал фаолиятининг узаро мувозанатининг бузилиши плацента гормонал фаолиятининг етишмовчилиги

гонадотроп гормон ортикчалиги ва фолликул гормон камлиги

гонадотроп гормон камлиги ва фолликул гормон куплиги

2. Муддатидан утиб кетган хомиладорликда тугрукни олиб бориш:
*хомила ва чанок мослигининг бахолаш билан тугрукни олиб бориш
акушерлик кискичлари куйиш
кесар кесиш операциясини олиб бориш
краниотомия

3. Муддатидан олдин тугишнинг асосий сабаблари.
*инфекцион касалликлар, жинсий аъзоларнинг чала ривожланиши
камконлик
хомила касалликлари
хомиланинг нотугри жойлашиши

4. Чала тугиш процесинитухтатиш учун ишлатиладиган препарат.
*партусистент
парлодел
простогландин
димедрол

5. Чала тугилганлик белгилари.
*чакалок бош суяги юмшок, тирноклари усмаган, терида шиш
чакалок нафас олиши ва юрак уришининг тезлашуви
оеклари танага нисбатан кичик
лиоеклар танага нисбатан калта, куллари узун, тирноклари калта, бош суяги каттиклашган

6. Муддатидан ошган хомиладорлик хисобланади.
*42 хафтадан утса
40 хафтадан сунг тугрук бошланса
41 хафтагача тугрик бошланмаса
43 хафтагача тугрук бошланмаса

7. Муддатидан утиб тугилган чакалок белгилари.
*бош суяклари каттиклашган, ликилдок кичрайган, териси курук
огирлиги 2 кг дан ортик
буйининг узунлиги 40 см дан ортик
юрак уриши фаолияти буттлмайди

8. Муддатдан утган хомиладорликда когонок сувининг узгариши.
*камаяди, ранги яшил буялади
узгармайди
суюклашиб ранги кизаради
когонок суви купаяди

Мавзу №7: Хомиладорлик ва тугрук хомила ҳолатини бахолаш. Хомилага хавф солувчи холатлар. ХРОК. Хомила дистресс синдроми. Чакалокларда шошилинч холатларни ташхислаш ва олиб бориш.

1. Таълим бериш технологияси (амалий машғулот)

Вақт: 240 дакика	Талабалар сони: 10
Машгулот утказиш жойи	Поликлиника, аудитория, кабул булими
Ўқув машғулотининг тузилиши	1.Кириш кисм.. 2. Назарий кисм 3.Амалий кисм - беморлар курацияси -амалий кункмалар алгоритми 4. Аналитик кисм: - вазиятли масалаларлар -тест -органайзер
Ўқув машғулоти мақсади:Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдаёндошиш ва ташхислаш усуллари билимларини мустахкамлаш ва чукурлаштириш. Хомиладорлик ва тугрук пайтида хомила ҳолатини бахолашни фикрлаш хусусиятини ривожлантириш. Акушерлик ва экстрагенитал патологияларда ҳомила ҳолатига ҳавф солувчи омилларни эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олишга ўргатиш.	
***Ўқув фаолияти натижалари*:** • Ҳомилага ҳавф солувчи холатлар вагестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклигиэтиопатогенезини ургатиш. • Ҳомилага хавф солувчи омиллар клиникаси ва аниқлаш усуллари. • Ҳомилага ҳомиладорлик муддатиданкичик вазнлилигини аниқлай олишни принциплари. • КВП ва ШВП шароитида диагностик тестлардан фойдаланган холда ФПЕ ва ҳомила ривожланишдан оркада колиши (ҲРОК) белгиларини билиши • ФПЕ ва ХРОК Билан хомиладорларни олиб бориш принциплари. •Гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги, ФПЕ, ва ҲРОК ҳавф гуруҳларини аниқлашни •Хавф гурухидаги хомиладорлар билан даволаш ишларини олиб боришва олиб бориш тактикасини ишлаб чикиш. •Хомила ҳолатига ҳавф солувчи ҳолатларни, ФПЕ, ҲРОКни ташхислаш. •КТГ, УТТ, допплер ёрдамида текшириш натижаларини тушунтираолишни •Ҳомилага ҳавф солувчи ҳолатларни шифохонадан чиқарилгандан кейин даволашни давом эдиришини	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим:** • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдаорганизмида бўладиган ўзгаришлар, клиникаси ва ҳомиладорликининг натижаси, ҳомиланинг ҳолати ҳақида. • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКда кўп кузатиладиган акушерлик асоратлари. • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдаамбулатор ва стационар даволаш мезонлари. • **УАШ бажара олиши лозим:** • Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдаклиник текширишдан ўтказиш. • Клиник ташхисни қўйиш ва асослаш • Амбулатор даволаш самарадорлигини баҳолаш. • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдаҳолатини баҳолаш ва кейинги тактикасини ишлаб чиқиш. • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдаолиб боришнинг комплекс йўлларини ишлаб чиқиш. • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдагоспитализация қилиш мезонларини аниқлаш.

	• Ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини баҳолаш (УТТ, КТГ). • Хомилага хавф солувчи холатларда, гестацион муддатига нисбатан хомиланинг кичиклиги(ГМКХ), ХРОКдалаборатор ва инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш.
Таълим усуллари	Дискуссия, суҳбат, амалий иш усули, , таълимий ўйин «Кластер усули”
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш,якка тартибли
Таълим воситалари	Укув кулланмалар, укув материаллар, Доска-стенд, флипчарт, кулкоплар, индивидуал химоя воситалари, глицерин, спирт, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, амалий куникмаларни бажариш алгоритми
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув, блиц сўров, тест, вазиятли масалаларни ечиш, амалий куникмалар демонстрацияси, бахо

Ўқув машғулотининг технологик харитаси (жадвал)

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Давомийлиги
1.	Укитувчининг кириш сузи.		10
2.	Уйга берилган топширикни мухокама килиш, (дискуссия) муляжлар, слайдлар, аудио ва видеокассеталар, «Кластер усули”	Суров, тушунтириш, Илова №1.	50
3.	Беморларни кабул килиш, кундузги стационарда курация килиш.	Беморларни куриш. Касаллик тарихи	60
	Амалий куникмаларни такомиллаштириш.	Амалий куникмаларин муляжларда ишлатиш, лаборатор тахлилларни интерпретация килиш.	60
	Танаффус		30 мин
4.	Машгулотнинг амалий кисмини педагог билан мухокама килиш (тематик касаллар йук булган такдирда вазиятли масалаларни ечиш)	Сурок, бахс-мунозара. Илова №2	45
5.	Мавзуни мухокама килиш (рефератив такдимот «ФПЕни замонавий диагностикаси ва даволаш усуллари»)	Рефератив такдимот Илова №3	45

2. Мотивация

Хомила холатининг хавфли холатларида нотугри даволаш ва уз вактида аникламаслик (ХРОК, ФПЕ) чакалок ва хомиланинг постнатал даврида куп касалланиши ва улимга сабаб булувчи огир асоратларга олиб бкелиши мумкин. Хомила холатига хавфнинг УАШ олдидаги вазифаларнинг ечими уз билимларини кенгайтириши жавобгарликни хис килиши Амалий ишларни килаётганида эхтиёткорликни талаб килади.

3. Фанлараро богликлик.

Хомила холатига хавф купинчау ёки бу экстрагенитал патологиялар (инфекцион, эндокрин касалликлар, юрак кон томир, нафас, сийдик таносил ва бошкалар), шунингдек, хомиладорлик ва тугрук пайтида келиб чикадиган акушерлик асоратларидан ривожланади, яъни НЖЙБК, йулдошни олдинда келиши, клиник тор чанок, тугрук фаолиятини аномалиялари. Шунинг учун ушбу патологияни урганиш билан бир каторда терапия, эндокринология, клиник фармакология, физиология ва биохимия кафедраларида урганган билимларни билиш талаб этилади.

4. Машғулотнинг мазмуни

4.1 Назарий қисм.

Хомила гипоксияси

Тўқима ва аъзоларда кислороднинг етишмовчилиги ёки ноадекват утилизацияси сабабли ҳомила организмида юзага келадиган комплекс ўзгаришлар. Учраш сони 10,9%. Бу мустақил касаллик эмас, балки она-йўлдош-ҳомила тизимидаги турли патологик жараёнларнинг асорати бўлиб ҳисобланади.

Таснифи:

I. Кечиш давомийлиги бўйича.

1. Сурункали - акушерлик патологиялари ва ЭГКда , плацентар етишмовчилик натижасида. Асосан ҲРОҚС билан бирга келади.

2. Ним ўткир – ҳомиланинг мослашиш қобилияталри сусайиши ҳисобига туғруқдан 1-2 кун олдин.

3. Ўткир гипоксия – асосан туғруқда, баъзан ҳомиладорлик вақтида кузатилади (НЖЙБК, туғруқ фаолияти нуқсонлари ва б.)

II. Кечиш интенсивлиги бўйича:

1. Функционал – енгил шакли, фақат гемодинамик ўзгаришлар билан кечади.

2. Метаболик – чуқур гипоксия барча алмашинув жараёнлари бузилиши билан кечади, аммо қайтар жараён.

3. Деструктив – оғир гипоксия, ҳужайра даражасидаги қайтмас жараён.

III.Ривожланиш механизми бўйича:

1. Артериал-гипоксик

а) гипоксик, бачадон-плацента қон айланиши тизимига кислород келишининг бузилишининг асорати.

б)трансплацентар- фетоплацентар комплекснингбарча функциялари бузилиши.

2. Гемик

а) анемик; гемолитик ва постгеморрагик.

б) фетал гемоглобиннинг кислородга ўхшашлиги камайиши натижасида.

3. Ишемик

а) юрак ва йирик қон томирлар ривожланиш нуқсонларида, юрак ритмининг оғир бузилишларида, миокард қисқарувчанлиги бузилиши ва юракдан қон ҳайдалиши камайганда,

б)қон томирлар қаршилиги юқори бўлганда ҳамда қоннинг реологик хусусиятлари ўзгарганда.

4.Аралаш.

IV. Ривожланиш сабаблари бўйича:

1. Плацента олди

а) Сурункали кислород етишмовчилиги – юрак-қон томир тизими касалликларида

б) кислород ташилиши етишмовчилиги – анемия, гестозлар, шок.

2. Плацентар

а) Қон томирлар окклюзияси – плацента инфарктлари (гестозлар, муддатидан ўтган ҳомиладорлик ва б.)

б) Қон томирлар қаршилгининг ортиши (гидрамнион, кўпҳомилалик)

в) Плацентар мембрана ўзгаришлари (гестозлар, муддатидан ўтган ҳомиладорлик)

г) Умумий плацентар қон айланишдан плацентанинг бир қисми тушиб қолиши (йўлдошнинг олдтнда келиши, НЖЙМК)

д) Пацента нуқсонлари

3.Плацентадан кейинги сабаблар – чақалоқларда кислородни ўзлаштиришнинг етишмовчилиги (ҳомила гипертермияси, ацидоз, она гипертермияси, кўпҳомилалик, йирик ҳомила).

Этиологияси(3 Гуруҳ):

I гуруҳ: кислород етишмовчилиги ёки карбонат ангидрит гази кўпайиб кетиши, юрак-қон томир касалликлари, ўпкабронх касалликлари, пастки ковак вена босилиш синдроми, анемиялар, заҳарланишлар, интоксикациялар, қон йўқотишлар, турли этиологияли шоклар.

II гуруҳ: ҳомила-плацентар қон айланиши бузилиши – гестоз, муддатидан ўтган ҳомиладорлик, ҳомилага хавф солувчи ҳолатлар, плацентанинг жойлашиш нуқсонлари, НЖЙМК, плацентаинфарктлари,туғруқ фаолияти нуқсонлари, киндик патологиялари (ўралиб қолиши, чўзилиши, тушиб қолиши)

III гуруҳ: ҳомила касалликлари – гемолитик касаллик, анемия, гипотензия, инфекцияланиши, туғма ривожланиш нуқсонлари, туқ вақтида ҳомила бошининг узоқ вақт сиқилиб туриши.

Патогенези.

Қонннинг кислород билан тўйиниши камайиши алмашинув жараёни бузилиши, яъни ацидозга, сут кислотаси йиғилишига ва натижада барча аъзолар фаолияти бузилишига олиб келади. Натижада буйракусти бези функцияси фаоллашиб, катехоламинлар, вазоактив моддаларнинг ажралишига ва тахикардияга, қон айланиш марказлашувига (мия ва жигар, жигар катталашади), артериал босим ортишига ва натижада организм ишемиясига, сфинктерлар очилиб, меконий ажралишига олиб келади. Сўнг сут кислотаси таъсирида қон томирлар ўтказувчанлиги ортиади, қон айланиш тезлиги камаяди. ДВС-синдром – бу гиповолемия, гемоконцентрация, тўқималар шиши, ҳаётий муҳим аъзоларга қон қуйилишлар натижасидир. Сезиларли даражадаги кислород етишмовчилигида брадикардияга ўтиб, артериал босим пасаяди.

Макро-, микрогемодинамика ва метаболизмнинг сезиларли бузилишлари аъзолар тўқимасининг деструкциясига олиб келади.

Клиникаси.

Гипоксия, ҳомиланинг она қорнидаги хавф солувчи асфиксияси, ҳомиланинг она қорнидаги бошланган асфиксияси

Ташхислаш.

1. КТГ – нормада ЮУС 120-160 зарба/мин.

гипоксияда:

тахикардия: **брадикардия:**

- енгил 140-180 зарба/мин. -енгил 118-100

-кучли более 180 -кучли менее 100

2. Ҳомиланинг биофизик кўрсаткичлари:

-ҳомиланинг нафас олиш ҳаракати камайиши 30 нафас сони/мин.дан кам

-ҳомиланинг ҳаракат фаоллиги камайиши 60 мин.да 6 ҳаракатдан кам

-ҳомила тонуси гипотония

-нострессли тест ҳаракатга тахикардия (нормада)

3. Амниоцентез - гормонлар миқдори, pH, хромосома туплами, сфингомиелинни аниқлаш

4. Доплерометрия

5. Кордоцентез

Даволаш (асосий касалликни даволаш).

1. Бачадон-плацента қон айланишини яхшилаш

2. Она-ҳомила алмашинувини яхшилаш

3. Плацентанинг метаболик функциясини яхшилаш

4. Ҳомилага плацента орқали таъсир қилиш

1.Қон томирни кенгайтирувчи воситалар: магнезия сульфати, папаверин, но-шпа, эуфиллин, компламин (капилляр қон айланишни яхшилайди) 15%-2,0 м/о ёки 0,15 - 3 марта кунига. Курантил (юрак қон томирларини танлаб кенгайтиради, веноз қаршиликни камайтиради, бачадон тонусига таъсир қилмасдан плацента орқали ҳомилага ўтади).

2.Қоннинг реологик хусусиятини яхшилаш: реополиглюкин, трентал, оқсил воситалари, гепарин (коагулограмма назоратида) –бу воситаларининг барчаси плацента орқали ҳомилага яхши ўтади.

3. Бачадон-плацента қон айланишига таъсир қиладиган воситалар: партусистен, гинипрал, эстрогенлар, сигетин.

4. Ҳомила организмидаги метаболик ўзгаришларга таъсир қилиш: барокамера, кислород, глюкоза- инсулинда ҳомила тўқималари томонидан ассимиляция қилинади (10-20%), витамин В6, Е, С, метионин, глютамин кислотаси, юрак гликозидлари (дигоксин, корглюкон), мембраностабилизаторлар-эссенциале, актовегин, витамин В12, кокарбоксилаза, АТФ. Сфингомиелин ишлаб чиқарилиши учун дексаметазон.

Чақалоқ асфиксияси

Бу ташқи муҳитда яшашга мослашиш механизмларининг бузилиши билан боғлиқ патологик ҳолат бўлиб, нафас олмаслик ёки самарасиз нафас олиш билан, қон айланишнинг бузилиши ва марказий асаб тизимининг асаб-рефлектор фаолиятининг сусайиши билан намоён бўлади.

Этиологияси.

Асфиксияга олиб келувчи сабаблар гипоксиядагидек.

Орттирилган, иккиламчи неонатал асфиксия қоғаноқ сувлари билан аспирация бўлганда, пневмопатияларда, бош ва орқа мия жароҳатида, туғма юрак нуқсонларида, диафрагмал чурраларда, метаболик бузилишларда (гипогликемия) ҳамда ҳомила ва чақалоқнинг бирламчи гипоксиясини нотўғри даволаганда кузатилади.

Патогенези.

Сурункали ҳомила гипоксияси билан ўхшаш.

Клиникаси.

Апгар (1950) й. 1 ва 5 дақиқадан сўнг чақалоқнинг юрак уриши, нафас олиши, тонуси, рефлекслари ва терисининг рангини баҳолайди.

	ТАДБИРЛАР:
I - даража 6-7 балл	«кенгуру» ҳолати, бурун халқум йўлларини шилликдан тозалаш, онаси билан бирга бўлиши

II - даража 4-5 балл	I босқич тадбирлари ва қўшимча: агар аспирация қилинса, интубация ва шилликдан тозалаш, ниқоб ёрдамида ёрдамчи вентиляция; Глюкоза 10-20 % -5,0 1 кг/тана вазнига + кокарбоксилаза 8 мг. 1 кг/тана вазнига
III - даража 1-3 балл	Шиллиқни сўриб олиш; интубация трахея ва бронхларни тозалаш; Глюкоза10-20 % -5,0 1 кг/тана вазнига + кокарбоксилаза 8 мг. 1 кг/тана вазнига+ преднизолон 1-2 мг/кг ёки гидрокортизон 5 мг/кг, сода 4%-2,5 мг/кг. Брадикардия (80дан кам) юрак массажи; глюконат кальций 10% 2-3 мл. Узайтирилган ЎСВ. Гормонларни глюконат кальций билан такрорлаш + агар юракда муаммо бўлса, 0,1% адреналин

Ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиш синдроми.

I.*Симметрик* – ҳомила ўлчамлари пропорционал кичрайган бўлади. Барча аъзолари тўлиқ етилмаган ва гестация муддатига мос келмайди. Кўпинча, бачадон ичи инфекциясида, хромосом нуқсонларда, нотўғри овқатланишда, чеки шва бошқаларда кузатилади.Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ривожланади.

II. *Асимметрик*– ҳомила бошининг бипариетал ўлчамлари нормал бўлганда танасининг ўсиши орқада қолади. Ўсиш нотекис бўлади: мия, суяклар камроқ ўсади, паренхиматоз аъзолар(жигар) тез ўсади. III триместрда акушерлик патологиялари ёки экстрагенитал патологияларда кузатилади.

Оғирлик даражалари (УТТ маълумотлари бўйича):

1 даража – 2 ҳафтага ривожланишдан орқада қолиши

2 даража – 2-4 ҳафтага

3 даража – 4 ҳафтадан ортик.

Ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолишига хавф гуруҳи.

1. Ижтимоий омиллар: ёш биринчи туғувчилар, ката ёшда биринчи туғувчилар, никоҳсиз ҳомиладорлик, касб зарарлари, руҳий зўриқишлар.

2. Соматик анамнез хусусиятлари: сурункали инфекциялар.

3. Акушерлик анамнез хусусиятлари: бепуштлик, абортлар, кесар кесиш, анамнезида кам вазнли болалари бўлганда.

4. Ушбу ҳомиладорликнинг кечиши: токсикозлар, инфекциялар.

Клиникаси ва ҳомиладаги жараёнлар.

Кўпинча 32 ҳафтадан кейин ташхис қўйилади. Агар 28 ҳафтадан кейин бўлса, кўпроқ симметрик, 32 ҳафтадан кейин – асимметрик бўлади.

Тўқималар глюкозани кўп утилизация қилиш ҳисобига гипогликемия бўлади.

Ҳомиланинг гормонал фаолияти онанинг гормонал фаолияти билан боғлиқ бўлганлиги сабабли липид ва гормонал алмашинув ҳам бузилади.

Ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиши кучли бўлса, миокарднинг қисқариш фаолияти, қон томирлар тонуси, натижада эса, алмашинув жараёнлари ҳам бузилади.

Ташхислаш.

1. Клиникаси:

-Леопольд-Левицкий усуллари

-ҳомила қимирлаши сони 2 соатда 4 дан кам (кунига 3 марта 1 соатдан санаш).

-аускультация (ХВГПдагидек)

-қорин айланаси, бачадон туби баландлиги

2.ҳомиланинг биофизик профили ва кардиотокография

3.буйракларнинг ажратиш функцияси: сийдикнинг бир соатлик экскрецияси бўйича, яъни ҳомила қовуғини бир соатдан сўнг кўриш. Бу патологияда бу кўрсаткич 15-18 мл.гача камаяди (нормада 24-27).

4. 29-30 ҳафтада плацента етишмовчилиги ва ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиш синдромининг аниқ белгиси қуйидагилар: эритроцитлар агрегацияси интенсивлиги 20-30 %га ортади, қон қовушқоқлиги 10-15% га, фибриноген 10-15% га, тромбоцитлар 10-12%га камаяди, тромбоцитлар агрегацияси 15-20%га ортади, қон ивиш вақти дастлабкига нисбатан 10-15% га узаяди.

5.Амницентез.

Даволаш.

Хавф гуруҳларида 3-марта профилактик даволаш.

1.Зарарли одатлардан воз кечиш, сурункали инфекция ўчоқларини бартараф этиш.

2.Овқатланиш ва тартибни нормаллаштириш

3. Ҳомила гипоксияси ва ФПЕдагидек даволаш.

4.2 Аналитик кисми

Илова№1

«Кластер усули»

Талабалар бир-бирларига мавзуга оид бўлган клиник белгиларни, келиб чиқиш сабабларини кластер усулида ифодалаб беришади.

1) ФПЕ тугрисида тушунча (Бу плацентанинг функционал тўлақонлигини таъминлайдиган морфофункционал бузилишлар ва компенсатор-мослашиш механизмларининг бузилиши билан кечадиган ҳолат. Плацентанинг транспорт, трофик, эндокрин ва метаболик функцияси бузилиши билан намоён бўлади).

2) Хомила гипоксиясига таъриф беринг (Тўқима ва аъзоларда кислороднинг етишмовчилиги ёки ноадекват утилизацияси сабабли ҳомила организмида юзага келадиган комплекс ўзгаришлар. Учраш сони 10,9%. Бу мустақил касаллик эмас,

балки она-йўлдош-ҳомила тизимидаги турли патологик жараёнларнинг асорати бўлиб ҳисобланади)..

3) Хомила гипоксиясига олиб келувчи сабаблар (плацента олди, плацентар, плацентадан кейинги сабаблар)

4) ХРОКС шакллари (симметрик ва асимметрик)

5) ХРОКС ташхисида УАШ тактикаси (стационарга госпитализация килиш).

6) Хомиланинг ривожланишдан оркада колиши даражалари (1 даража – 2 ҳафтага ривожланишдан орқада қолиши, 2 даража – 2-4 ҳафтага, 3 даража – 4 ҳафтадан ортик).

7) ФПЕнинг кайси тури хомиладорликдан озод килишга курсатма хисобланади (ФПЕнинг сурункали ва декомпесация тури)

8) ФПЕни даволашда кулланиладиган препаратлар (токолитиклар, спазмолитиклар, актовегин, антиагрегантлар ва витаминлар).

Илова№2

1. **Вазиятлимасала.**

Хомиладорлик анемия фонида кечган (Нв-70 г/л).Шикоятлари:хомиланинг кун давомида куп кимирлашига. Хомиланинг юрак уриши 140 зарба 1 мин.да, ритмик. Бошчасини пайпаслагандан кейин юрак уриши 148 зарба 1мин.да.

Ташхис? (ХСД).

Сабаби? (анемия III даражали)

Олиб бориш тактикаси? (Стационарга етказиш ва сурункали димикишни даволаш)

2.Вазиятли масала.

34 хафталик хомиладорлик,, поликлиникага навбатдаги 1 ойлик ораликдан сунгги ташрифда КА ва БТБ 1 см га ошди. Шу вакт мобайнида аел пневмонияни утказди ва стационарда даволанди.Шикоятлари: хомиланинг кескин кимирлашига. Хомила юрак уриши 130 зарба, ритмик. Бошчасининг пайпаслагандан сунг 110 зарба..

Ташхис? (ФПЕ, ХРОКС)

Сабаби? (БИИ, ФПЕ)

Олиб бориш? (Дархол госпитализация текширишларни утказиш учун ва вактдан илгари тугдириш тугрисидаги масалани хал килиш учун)

Тайергарликка вакт – 5 мин.

Вакилнинг жавоби -5 мин.

Мухокама килиш - 5 мин.

Тестлар

1. антенатал гипоксияси сабабларига қуйидагидан ташқари ҳаммаси хос
А.туғруқ даврида бачадон-плацента қон айланишининг бузилиши
Б.онада сурункали бронхўпка патологияси
В.кечки токсикозлар

Г.муддатидан ўтган ҳомиладорлик
Д.БИИ*
2. Ҳомиланинг она қорнида сурункали гипоксиясига қуйидагидан ташқари ҳаммаси хос
А.ҳомила бошининг нотўғри жойлашиши
Б.онада юрак-қон томир касаллиги
В.плацентитлар
Г.БИИ*
Д.ҳомиланинг гемолитик касаллиги
3.Иккиламчи (орттирилган) гипоксия сабабларига нима хос эмас:
А.БИИ*
Б.аспирация
В.бош жароҳатлари
Г.спинал жароҳатлар
Д.пневмопатия
4. Иккиламчи (орттирилган) гипоксия сабабларига нима хос эмас:
А.кечки токсикозлар
Б.аспирация
В.спинал туғма жароҳат
Г. бош жароҳатлари
Д.туғруқда етарли реанимация кўрсатилмаслиги*
5. Гипоксияда компенсация механизмлари бузилишига хос бўлмаган белги:
А.тахикардия
Б.брадикардия
В.буйракусти бези пўстлоғи фаолияти бузилиши
Г.артериал гипотензия
Д.қон айланишнинг минутли ҳажми камайиши*
6.Чақалоқлар асфиксияси 2 даражасига Апгар шкаласи бўйича хос :
А.4-6*
Б.0-3
В.5-7
Г.7-8
Д.10
7.Етилган болага хос бўлмаган белги:
А.тухумлари чов каналида*
Б.териси бир текис пушти рангда
В.елкасида тукчалари бор
Г.қулоқ чиғаноғи тоғайи қаттиқ
Д.вазни 2500граммдан ортиқ
8.Апгар шкаласи бўйича баҳолашга қуйидагидан ташқари хаммаси хос:
А.АД*
Б.мушак тонуси
В.Юрак қисқариш сони
Г.рефлекслари
Д.тери қоплами ранги
9. Перинатал асфиксия хавфига кирмайди:
А.эрта токсикоз*
Б.етилмаганлик
В.преэклампсия
Г.қоғаноқ сувининг мекоиний Билан бўялганлиги
Д.йўлдош кўчиши

10.Бола туғилганда нафас йўллари шилликдан тозаланмагунча қисқа вақт нафас олмади, асфиксия даражаси:
А.енгил
Б.ўрта
В.оғир
Г.терминал
Д. чақалоқ соғлом*
11.СДР ривожланишига олиб келквчи омилларга кирмайди:
А.инфекция
Б.онда кандли диабет
В.оғир анемия
Г.совуқ қотиш
Д.кесар кесиш*
12.Сурфактант қуйидаги фаолиятни бажармайди:
А.гиалинли мембраналар ҳосил қилади*
Б.нафас чиқаришда альвеолалар пучайишига тўсқинлик қилади
В.бактерицид фаолликка эга
Г.ўпка циркуляциясида нормал босимни сақлаб туради
Д.туғилагандан сўнг ўпка ичи суюқлиги чиқиб кетишига олиб келади.
13.Ҳомиладор аёлда ЧГКга хавф бўлиб УТТда Будда ҳолати аниқланган ва плацента вазни ҳомила вазнининг 1/3 қисмини ташкил қилади, ЧГКнинг қайси шаклига хос:
А.шиш*
Б.анемик
В.сариқлик
Г.она қорнида инфекцияланиш ва мацерацияга
Д.туғма сариқлик
14.Ҳомилада сурфанктант қайси муддатда ишлаб чиқарилади:
А.20-24 ҳафтада
Б.12 ҳафтада
В.28 ҳафтада
Г.8-10 ҳафтада
Д.30-36 ҳафтада *
15.Сурфактант тизими қачон тўлиқ шаклланади:
А.35-36 ҳафтада *
Б.20-24 ҳафтада
В.12 ҳафтада
Г.8-10 ҳафтада
Д.28 ҳафтада

4.3 Амалий куникмалар руйхати

1. Ҳомиладор ва туғувчи аёлларниташқиакушерлик текшириш**.**
2. Чаноқ ўлчамларини ўлчаш.
3. Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш.
4. Ҳомилининг тахминий вазнини аниқлаш.
5. Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш.
6. Ҳомилага хавф солувчи ҳолатларда госпитализациягача босқичда шошилинч ёрдам кўрсатиш.

7. Назорат саволлари:

- *ФПЕ тугрисида тушунчага эга булиш,*

- *хомилага хавф солувчи холатлар ривожланиш механизмлари,*

- ФПЕни лаборатор-инструментал диагностикаси,

- хомиладорларни олиб бориш тактикаси.

- ФПЕ ва ХРОК нинг классификацияси ва аниклаш

- ФПЕ ва ХРОК ни даволаш ва олиб бориш тактикаси.

Мавзу №8: Хомиладорлик ва тугруқдавридаги гипертензив холатлар. Ташхислаш. Олиб бориш. (Сурункали гипертензия. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия)

Укув машгулотида укитиш технологияси модели

Мавзуни урганиш давомийлиги: 240 дакика.	Укувчилар сони: 8-10 киши
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	КВП, ШВП, кабул булими, аудитория, амалий кўникмаларни бажариш хонаси, лаборатория.
Маъруза режаси / ўқув машғулотининг тузилиши	5. Кириш кисми 6. Назарий кисим 7. Амалий кисим - Беморлар курацияси - амалий кўникмаларни эгаллаш 8. Аналитик кисим муаммога асосланган укитиш - Вазиятли масала - PICO
Ўқув машғулоти мақсади: Сурункали гипертензия, хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия ва енгил преэклампсияни диагностика килиш ва хомиладорликни олиб бориш тадбирларини ургатиш. Бундай асоратларда хомиладорликни олиб бориш чора тадбирлари, тугрукдан кейинги аёллар реабилитацияси, диспансер хисобига олиш, репродуктив саломатликни саклаш ва контрацепция усулларини билиш керак.	
Педагогик мақсадлар: **УАШ билиши лозим:** • Хомиладорликда ва тугруқдаги гипертензив холатлар таснифи тушунтириш; • Тасниф асосида ташхисни асослаб қуйишни ургатиш; • Сурункали артериал гипертензия билан хомиладорликни олиб бориш; • Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензияда хомиладорликни олиб бориш; • Тугруқдан кейин реабелитация асослари утказиш. • Гипертензив узгариш кузатилаётган аёл холатини бахолаш ва олиб бориш тактикасини аниклаш;	***Ўқув фаолияти натижалари*** **УАШ билиши лозим:** • Хомиладорликда ва тугруқдаги гипертензив холатлар таснифи тушунтириш; • Тасниф асосида ташхисни асослаб қуйишни ургатиш; • Сурункали артериал гипертензия билан хомиладорликни олиб бориш; • Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензияда хомиладорликни олиб бориш; • Тугруқдан кейин реабелитация асослари утказиш. **УАШ бажара олиши лозим:** • Гипертензив узгариш кузатилаётган аёл холатини бахолаш ва олиб бориш тактикасини аниклаш; • Хомила бачадон ичи холатини бахолаш (УТТ, КТГ, доплерометрия); • Гипертензив узгариш кузатилаётган хомиладор

• Гипертензив узгариш кузатилаётган хомиладор аёлларга амбулатор ва уй шароитида назортни таъминлаш; • Тугруқдан кейинги даврида контрацепция воситалари буйича маслахатлаш утқазиш.	аёлларга амбулатор ва уй шароитида назортни таъминлаш; Тугруқдан кейинги даврида контрацепция воситалари буйича маслахатлаш утқазиш.
Таълим усуллари	Ҳикоя, суҳбат, кўрсатма бериш, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, лаборатория усули, таълимий ўйин, МАУ
Таълим шакли	Фронтал, жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз»), якка тартибли
Таълим воситалари	Маъруза матни, диапроектор, доска-стенд, флипчарт, видеофильмлар, ёзув тахтаси, модел,муляжлар, график, диаграммлар, эслатма, назорат варағи, матнлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, вазиятли масалаларни ечиш; амалий куникмаларни бажариш буйича харакат алгоритмини намойиш этиш;

Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машгулот боскичлри	Машгулот шакли	Давомийлиги (дакика) 240 дакика
1	Укитувчининг кириш сузи (мавзуни асослаш)		10 дак.
2	Амалий машгулот мавзусини мухокама килиш. Талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш. “Инцидент” усули	Илова №1	60 дак.
4	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топшрик бериш. Топширикларни бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация.	Мавзуга оид беморлар курацияси	60дак.
5	Талабаларни машгулотнинг амалий кисмини укитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	Касаллик тарихи, клиник вазиатли масала. Илова № 2. Укув кулланмада «Амалий	40 дак.

		куникмалар»	
	ТАНАФФУС		30
6	Талабаларнинг узлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини мухокама килиш, мустахкамлаш ва машгулот максадига эришилганлик даражасини хисобга олган холда гурух фаолиятини бахолаш. Якун ясаш.	Огзаки суров. Мунозара бахс, Амалий иш натижаларини текшириш (вазиятли масалалр, тестлар ечиш)	30
7	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайерланиш учун талабаларга вазифа бериш (ротация бўйича	Ахборот, мустакил тайерланиш учун саволлар,	10
		Жами	240

2. Мотивация

Хомиладорлик ва тугрукдаги гипертензив бузилишларни она улимига сабаб булувчи омиллардан бири булиши, хозиргача глобал муаммо булиб келмокда..УАШ мухокама килиши лозим булган хомиладорлик ва тугрукдаги гипертензив бузилишларга хавф гурухларини тугри аниклайди, ташхислайди ва ушбу патологияни уз вактида олдини олади.Тугрукдан кейинги реабилитация саволларини хал килади.

3. Фанлараро ва фан ичидаги богликлик:

Хомиладорликда гипертензив бузилишларни урганишда талабаларни нормал физиология, патофизиология, терапия, клиник фармакологиядан утилган билимларини билиш талаб этилади.

4. Машғулотнинг мазмуни

4.1 Назарий қисм.

Таснифи:

I. Сурункали артериал гипертензия (20 хафтагача булган)
II. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия.
1. протеинуриясиз ХИГ-диастолик АКБ ни хисобга олиб
2. енгил преэклампсия
3. огир преэклампсия
4. эклампсия

III. Сурункали артериал гипертензия преэклампсия ёки эклампсия билан кушилиб келиши.

Диастолик АКБ хомиладорлик ва тугрукни олиб бориш учун индикатор хисобланади.

- Диастолик АКБ перифирик каршиликни курсатади ва аелни эмоионал холатига боглик холда узгармайди.
- Агар ДАКБ 4 соатлик интервал билан 2 марта улчанганда 90 мм.сим.уст. ва ундан юкори булса, бу гипертензия хисобланади.
- Агар гипертензия 20 хафтадан сунг, тугрук пайтида еки тугрукдан кейин 48 соат давомида ривожланса бу ХИГ хисобланади.
- Агар ДАКБ 20 хафтагача 90-100 мм.сим.уст. булса, протеинурия 2 гача (1г/л) булса, бунда сурункали гипертензияенгил преэклампсия билан кушилиб келган булади.

Сурункали артериал гипертензия (САГ)

САГ тўғрисида гапирилганда шуни айтиш керакки, диагноз рисолага кўра хомиладорликдан ташќари ваќтда ќўйилиши лозим.

- Аксарият холларда САГ:

- бирламчи (90-95%) ёки эссенциал
- ќолган холларда иккиламчи ёки симптоматик артериал гипертензия хисобланади.

- Агар САГ ва ХИГ ўртасида фарќ ќилувчи маълумотлар етарли бўлмаса ќуйидагиларга асосланиш мумкин:

- Гипертензия хомиладорликнинг 20 хафтасигача юзага келади
- Даво ўтказилмаган таќдирда гипертензия тугруќдан кейин 6 ћафтагача чўзилиши мумкин
- Хар бир хомиладорликда ќайталанувчи гипертензия САГ деб ќабул ќилиниши лозим

САГ булган хомиладорлар УАШ томонидан амбулатор шароитда олиб борилади:

- Кушимча дам твфся килинг
- КБ пасайиши буйрак ва йулдош перфузиясини кискаришига олиб келади. Шу сабабли КБни хомиладорликдан олдинги курсаткичларидан пасайтирмастлик керак.
- Аёл антигипотензив воситаларни хомиладорликдан олдин куллаётган булса, давом эттирилсин!
- Агар ДКБ 110 мм.см.уст. ва юкори, СКБ 160 ва юкори булса антигипертензив воситаларни бошланг
- Агар оксил кузатилса, преэклампсияни кушилиб келиши булиб, преэклампсиянинг даражасига караб олиб борилади.
- Хомила усиши ва холати назорат килинади
- Агар асоратлар кузатилмаса – тугрук уз муддатида
- Агар хомила юрак уриши 1 дакикада <100 ёки >180 зарб булса – хомилада дисстрес!
- Агар огир ХРОКС кузатиса муддатдан олдин тугдириб олинади.
- Хомиладорликнинг кеч муддатларида УТТда хомиладорлик муддати аник курсатмайди!

I. Хомиладорлик билан индуцирланган артериал гипертензия (ХИГ).

ХИГ деб артериал ќон босимининг хомиладорликнинг 20 – хафтасидан кейин, туґруќ ваќтида ва/ёки тугруќдан кейин 48 соат ичида кўтарилишига айтилади. Артериал ќон босимининг хомиладорлик даврида кўтарилиши хомиладор ќон томир ўзанларининг хар хил сохаларида (Хаёт учун зарур аъзолар) ќон билан тўлишишнинг бир хилда эмаслигига мослашиш реакцияси хисобланади.

Хомиладорлиг давридаги гипертензиянинг мезонлари:

- Диастолик артериал босимининг 90 мм.смб. уст дан кўтарилиши
- Систолик артериал босимнинг 140 мм.смб.уст.дан кўтарилиши
- Агар 4 соатлик интервал билан 2 марта улчанганда у ошса, хаќиќий артериал босимнинг кўтарилиши хисобланади.

Моиллик омиллари:
1.Хомиладорлик
2.Кон томирлар ичи хажмининг етарли даражада ошмаганлигини кўрсатувчи белгилар (Гиповолемия)
3.Хомиладорликнинг иккинчи триместрида диастолик артериал босимнинг физиологик камайишининг йўқлиги;
4.Систолик артериал босимнинг бошланғич ќон босимига кўра 30 мм смб. Уст.га кўтарилиши,бироќ 140 мм.смб. уст.дан ошмаслиги;
5.Диастолик ќон босимининг бошланғич ќон босимидан 15 мм.смб. уст.га кўтарилиши, бироќ 90 мм.смб. уст.дан ошмаслиги.
6.Хомиланинг она ќорнида ривожланишдан орќада ќолиши.
II.А. Протеинуриясиз артериал гипертензия – хомиладорлик гипертензияси (гестацион гипертензия)
Патофизиологияси.

Артериал босимнинг ортиши биринчи бор хомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатилади ва ќон томирлар периферик ќаршилигига жавоб реакцияси хисобланади. Бу реакция - хомиладорнинг хам, хомиланинг хам хаёт учун зарур аъзолари (мия, жигар, буйрак ва бошќа)га ќон бориши учун мослашиш реакцияси хисобланади.

Шуниси ќизиќки, антигипертензив препаратлар билан ќон босимининг пасайтирилиши юќорида айтилган аъзоларнинг ќон билан таъминланишини бузилишига, ва шунинг билан бир ќаторда хомила ахволининг ёмонлашувига олиб келади.

ХИГ бўлган аёлларни бошќариш.

ХИГ булганда УАШ анамнез туплаши, шикоятларини эшитиб мия ќон айланиш бузилиш белгилари бор ёки йўқлигини аниќлаши, сийдикда протеинурия мавжудлигини билиш учун лабораторияга йулланма бериши лозим.

УАШ хомиладор билан сухбат утказиб, АЌБни хеч бўлмаганда хафтасига 2 маротаба ўлчаш мухимлигини, кўнгил айнаши, бош огриги, эпигастрий сохасида огриќ, нафас олиш огирлашиши, бурун битиши, кўриш фаолиятининг бузилиши ёки сийдик ажралиши камайиши белгилари пайдо бўлиши билан зудлик билан врачга мурожат килишини ва АЌБини улчаш лозимлигини тушунтиради.

УАШ тактикаси – хомиладорни кузатиш ва унинг холати тўгрисида огохлантириш. Агар ДАЌБ 110 мм.рт.ст.дан ортса, хомиладорга антигипертензив воситалар буюриш:

-гидралазин (апрессин);
-лабеталол (атенолол) 10 мг в/и;
-нифедипин (коринфар, адолат) 5 мг тил остига, 10 мин.дан кейин яна 5 мг тил остига

ва сўнг юќори гипертензия сабабини аниќлаш учун стационарга юбориш.

Профилактикаси:

1. Қабул қилинадиган озиқ-овқатлар калоражини, суюқлик ёки тузни чеклаш ХИГ ривожланишини олдини олаолмайди, балки хомила учун зарарли бўлиши хам мумкин.
2. ХИГнинг олдини олишда аспирина, кальций ва бошқа қатор препаратларнинг ижобий таъсири қайд қилинмаган
3. Хатар омиллари бўлган аёлларни ажратиш ва уларга ўз вақтида ёрдамни ташкил қилиш ХИГни даволашда ва тутқаноқнинг олдини олишда хал қилувчи ахамиятга эга. Бундай аёлларни мунтазам кузатиш ва ўз шифокорларига яна қайтадан қачон мурожаат қилишлари тўғрисида аниқ кўрсатмалар бериш лозим. Оила аъзоларининг ўқитилиши ХИГ авж олиш белгиларини ўз ваќтида аниқлашда

ахамиятга эга бўлиб қолмай, балки аёлни госпитализация қилганда ёки иш тартиби ўзгартирилганда ижтимоий қўллаб – қувватлаш учун хам мухим ахамиятга эга.

Аёллар маслахатхонаси базасида ўтказиладиган тадбирлар:

1. Артериал босим, пешоб (протеинурияга) ва хомиланинг ахволини хафтасига бир марта текширинг;
2. агар артериал босим кўтарилса уни енгил преэклампсия холатидаги каби бошқаринг (қуйида келтирилган);
3. Хомила нинг ривожланишдан орқада қолиши оғир белгилари пайдо бўлса ёки хомиланинг ахволи ёмонлашса керакли ёрдамни кўрсатиш учун ёки балки, зудлик билан туғдириш учун стационарга юборинг;
4. Аёлни ва оила аъзоларини преэклампсия ва эклампсиянинг хавфли белгиларидан огох ќилинг;
5. Агар барча кузатув натижалари турғун бўлса, нормал ва табиий туғруқ ўтказишга рухсат беринг;

III.В. Сурункали артериал гипертензия преэклампсия ёки эклампсия билан кушилиб келиши

Патофизиологияси.

Хомиладор аёл организмининг хаёт учун зарур аъзоларнинг перфузиясини яхшиловчи компесатор-мослашув реакцияси. Бу мослашув артериал гипертензияни кузатилиши:

- Генерализлашган вазоспазм, бу периферик кон томир каршилигини кутарилишига олиб келиши ва кейин хаёт учун мухум аъзоларда (бош мия, жигар, буйрак, йулдош) перфузияни пасайишига олиб келади: который в свою очередь, приводит к снижению:
  - йулдош перфузиясини пасайиши хомилани усишдан оркада колишига олиб келиши, перинатал касаллик ва улими сабабчиси булади. Бачадон-йулдош кон айланишини 50-60% пасайиши гипертензив бузилишни намоён булишидан 3-4 хафта олдин кузатилади

  - буйракда кон айланишини ва гломеруляр фильтрацияни пасайиш сабаблари:

1. Клубочкалар гипоксияси натижасида: протеинурия, сув ушланиши натижасида шишлар ривожланади
2. Кон зардобида мочевина ва креатенин концентрациясини купайиши (огир холатларда).
3. Кон куйилишида кон томирлар уткизувчанлиги юкорилиги натижасида контомир ичи суюклигини камайиши (гиповолемия) кузатилади.

- Томирлар эндотелиясини жарохати (перекисли оксидланиш махсулот хисобига, бу эса хомила тукимасига реакция натижаси) келтиради:

- коагуляцион механизамларни кузгатилиши, тромбоцитларни агрегациясини кутарилиши билан ифодаланади.

- простациклин/тромбоксан – простагландинлар хосил булиши ва парчалинишини бузилиши.

Преэклампсия – бу артериал гипертензия + хомиладорликнинг иккинчи ярмида протеинурия. ЖССТ тавсияси буйича преэклампсия икки турга булинади:

Огирлиги буйича:

- енгил
- огир

Хомиладорлик муддатига кура:

- тугруқ муддатига етган (37 хафтадан кейин)
- тугруқ муддатига етмаган (37 хафтагача)

2. **Енгил преэклампсия**. Хомиладорлик муддати 20 хафтадан сунг ДАКБ 2 марта 4 соатлик интервал билан улчанганда 90-100 мм.сим.уст. гача булса.

- Протеинурия 2+ (1г\л)
- Огир преэклампсияни бошка симптомлари кузатилмайди.

ЕНГИЛ ПРЕЭКЛАМПСИЯ (37 хафтадан кейин)

- Агар хомила холати емонлашса зудлик билан бачадон буйни холатини бахолаш ва тугрукни тезлаштириш.
- Бачадон буйни етилган булса, тугрук амниотомия ва зудлик билан окситоцин ва простогландинлар ердамида индукцияланади.
- Бачадон буйни етилмаган булса простогландинлар еки кесарча кесиш.

ЕНГИЛ ПРЕЭКЛАМПСИЯДА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ (37 хафтагача)

- Нормал овкатланиш (сув ва туз микдори аел хохлаганича)
- АКБ бир кунда 2 марта улчанади.
- Тутканокка карши, антигипертензив, седатив, транквилизатор препаратлар АКБ ошмаса ва протеинурия кузатилмаса тавсия этилмайди.
- Сийдик хайдовчи препаратлар берилмайди.
- Агар ДКБ норма ва бемор холати яхшиланса- уйга жавоб берилади.
- Агар белгилар узгармаса, унда стационарда хомила холати назорат килинади:

- агар ХРОКС булса, муддатдан олдин тугдириб олиш.
- агар ХРОКС йук булса, стационарда тугрукгача.
- Агар протеинурия юкори булса, огир преэклампсиядек олиб бориш.
- Хомиладорликни тухтатматмагунча преэклампсия белгилари йуколмайди.

Тугрукдан кейин реабилитация

- аёллар маслахат хонасида бошка турдаги мутахассислар билан бирга хомиладорликдан ташкари согломлаштириш ва кейинги хомиладорликни режалаштириш тириш максадида диспансер кузатув
- карши курсатмаларни хисобга олган холда контрацепция усулларини танлаш.

Тест саволлари

1. Гипертензив бузилишлар классификациясига кирмайди:

А) симптоматик гипертензия(гипертензия 20 хафтагача)*

Б) хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия(ХИГ)

В) сурункали гипертензия(гипертензия 20 хафтагача)

Г) оғир преэклампсия

Д) эклампсия

2. Енгил преэклампсиянинг симптомларини кўрсатинг:

А) диастолик босимнинг 90-110 мм.сим.уст.гача ошиши*

Б) АҚБни 90/140 мм.с.у.гача ошиши

В) диастолик босим 100 мм.с.у.дан юқори

Г) АҚБ 140/80 мм.с.у.дан юқори

Д) протеинурия 2 г/л дан юқори

3. Енгил преэклампсия симптомлари қайсилар:

А) протеинурия 1г/л гача*

Б) протеинурия 2 г/л дан юқори

В) диастолик босим 100 мм.сим.уст.дан юқори

Г) эпигастрийда оғриқ

Д) бош оғриғи

4. Диастолик кон босими 90 мм.сим.уст. катта ва хомиладорлик муддати 20 хафтадан симптомлар кузатилади:

А) енгил преэклампсия*

Б) сурункали гипертензия

В) енегил преэклампсия сурункали гипертнезия билан қўшилиб келиши

Г) хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия

5. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия(ХИГ) ни даволаш:

А) тутқаноққа қарши гипотензив терапия

Б) седатив препаратлар ва транквлизаторлар

В) фақат седатив воситалар

Г) фақат кузатиш ва АКБ ни назорат қилиш бўйича тегишли тавсиялар*

6. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия(ХИГ)да танлов препаратлари:

А) магнезий сульфат

Б) эуфиллин

В) атенолол

Г) санаб ўтилганлардан хеч бири эмас*

7. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия(ХИГ)лар критерийларига киради:

А) ДАКБ 90мм.сим.уст. ва ундан ошувчи 4 соат ичида хомиладорликни 20 хафтасидан кейин*

Б) АКБ 140мм.сим.уст. дан ва ошиши хомиладорликни 20 хафтасигача;

В) САКБ 130мм.сим.уст. дан ва ДКБи 80мм.сим.уст.дан ошуви 4 соат ичида хомиладорликни 20 хафтасигача;

Г) АКБ 150мм.сим.уст. дан ошуви бош оғриқлар ва куришни ёмонлашиши билан, хомиладорликни 20 хафтасидан кейин;

8. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия(ХИГ)ли аёлларни олиб боришга қайси бири кирмайди:

А) истеьмол килувчи овқат,туз ва суюқлик калориясини чеклаш*

Б) ДАКБни назорат қилиш

В) сийдикни протеинурияга текшириш

Г) аёл холатини назорат қилиш

9. 37хафтагача енгил преэклампсияда хомиладорликни олиб боришга кирмайди:

А) магнези сульфатни тулдирувчи дозасини утқазиш*

Б) аёлга ва оила аъзоларига огир преэклампсия ва эклампсия белгилари хақида тушинтириш

В) АҚБ назорати ва сийдикни протеинурияга текшириш

Г) 34 хафтадан кичик ва хомила вазни 2000г дан паст холатларда чақалоқ РДСни олдини олиш чора тадбирлари утказиш

10. 37хафтадан юқори муддатида енгил преэклампсия билан хомиладорликни олиб бориш:

А) бачадон буйни етилганлигини бахолаш ва тугруққа тайёрлаш*

Б) шошилинч тарзда кесарча кесиш амалиёти билан тугдириб олиш

В) магнези сульфатни тулдирувчи дозасини утқазиш

Г) дибазол билан антигипотензив муолажа утқазиш

11. ХИГга характерли бўлган 3 та симптомни кўрсатинг:

А) диастолик босим 90 мм.сим.уст.дан юқори*

Б) систалик босим140мм.сим.уст.дан юқори*

В) АҚБ юқорилиги 4 соат орасида 2 мартаба улчганда юқори булса хисобланади*

Г) диастолик босим 110 мм.сим.уст.дан юқори

Д) систолик босим 160 мм.сим.уст.дан юқори

Е) диастолик босим 100 мм.сим.уст.дан юқори

12.Преэклампсияга характерли бўлган 3 та симптомни кўрсатинг:

А) диастолик босим 90 мм.с.у.дан юқори*

Б) протеинурия 1 г/л ва ундан юқори*

В) олигурия*

Г) тутуқаноқ

Д) полиурия

Е) протеинурия 1 г/лдан кам

13. Ҳомиладорликнинг 37-ҳафтасигача енгил преэклампсияни олиб бориш тактикаси:

А) АҚБни 1 кунда 2 марта ўлчаш*

Б) протеинурияга сийдик анализи*

В) хомиланинг ҳолатини текшириб туриш*

Г) диуретиклар буюриш

Д) тезликда туғруқни тўхтатиш

Е) АҚД хар 4 соатда назорат қилиш

14. Ҳомиладорликнинг 37-ҳафтасидан кейин енгил преэклампсияни олиб бориш тактикаси:

А) бачадон буйни етилиши 4-даражасида тугруқдан олдинги амниотомия йули билан тугруқни жадаллаштириш*

Б) бачадон буйни етилмаган булса простагландинлар билан етилтирилади*

В) бир неча кун ичида тугруқ бошланмаса кесар кесиш йули билан тугдирилади*

Г) ташхис қуйилиши билан кесар кесиш йули билан тугдириб олиш

Д) бачадон буйни етилиши 3-даражасида тугруқдан олдинги амниотомия йули билан тугруқни жадаллаштириш

15. Агар енгил преэклампсияда ҳомила холати ёмонлашса, нима қилиш керак:

А) бачадон бўйни ҳолатини баҳолаш*

Б) туғруқни тезлаштириш*

В) режали кесарча кесиш

Г) антигипертензив препаратлар

Д) ВГГК фон бошлаш

4.3. Амалий кўникмалар:

1. Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш;
2. Ҳомиланинг тахминий вазнини аниқлаш;
3. Ташқи акушерлик кўриги.

(ишчи дастур охиридаги Амалий куникмалар булимига каранг**)**

7. Назорат саволари:

1. Хомиладорликда, тугрукда ва тугрукдан кейинги даврдаги гипертензив бузилишлар таснифи;
2. Сурункали артериал гипертензияга тушунча беринг;
3. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензияга тушунча беринг;
4. Енгил преэклампсияга тушунча беринг;
5. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия холатида хомиладорлик олиб бориш боскичлари;
6. 37 хафтагача булганда енгил преэклампсияни олиб бориш тактикаси;
7. 37 хафтадан кейин енгил преэклампсияни олиб бориш тактикаси;

8. Хомиладорликда артериал гипертензия меъзонларига нималар киради;
9. Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия ривожланишига олиб келувчи «хавф» омилларига нималар киради;
10. Хомиладорликни гипертензив бузилишлар билан утказган аёлларда тугрукдан кейинги даврда реабелитация чораларини утказиш.

Мавзу№9: Резус ва АВО конфликт ҳомиладорлик. Ҳомиладорликнинг илк токсикозлари.

2. Таълим бериш технологияси (амалий машғулот)

Вақт: 240 дакика	*Талабалар сони:10*
Машгулот утказиш жойи ва жихозланиш	Поликлиника. ФК, фломастер, ҳомиладорлар картаси, туғруқ тарихи, қоннинг Rh- фактор ва Rh- антителоларга анализлари, вазиятли масалалар, ҳомиладорлар анализларининг натижалари.,амалий куникмалар бажарилиши буйича стандарт кадамлар, ургатувчи-назорат дастури.
Ўқув машғулотининг тузилиши	1.Кириш кисм.. 2. Назарий кисм 3. Амалий кисм -амалий кункмалар алгоритми 4. Аналитик кисм: - вазиятли масалаларлар -тест
Ўқув машғулоти мақсади:Талабаларни иммунконфликт ҳомиладорлик диагностикаси ва унинг асоратларини олдини олишга ўргатиш, иммуноконфликт ҳомиладорликда амбулатор даволаш, касалхонага ётқизиш, диспансеризация, постстационар даволаш принципларини ўргатиш.Талабаларни илк токсикозларнинг оғирлик даражасини баҳолашга, илк токсикозларнинг енгил шаклларини мустақил бошқаришга, бу ҳомиладорларни поликлиника шароитида даволаш, госпитализацияга кўрсатма бериш ва постстационар даволашга ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: 6. Иммуноконфликт ва АВО конфликт, эрта токсикоз билан перинатал ва акушерлик патологиясига ҳавф бўлган ҳомиладорлар гуруҳини аниқлаш бўйича билим ва кўникмаларни ишлаб чиқиш. 7. Резус иммунизация ва АВО конфликт, эрта токсикоз билан ҳомиладорларни ташҳислаш, таққослама ташҳислаш, ўз вақтида	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим:** 1. Резус- ва АВОконфликтга олиб келувчи омиллар. 2. Эрта токсикознинг ҳавф омиллари. 3. Резус- ва АВО конфликтда ҳомиладорликнинг кечиши. 4. Резус- ва АВО конфликтда, эрта токсикозларда лаборатор ва инструментал текшириш усуллари. 5. Ҳомила ҳолатини баҳолаш (УТТ, КТГ).

госпитализация қилиш тамойиллари бўйича билим ва кўникмаларни ишлаб чиқиш. 8. Ҳомиладорлик эрта токсикозларининг турли шаклларида олиб бориш, прогноз қилиш ва профилактикаси бўйича билимларни шакллантириш. Турли оғирлик даражасига эга бўлган ҳомиладорлар қусишини олиб бориш ва даволаш кўникмаларини ишлаб чиқиш. 9. Асоратланган иммуно- ва АВО конфликт ҳомиладорлик ва туғруқдан сўнг аёлларни соғломлаштириш ва диспансер ҳисобини олиб бориш бўйича кўникмаларни ишлаб чиқиш.Ҳомиладорлик эрта токсикози кузатилган аёлларни соғломлаштириш бўйича кўникмаларни ишлаб чиқиш. Шу контингентдаги аёлларга туғруқдан кейинги даврда контрацепция усуллари бўйича маслаҳат ўтказиш ҳақида билимларни шакллантириш.	6. Резус-конфликт, АВОконфликт ва эрта токсикоз билан ҳомиладорларни, туққан аёлларни соғломлаштириш ва диспансеризация қилиш мезонлари. **УАШ бажара олиши лозим:** 1. Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда резус-конфликт, эрта токсикоз билан ҳомиладорларни клиник текширишдан ўтказиш. 2. Резус-конфликт ва АВО конфликт, эрта токсикоз билан ҳомиладорларни олиб боришнинг комплекс тактикасини аниқлаш. 3. Резус-конфликт ва АВО конфликт, эрта токсикоз билан ҳомиладорларни стационар даволаш мезонларини аниқлаш. 4. Резус-конфликт ва АВО конфликт, эрта токсикоз билан ҳомиладорларнилаборатор ва инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш.
Таълим усуллари	Дискуссия, суҳбат, амалий иш усули, видеофильмни куриш. Тукан аеллар ва чакалоклар билан амалиётни утказиш
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш,якка тартибли
Таълим воситалари	Укув кулланмалар, укув материаллар, Доска-стенд, флипчарт, кулкоплар, амалий куникмаларни бажариш алгоритми
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув, блиц сўров, тест, вазиятли масалаларни ечиш, амалий куникмалар демонстрацияси, бахо

Укув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги
1.	Ўқитувчини кириш сўзи (мавзуни асослаш, машғулот мақсади).		10 мин.
2.	Уй вазифасини бажарилиши «Кичик гуруҳларда ишлаш» уйини билан таҳлил қилинади.	Сўров, «Бум» уйини Илова № 1	40 мин

3.	Поликлиника ва кундузги шифохонада тематик беморларни қабул қилиш	Аёлларни амбулатор қабулива анализлар таҳлили	60 мин
4.	Rh- ва АВО-конфликт ҳомиладорлик ва эрта токсикозлар мавзусида талабалар докладини муҳокама қилиш бўйича семинар.	Талаба докладива унинг таҳлили.	40 мин
5.	Кичик гуруҳларда ишлаш.	“Муаммоларни ечиш усули” ўйини,вазиятли масалалар ечиш. Илова №2 Илова №3	60 мин
6.	Машғулот бўйича ўқитувчининг якуни, талабалар билимига 100 баллик система бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Талабаларга келгуси машғулот мавзусини эълон қилиш (Ротацияга мувофиқ мавзу саволларининг рўйхати)	Синов жаридаси, ишчи дастур	20 мин
7.	Адабиёт билан мустақил ишлаш.	Илова №5.	10 мин
8.		жами	240 мин

2. Мотивация

Илк токсикозларнинг ва резус-номуносабатлик кўп учраши, ҳомиладорликда ва туғруқда онада ҳам, ҳомилада ҳам кўп сонли асоратларнинг юзага келиши ушбу мавзуга алоҳида эътиборни талаб этади.

3 Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик

Ҳомиладорлик бошланиши билан юзага келадиган беглгилар аёл организмида содир бўлаётган қайта қурилиш ва янги физиологик ҳолатга нисбатан адаптацион жараёнлардир. Ушбу ҳолатни аёл учун иложи борича енгилроқ ва асоратсиз ўтишини таъминлаш анатомия, патанатомия, физиология, патофизиология, терапиява иммунология каби фанлардан билимларни билишни тақозо қилади.

4. Машгулотнинг мазмуни

4. 1. Назарий кисм

Эрта токсикозлар. Кўп сонли симптомлар билан характерланувчи, тухум ҳужайра ёки унинг алоҳида элементлари ривожланиши билан юзага келадиган аёллар касаллиги ҳомиладорликнинг биринчи ярми токсикозлари деб аталади. Бу белгилардан доимий ва яққол намоён бўлганлари: марказий нерв системасининг бузилишлари, томир тизимидаги бузилишлар ва моддалар алмашинувининг бузилишлари. Тухум ҳужайра ёки унинг элементлари олиб ташланганда касаллик одатда йўқолади.

Ҳомиладорлик эрта токсикозларига қуйидаги асоратлар киради:

- ҳомиладорлар қусиши;

- сўлак оқиши;

- токсикознинг кам учрайдиган шакллари: ҳомиладорлар хореяси, остеомаляция, ҳомиладорлар бронхиал астмаси, дерматозлар, жигарнинг ўткир ёғли дистрофияси ва бошқалар;

Ҳомиладорлар қусиши – ҳомиладорлар эрта токсикозларининг энг кўп учрайдиган шакли. Ҳомиладорлар қусишининг клиникаси, касалликнинг ўз номидан ҳам кўриниб турганидек – асосий белгиси қусиш билан намоён бўлади. Бу белгининг қандай намоён бўлишига қараб, унинг кечиши енгил, ўрта ва оғир даражага бўлинади. ҳомиладорлар қусишининг оғир шаклини шунингдек, ҳомиладорларнинг тинимсиз қусиши деб ҳам аталади.

Ташҳислаш. Енгил даражали ҳомиладорлар қусиши кун давомида бир неча бор (3-5 мартагача), одатда овқатланишдан сўнг ёки эрталаблари такрорланади. Умумий аҳволда айтарлича намоён бўлмайди, иштаҳа пасаяди, ҳомиладорнинг кайфияти ўзгаради. Гипотонияга мойиллик кузатилади, пульс бир оз тезлашган– дақиқасига 90 тагача, ҳомиладорнинг тана вазни камаймайди, тана ҳарорати ва диурез рисоладагидек. Қон ва сийдик таҳлиллари патологик ўзгаришларсиз.Ўрта оғирлик даражали ҳомиладорлар қусиши овқатланишдан қатъий назар суткасига 10-12 мартагача ошиши билан ҳарактерланади. Бемор истеъмол қилинган овқатни ушлаб қололмайди. беморнинг умумий аҳволи сезиларли ёмонлашади. Сўлак ажралиши пайдо бўлади, организмнмнг сувсизланиши бошланади, тана вазни ойига 2-3 кг гача камаяди. Касаллик ривожланганда углевод, ёғ, сув-туз ва электролитлар алмашинувида ўзгаришлар кузатилади. Беморлар ҳолсизликка, адинамия ва апатияга шикоят қилади. 5-7% беморларда сариқлик, 20-30% - гипербилирубинемия (40 мк моль/мл гача) ва 20-50% - ацетонурия кузатилади.

Ҳомиладорлар тинимсиз қусишида суткасига 20-25 мартагача такрорланади ва организмнмнг оғир интоксикация белгилари билан кечади. Беморнинг умумий аҳволи оғир. Тана ҳарорати Цельсий бўйича 38 даража ва ундан юқорига кўтарилади, тахикардия ривожланади – дақиқасига 120 та ва ундан ортиқ, юрак тонлари бўғиқ, АҚБ 30 мм.см.уст. гача камаяди.

Беморлар тана вазнини анчагина йўқотади (ҳафтасига 2-5 кг гача) апатия ва адинамия ривожланади.

Аёллар текширувдан ўтказилганда тери қопламининг қуруқлиги, тургорнинг пасайиши яққол намоён бўлади. Тери ва склераларнинг сариқлиги, оғиздан ацетон ҳиди, глоссит, гингивит пайдо бўлади. Диурез суткасига 300-400 мл гача камаяди, қонда қолдиқ азот, мочевина ва билирубин (40-80 мк моль/л гача) миқдорининг патологик ошиши кузатилади, альбумин, холестерин, калий ва хлоридлар миқдорининг пасайиши содир бўлади. Протеинурия, цилиндрурия пайдо бўлади. Ацетонга реакция кескин мусбат.

Сўлак ажралиши кўпинча қусиш билан биргаликда кечади. Сўлак ажралиши ҳомиладор оғиз бўшлиғида сўлак миқдорининг ошиши ва кўп миқдорда суюқлик йўқолиши (суткасига 1литргача) билан бошланади. Аёл сўлакни ютади ва натижада ошқозонни сўлак билан тўлишига олиб келади. Бу ўз навбатида қусишни чақиради ва бемор аҳволини оғирлаштиради. Баъзи ҳолларда птиализм мустақил касаллик сифатида намоён бўлиши мумкин ва ўртача миқдорда сўлак ажралганда нисбатан осон кечади. Птиализмнинг оғир шаклида сўлакнинг суткалик ажралиши бир неча

литрга етиши мумкин. Бу оқсил, углевод, витаминлар, тузлар йўқотилишига ва организмнинг сувсизланишига олиб келади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади.

Ташҳислаш. Бу патологик ҳолатларни ташҳислаш қийинчилик туғдирмайди. Тўлиқ йиғилган анамнез ва беморни кузатиш орқали аниқ ташҳис қўйиш ҳамда патологик жараённинг оғирлик даражасини баҳолашга имкон беради. Бу патологик ҳолатларни ташҳислашда қон ва сийдик таҳлилларининг кўрсаткичлари муҳим ҳисобланади. Қон таҳлилида юқори гематокрит, қолдиқ азот, билирубин миқдорининг ошганлиги, хлоридлар миқдорининг камайганлиги ва ацидознинг пайдо бўлганлиги кузатилади. Сийдик текширилганда ацетон топилади, нормал таҳлилда бу бўлмаслиги лозим. Токсикознинг оғир шакли кузатилган беморларда ацетон миқдори 100-150мг% ва ундан ҳам ошади. Таҳлилларда ацетондан ташқари оқсил ва цилиндрлар пайдо бўлади.

Ацетонурия ва протеинуриянинг ошиши, тери ва склераларнинг сариқ тусга кириши прогностик жиҳатдан нохуш белги ҳисобланади ва ўтказилган давонинг самарасизлигидан далолат беради.

Даволаш. Ҳомиладорлар қусишининг илк белгилари пайдо бўлиши билан даволашни бошлаш лозим, айниқса юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорларда:

- НЦД бўлган аёлларда;
- сурункали тонзиллит;
- ошқозон-ичак тракти аъзоларининг касалликларида (гастрит, холецистит, ўт чиқарув йўлларининг дискинезияси, панкреатит, яра касаллиги);
- альгодисменорея, кечки менархе, инфантилизм типии бўйича ҳайз цикли бузилиши, семизлик кузатилган аёллар;
- аллергик касалликларда, кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликларида;
- орал контрацептиваларни кўтара олмайдиганлар, чекувчилар.

Ҳомиладорлар қусишида комплекс давонинг мақсади:

1) Марказий нерв системасига таъсир этувчи воситалар орқали, марказий нерв системасидаги қўзғалиш ва тормозланиш жараёнлари орасида бузилган мутаносибликни нормаллаштириш.

2) Организмнинг сувсизланишини бартараф қилувчи воситаларни қўллаш.

3) Десенсибилизацияловчи терапия қўллаш.

4) Организмда дезинтоксикацияни ўтказиш.

5) Узоқ муддатли очлик оқибатларини йўқотиш.

Птиализмда худди ҳомиладорлар қусишидек каби даво ўтказилади. Қўшимча равишда сўлак ажралишини камайтириш учун 0,1% атропин эритмасини кунига 1мл дан 2 марта мушак орасига юборилади. Оғиз бўшлиғини 1% ментол эритмаси, шалфей ва ромашка дамламаси билан тез-тез чайиб туриш орқали субъектив енгилликка эришилади. Шунингдек, физиотерапевтик усуллар орқали нерв системасига таъсир этиш ҳам қўлланилади – бўйин симпатик тугунлар соҳасига гальванизация ва диатермия.Ҳомиладорлар қусишининг **ўрта оғирлик** даражасида бемор стационарга ётқизилиши лозим. Беморнинг марказий нерв системасига таъсир қилиш мақсадида ҳомиладорлар қусишининг енгил даражасидаги каби транквилизаторларни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Клиник нуқтаи назардан қуйидаги комбинациялар энг самарали:

Сувсизланиш ва гипопротеинемияга қарши курашиш учун вена ичига инфузия ўтказилади. Ҳомиладор суткасига 2-3л суюқлик қабул қилиши лозим. Интоксикацияни бартараф қилиш учун кристаллоидлар эритмасини қўллаш мақсадга мувофиқ.Парентерал озиқлантириш учун аминокислоталар (инфезол) эритмаларини венага томчилатиб юборилади.

Инфузион терапия заминида метаболизмни нормаллаштирувчи препаратлар тавсия этилади. Шу мақсадда биоэнергетик алмашинув кофакторлари қўлланилади: рибофлавин – мононуклеотид мускул орасига, оксидланиш-қайтарилиш жараёнларининг бузилишларини ҳисобга олиб, В – гуруҳ витамин препаратларини мускул орасига юбориш тавсия этилади. Комплекс даво қусиш мустаҳкам тўхтагунча, умумий аҳвол нормаллашиши ва тана вазни секин-аста кўпая бошлагунча давом эттирилади.

Оғир даражали (тинимсиз) қусишда – қусиш марказининг қўзғалишини сўндириш учун аминазиннинг 2% эритмасини мускул орасига кунига 2 маҳал юборилади. Самараси бўлмаганда аминазиннинг 1-2мл 2,5% эритмасини 500,0мл 5% глюкоза эритмасига қўшиб, венага томчилатиб юбориш ҳам мумкин. Сўнгги йилларда ҳомиладорларнинг тўхтовсиз қусишида дроперидол нейролептиги қўлланилмоқда. Дроперидол бош мия пўстлоғи ва ретикуляр формацияга таъсир қилиб, қусишга қарши таъсирга эга ва вазомотор рефлексларни сўндиради, вазодилятация ҳисобига периферик қон айланишини яхшилайди.

Десенсибилизация ва моддалар алмашинувини изга солиш мақсадида спленинни 10-12 кун давомида тери остига ёки мушак орасига инъекция кўринишида буюрилади. Шунингдек, буйрак усти бези пўстлоғининг гормонларини ДОКСА (дезоксикортикостерон ацетат) ёки АКТГ кун ора мушак орасига юбориш мумкин.

Номедикаментоз даво: ёғли ва зираворли маҳсулотларни чеклаш, овқатланиш тартиби – сутка давомида тез-тез, кам-камдан 6-8 маротаба овқатланиш.

Rh-фактор ва АВО система бўйича иммунологик конфликт.Иммунологик конфликт она ва ҳомила қонининг Rh-фактор ва АВО система бўйича номутаносиблигидан келиб чиқиб, натижада ҳомила ва чақалоқлар гемолитик касаллиги ривожланади.

Rh-фактор табиатига кўра протеин бўлиб, асосан эритроцитларда, камроқ даражада – лейкоцит, тромбоцит ва тўқималарнинг бошқа ҳужайраларида мавжуд бўлади.

Rh-фактор резус-манфий одам қонига тушгач, унинг иммунизациясини чақириб, антирезус-антителолар ишлаб чиқарилиши билан намоён бўлади. Шу боис, резус-манфий пациентга резус-мусбат қон қуйилганда 50% ҳолларда антителолар ҳосил бўлишини стимуляция қилади.

Резус-мусбат қон қуйиш, ўтказилган ўз-ўзидан ёки сунъий абортлар, бачадондан ташқари ҳомиладорлик резус-манфий аёлда иммунизация чақириши мумкин, аммо янада кўпроқ ҳолларда резус-мусбат ҳомилали ҳомиладорлик ва туғруқлар, айниқса жарроҳлик аралашувларида: плацентани қўл билан ажратиш ва кесар кесиш бунга олиб келиши мумкин. Гестозлар, ҳомила тушиш хавфи, инфекцион ва экстрагенитал касалликларда хорион ворсинкалари бутунлигининг бузилиши кузатилади ва натижада она қонига кўп миқдорда ҳомила эритроцитлари келиб тушади, ҳамда резус иммунизацияга олиб келади. Плацента орқали ўтувчи резус ва группавий антителолар ҳомила эритроцитларининг гемолизини чақиради ва

гемолитик касаллик белгилари ривожланади. Эритроцитлар гемолизи кўп миқдорда нотўлиқ билирубин ҳосил бўлиши билан кечиб, у фермент системасини блокадалаш ҳисобига, тўқима нафасини пасайишига олиб келувчи кучли тўқима заҳари ҳисобланади.

Резус-фактор ва АВО система бўйича аёлларда изосенсибилизация кузатилганда нафақат ҳомилани гемолитик касаллик белгилари билан туғилиши, балки ҳомиланинг антинатал ўлими ва такроран ҳомилани ўз-ўзидан тушиши кузатилиши ҳам мумкин. Антителоларнинг юқори даражадаги фаоллигида ўз-ўзидан абортлар ҳомиладорликнинг эрта муддатларида содир бўлади.

Ҳомиладор қонини резус-антителоларга текшириш катта диагностик аҳамиятга эга. Текширилганда антителолар титрининг миқдорига ва унинг ҳомиладорлик давомидаги тебранишларига эътибор қилинади.

Резус-антителолар титри 1:16 бўлганда ҳомила нобуд бўлиши хавфи 10% ташкил этади.

Титр 1:32 бўлганда кўпчилик лабораторияларда критик ҳисобланади, яъни бу кўрсаткичдан ошганда ҳомиланинг ўлик туғилиш эҳтимоли ошиб кетади.

Ҳомиладорлик даврида резус-фактор резус-мусбат ҳомила эритроцитлари билан резус-манфий она қонига тушади ва унинг қонида резус-факторга нисбатан антителолар ҳосил бўлишини чақиради (она учун хавфсиз, аммо ҳомила эритроцитларини парчаловчи).

Эритроцитларнинг парчаланиши ҳомила жигари, буйраги ва бош миясининг шикастланишига, ҳомила ва чақалоқларда гемолитик касаллик ривожланишига олиб келади. Кўпчилик ҳолларда касаллик туғруқдан кейин тез ривожланади, бунга сабаб плацента томирларининг бутунлигини бузилиши оқибатида бола қонига кўп миқдорда антителолар келиб тушишидир.

Она ва ҳомила ўртасида резус-конфликт. Бу вазият унчалик ҳам кам учрамайди. Сабаби – она ва ҳомила қонининг резус-фактор бўйича номутаносиблиги.

Резус-фактор (бошқачасига – резус-антиген ёки Rh-антиген) қизил қон таначаларининг (эритроцитларнинг) юзасига жойлашувчи модда.

Rh-антигеннинг маъноси шуки, у иммун система учун таниб олувчи белги бўлиб хизмат қилади, ўзига хос “шахсни тасдиқловчи хужжат”.

Баъзи одамларда резус-антиген мавжуд (бу одамларни Rh-мусбат дейилади), баъзиларда – йўқ (Rh-манфий одамлар).

Ҳомиладорликда резус-конфликт ҳавфи, агар аёл резус-манфий, унинг эри эса (туғилажак боланинг отаси) – резус-мусбат бўлган ҳоллардагина мавжуд бўлади. Бироқ ҳамма вақт ҳам бу резус-конфликтга олиб келмайди.

Шуни таъкидлаш лозимки, резус-манфий аёлнинг резус-манфий ҳомила билан кечган биринчи ҳомиладорлиги кўпинча рисоладагидек тугайди. Худди шундай кечган кейинги ҳомиладорликларда конфликт ривожланиш хавфи ошади.

Резус-конфликт қуйидагича келиб чиқади: ҳомиладорлик даврида ҳомила эритроцитлари плацента орқали она қонига келиб тушади. Ҳомила эритроцитларида жойлашувчи резус-антиген онанинг иммун системаси учун “нотўғри шахсни тасдиқловчи хужжат” бўлиб ҳисобланади. Ҳомила ҳужайралари ёт деб топилиб,

махсус оқсиллар – антителолар ёрдамида йўқотила бошлайди. Ҳомила эритроцитлари онанинг қон оқимига келиб тушишда давом этгани боис, йўқ қилувчи антителоларнинг ишлаб чиқарилиши ҳам давом этади. Антителолар “бегона” ҳужайралар манбаи, яъни ҳомилани “қидиради”. Уларнинг йўлида плацента пайдо бўлади. Агар антителолар плацента барьеридан ўтиб кета олса, у ҳолда ҳомила эритроцитларини ўзининг хусусий томирларида йўқ қила бошлайди. Бунда кўп миқдорда билирубин деб номланувчи модда пайдо бўлади. Билирубин ҳомила бош миясини жароҳатлаши, унинг терисини сариқ рангга (сариқлик)бўяши мумкин. Ҳомила эритроцитлари тинимсиз парчаланиб туриши боис, унинг жигар ва талоғи янги эритроцитлар ишлаб чиқарилишини жадаллаштиришга ҳаракат қилади, бунда ўлчамлари катталаша боради. Охир оқибатда улар ҳам уддасидан чиқа олмайди. Кучли кислород етишмовчилиги бошланиб, ҳомила организмида оғир бузилишлар жараёни бошланади.

Резус-конфликт муаммосини ҳал қилишдаги энг асосий нарса – унинг профилактикаси. Аёллар маслаҳатхонасига аёл биринчи бор мурожаат қилганда унинг резус-алоқадорлиги аниқланади. Агар аёл Rh(-) бўлса, уни махсус ҳисобга олинади. Бундан ташқари унинг партнёрининг ҳам Rh-алоқадорлигини аниқлаш лозим. Мабодо резус-конфликт хавфи мавжуд бўлса, у ҳолда ҳомиладорлик даврида бир неча бор аёлда резусга қарши антителолар даражасини аниқлаш учун қон таҳлили ўтказилади.

Изоиммунизацияни аниқлаш.

Ҳомиладор аёл қонида резус-антителолар титрини аниқлаш ҳомиладорликнинг 32 ҳафтасигача бир ойда 1 марта, 32-35 ҳафталик ҳомиладорликкача ойига 2 маротаба, сўнгра ҳар ҳафта давомида ўтказилиб туради.

Агар аёл ҳам, эркак ҳам резус-манфий бўлса, кейинчалик антирезус-антителоларни текшириб бориш зарурати йўқ.

Rh(-) аёлларда изоиммунизация юзага келганда ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси.

1. 1 ойда бир марта қон таҳлили ва антителолар титрини аниқлаш.

2. Ҳомила гемолитик касаллигини антенатал ташҳислаш (КТГ, ҳомила ва йўлдошни УТТ, допплерометрия, қоғаноқ сувидаги билирубиннинг оптик зичлигини аниқлаш учун 24-32ҳафтада амниоцентез, 37 ҳафтадан кейин амниоскопия).

3. ГБО, УФО, плазмоферез.

4. Десенсибилловчи терапия: димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол.

5. 16-20 ҳафтадан кейин преднизолон кунига 5 мгдан туғруққача.

6. Венага декстранлар қуйиш.

7. Ҳомила гипоксияси ва плацента етишмовчилигининг олдини олиш ва даволаш.

8. Асоратланган акушерлик анамнезида отасининг тери парчасидан аллотрансплантацияси ва уни гелий-неонли лазер билан нурлантириш кўрсатилган.

9. Антитело титри 1:32 ва ундан юқори бўлганда, ҳомилада гемолитик касаллик аниқланганда тиббий кўрсатмага биноан ҳомиладорликни тўхтатиш кўрсатилган.

10. Туғруқни гестация муддатининг 36-38 ҳафтасида режалаштириш.

Резус манфий аёлларда туғруқдан кейин, ҳомиладорликни тўхтатилгандан сўнг ва номутаносиб қон қуйилгандан кейин дарҳол ёки 72 соат ичида анти-резус-иммуноглобулин юбориш орқали кейинги ҳомиладорликларда **резус конфликт ривожланишининг олдини олиш** мумкин.

Иммуноконфликтга олиб келувчи сабаблар:

1. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик.

2. Ўз-ўзидан ва артифициал абортлар.

3. Илгари Rh-мусбат қон қуйилгани.

4. Она қорнида сенсибилизация (резус-манфий бўлган ҳомиладор туғилаётган пайтида онасининг резус-мусбат қон ҳужайралари билан сенсибилизацияланган).

5. АВО-номутаносиблик бўйича Rh-манфий онадан Rh-мусбат ҳомила туғилганда.

6. Илгари гемолитик касаллик билан болалар туғилганда.

Аналитик кисм

ИЛОВА №1. “Кичик гуруҳларда ишлаш”.

Талабалармайда гуруҳларга бўлиниб ўзаро фикр алмашишади.

Тест саволлари

1. Іоғирлик даражалиҳомиладорлар қусиши клиникасини кўрсатинг:

А) қусиш кунига 2-5 марта сийдикда ацетон йўқ

Б) қусиш кунига 20 марта сийдикда ацетон бор

В) қусиш 10 мартагача сийдикда ацетон бор

Г) қусиш кунига 2-4 марта сийдикда ацетон бор

Д) қусиш кунига 4-6 марта сийдикда ацетон йўқ*

2.Іоғирлик даражалиҳомиладорлар қусиши клиникасини кўрсатинг:

А) қусиш кунига 10 мартагача сийдикда ацетон йўқ*

Б) қусиш кунига 2-5 марта сийдикда ацетон йўқ

В) қусиш 20 мартагача сийдикда ацетон бор

Г) қусиш кунига 2-4 марта баъзан сийдикда ацетон бор

Д) қусиш 2-4 марта сийдикда ацетон йўқ

3.ІІоғирлик даражалиҳомиладорлар қусиши клиникасини кўрсатинг:

А) қусиш 20 мартагача сийдикда ацетон бор*

Б) қусиш 2-5 марта сийдикда ацетон йўқ

В) қусиш 10 марта сийдикда ацетон йўқ

Г) қусиш 2-4 марта баъзан сийдикда ацетон бор

Д) рвота 2-4 раз ацетон в моче отрицательный

4.Ҳомиладорларнинг ҳаддан ташқари қусишига қайси белги энг хос:

А) ацетонурия*

Б) глюкозурия

В) протеинурия

Г) лейкоцитурия

Д) сийдикда сафропигментлари

5.Қуйида келтирилган қайси белгилар ҳомиладорлар қусишининг енгил шакли учун хос эмас:

А) ҳомиладорлар қусиши

Б) нормал тана ҳарорати

В) ҳолсизлик

Г) уйқучанлик

Д) сийдикда ацетон*

Е) қусиш кунига 4 марта

6. Даволаш самарасиз бўлган ҳомиладорларнинг тўхтовсиз қусишида врач тактикаси:

А) янада фаолроқ дезинтоксикацион терапия тавсия этиш

Б) ҳомиладорликни тўхтатиш*

В) ҳомиладорликни сақлашга қаратилган терапия

Г) в/и қўшимчагемодеза 400,0 юбориш

Д) нерв системаси фаолиятини регуляция қилиш

7. Ҳомиладорликнинг қайси муддатидан бошлаб ҳомиладаRh фактор пайдо бўлади:

А) 8 ҳафтадан*

Б) 10 ҳафтадан

В) 4 ҳафтадан

Г) 12 ҳафтадан

Д) 6 ҳафтадан

8. Ҳомиладорликнинг қайси муддатидан бошлаб ҳомилада АВО системаси бўйича қон гуруҳи пайдо бўлади:

А) 8 ҳафтадан

Б) 10 ҳафтадан

В) 4 ҳафтадан

Г) 12 ҳафтадан

Д) 6 ҳафтадан*

9. Антителоларнинг қандай титри ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма ҳисобланади:
А) 1:32*

Б) 1:4

В) 1:8

Г) 1:16

Д) манфий

10. Rh(-) ҳолатда ҳомиладорликнинг қайси муддати туғруқ учун энг қулай ҳисобланади?

А) 36 – 38 ҳафта*

Б) 38 – 40 ҳафта

В) 40 – 41 ҳафта

Г) 32– 36 ҳафта

Д) 34 - 35 ҳафта

11. Ҳомиладорлар эрта токсикози учун қайси белгилар хос:

А) яширин шишлар

Б) АҚБ ошиши

В) протеинурия

Г) терининг қуруқлиги*

Д) тана вазнининг камайиши*

Е) сўлак оқиши*

12. Келтирилган қайси белгилар токсикозларнинг нисбатан кам учрайдиган шакли ҳисобланади:

А) дерматозлар*

Б) жигар гепатози*

В) ҳомиладорлар қусиши

Г) птиализм

Д) ҳомиладорлар шиши

Е) мускуллар тетанияси*

13. Ҳомиладорлар қусиши клиникасига хос:

А) АҚБ ошиши

Б) тери қопламининг қуруқлиги*

В) АҚБ пасайиши*

Г) ацетонурия*

Д) шишлар

Е) эпигастрийда оғриқ

14. Ҳомила гемолитик касаллигининг клиник шаклларини кўрсатинг:
А) гемолитик анемия*

Б) сариқлик*

В) шишлар*

Г) ҳомила гипотрофияси

Д) ҳомила протеинурияси

Е) ҳомилагипоксияси

15. Ҳомиладорлик 7 ҳафта. Тинимсиз қусишда врач тактикаси:

А) витаминотерапия*

Б) нервной системаси фаолиятини нормаллаштириш*

В) инфузион терапия*

Г) ҳомиладорликни сақлашга қаратилган терапия

Д) амбулатор шароитда кузатув

Е) антибактериал терапия

16. Резус-конфликт ва АВО конфликт бўлган аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси:

А) ойига камида бир марта антитело титри учун қон*

Б) ҳомила гемолитик касаллигининг антенатал диагностикаси*

В) десенсибилизацияловчи терапия*

Г) антитело титри учун ҳафтасига бир марта қон топшириш

Д) антитело титри учун ҳомиладорлик давомида 2 марта қон топшириш

Е) антибактериал терапия

17. Ҳомила гемолитик касаллигининг клиник шакллари:

А) гемолитик сариқлик*

Б) гемолитик анемия*

В) шиш*

Г) гепатоспленомегалия

Д) ҳомила гипотрофияси

Е) ҳомиланинг ривожланиш нуқсони

18. Резус-манфий ҳолатларда сенсебилизациясабаблари:

А) бачадондан ташқари ҳомиладорлик*

Б) абортлар*

В) илгари Rh(+) қон қуйилганлиги*

Г) илгари Rh(-) қон қуйилганлиги

Д) резус манфий онадан резус манфий бола туғилиши

Е) анамнезида жарроҳлик аралашувлари

19. Резус манфий ҳолатларда сенсебилизация профилактикаси:

А) исталмаган ҳомиладорликларнинг олдини олиш*

Б) резус алоқадорлигини ҳисобга олган ҳолда қон қуйиш*

В) ҳомиладорлик ва туғруқларни 25 ёшгача режалаштириш

Г) фақатгина битта ҳомиладорлик мумкин

20. Резус-конфликт ва АВО конфликтларда ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма:

А) антитело титри 1:32*

Б) УТТ бўйича ҳомила гемолитик касаллигининг белгилари*

В) антитело титри 1:4

Г) антитело титри 1:16

ИЛОВА №2.

«Муаммоларни ечиш усули» ўйини.

Машғулот иштирокчилари 3кишидан бўлиб, 3 гуруҳга бўлинади А,Б,В. Гуруҳда уларга 1,2,3- рақами берилади ва рақами бўйича қайтадан гуруҳга бўлинади.

Барча 1 рақамлилар биринчи, 2 рақамлилар иккинчи, 3 рақамлилар учинчи гуруҳни ташкил қилади. «Иммуноконфликт ҳомиладорлик» мавзуси бўйича топшириқ берилади.

Қуйидаги муаммо кўринишида: Қайта ҳомиладор, 32 ёшда.

1-туғруқ асоратсиз, 2-туғруқ гипотоник қон кетиш билан асоратланиб, резус омил ҳисобга олинмай гемотрансфузия ўтказилгани натижасида реакция кузатилган. Ушбу ҳомиладорликнинг 10-хафтасидан қонда 1:4 титрда антирезус антителолар аниқланган, 3 курс десенсебилизацияловчи даво олган. 36 ҳафтада антителолар титри 1:32 гача кўтарилган.

1-гуруҳҳал қилиши керак: Ҳомиладорликни бошқариш тактикаси.

Ечими: ВГГК фон яратиш, интенсив десенсибилизацияловчи, дезинтоксикацион ва умумий қувватлантирувчи терапия. 38 ҳафтада туғдириб олиш.

2-гуруҳ: Ҳомила ва чақалоқда келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар.

Ечими: Ҳомиланинг антенатал ўлими, боланинг ҳомиланинг гемолитик касаллигининг оғир шакли билан туғилиши.

3-гуруҳ: Чақалоқларни текшириш ва даволаш усуллари.

Ечими: Бола туғилгач, киндик қонида қон гуруҳи ва Rh-омилни аниқлаш, периферик қонда билирубин ва Нв, эритроцит миқдорини аниқлаш.

Болада резус мусбат қон аниқланса, қон алмаштириш ўтказиш лозим.

Муҳокама учун 10 мин. Сўнг рақамлар ўз ўрнига қайтарилади, талабалар ўз жавоблари билан алмашинадилар.

ИЛОВА №3.Вазиятли масала № 1.

25 ёшда, ҳомиладорлик бўйича 30 мартда аёллар маслаҳатхонасига мурожаат қилган.

Анамнезидан: Охирги ҳайз 24-28 декабрда. Биринчи ва иккинчи ҳомиладорлик туғруқ билан якунланиб, болалар ҳомила гемолитик касаллиги натижасида нобуд бўлган. Ушбу ҳомиладорлик 3, сўнгги ҳомиладорликдан 1 йилдан кейин бўлган. Эрининг (отасининг)қон гуруҳи А (II) Rh (+).

Ўтказган касалликлари: болаликда оёқ травмаси, Rh-омил ҳисобга олинмай гемотрансфузия.

Лаборатор текшириш усуллари.

Қоннинг умумий таҳлили: Эр. $3,2x10^{12}$ г/л, Нв 105 г/л, Ht 30%, Тц $225x10^{9}$ г/л, СОЭ 20 мм/соат.

Қон гуруҳи А(II), Rh (-), антитело титри 1:4.

Савол:

1. Ташҳис.

2. Текшириш ва ҳомиладорликни бошкариш режаси.

3. Даволаш.

Жавоб:

1. Асосий ташҳис: ҳомиладорлик 14-15 ҳафта.

Асоратлар: Резус-фактор бўйича она ва ҳомила қонининг изосерологик номутаносиблиги. Енгил даражали анемия.

Ёндош касалликлар: Асоратланган акушерлик анамнези.

2. Ҳомиладорликни бошқариш режаси:

- Антителолар титри учун қон таҳлили 1ойда бир марта.

- Ҳомиладорлар гемолитик касаллигининг антинатал диагностикасини ўтказиш (ҳомила ва плацентани КТГ, УТТ, допплерометрия, ҳомила олди сувларида билирубиннинг оптик зичлигини аниқлаш учун 24-32 ҳафтада амниоцентез, 37 ҳафтадан кейин амниоскопия).

3. Даволаш:

- ГБО, умумий УФО, плазмоферез;

- десенсибилизацияловчи терапия

- декстранларни венага инфузияси (реополиглюкин, желатинол, гемодез ва бошқалар);

- антианемик даво

- асоратланган анамнез, гестация оралиғи 2 йилдан кам, қоннинг резус омили бўйича мос келмайдиган қон қуйилганлигини ҳисобга олиб, отасининг териси парчасидан аллотрансплантация ўтказиб, кейин уни гелий-неонли лазер билан нурлантириш тавсия этилади.

Вазиятли масала № 2.

Умумий ҳолсизлик, овқатга нисбатан нохушлик ва қусишга шикоят билан УАШга мурожаат қилди. Маслаҳатхонага биринчи бор 2 ҳафта олдин 6 ҳафталик ҳомиладорлик муддатида мурожаат қилган.

Ҳомиладорлик бошланиши билан беморда эрталаблари оч қорнига қусиш пайдо бўлди, суткасига 10-12 мартагача кўпайди, ҳатто егулик тўғрисида фикридан ўтказгандаёқ қусиш кузатилди. Сўнгги икки сутка давомида ҳеч нарса емаган, чунки қусиш ҳатто сув ичгандан кейин ҳам пайдо бўляпти.

Қонни биохимик текширилганда билирубин ва қолдиқ азот миқдорининг ошганлиги аниқланди. Сийдикда ацетон ва оқсил излари мавжуд.

Савол:

1. Ташҳис.
2. УАШ текшириш усуллари.
3. Даволаш ва прогноз қандай?

Жавоб:

1. Ташҳис:Ҳомиладорлик муддати 8 ҳафта, ҳомиладорлар эрта токсикози – ҳаддан ташқари ёки тинимсиз қусиш.

2. Текшириш усуллари: қон ва сийдик умумий таҳлили, УТТ.

3.Даволаш

Ҳомиладорни дарҳол стационарга ётқазиш лозим. Даволаш комплекс бўлиб, ўз ичига даволаш-эҳтиётлаш тартибини олиши лозим, парҳез – индивидуал, озуқавий ҳўкнани қўллаш. Сувсизланишга қарши курашиш мақсадида глюкозанинг 5% эритмаси, натрий хлорнинг изотоник эритмаси, витаминлар, реополиглюкин, полиглюкин, седатив препаратлар қуйилади. Бундан ташқари ишқорий эритмалар ҳам (натрий гидрокарбонат) тавсия этилади. Психотерапия, уйқу билан даволаш, физиотерапевтик усуллар ижобий таъсир кўрсатади. Даволаш самарасиз бўлса ҳомиладорликни тўхтатиш тавсия этилади.

4.2. ИЛОВА №4.

Амалий кўникмалар рўйҳати.

1. Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш.

2. Ташқи акушерлик текшируви.

Назорат саволлари
1. Қон гуруҳлари ва Rh-фактор ҳақида тушунча.
2. Конфликт вазият юзага келиш йўллари ва механизми.
3. Иммуноконфликтни ташҳислаш.
4. Иммуноконфликт мавжуд бўлганда ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси.
5. Асоратланган иммуно- ва АВОконфликт ҳомиладорликда аёллар реабилитацияси.
6. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмидаги токсикозлар ҳақида тушунча.
7. Ҳомиладорликнинг биринчи ярми токсикозларинингклассификацияси.
8. Ҳомиладорлар қусишини ташҳислаш.
9. Сўлак оқишини ташҳислаш.
10. Ҳомиладорлик эрта токсикозини даволаш

Мавзу№10: ЭГК ва ҳомиладорлик. Камқонлик,буйрак касалликлари ва ҳомиладорлик.Олиб бориш тактикаси. Беморларни диспансеризация қилиш.

Ўқув машғулотида ўкитиш технологияси модели

Укув соати: 240 мин.	Укувчилар сони: 8-10киши
Место проведения занятия	ШВП, КВП.
Укув машгулоти тузилиши	5. Кириш 6. Назарий кисм 7. Амалий кисм - беморлар курацияси - амалий куникмалар алгоритми 8. Тахлилий кисм - вазиятли масалалар - тестлар тахлили
Машгулот мақсади: Хавф омилларининг ишлаб чиқишини, I-II даражали анемияли ҳомиладор беморларни мустақил олиб боришни, анемияда госпитализация ва постстационар реабилитация мезонларини билишни ўргатиш.	

***Педагогик вазифалар*:** • Анемияда ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятлари буйича билимларини ошириш. • Диспансер кузатув тамойилларини очиб бериш. • Ушбу касалликда контрацепция усулларини танлашни ургатиш. • Ҳомиладорларда анемия асоратларни аниклашни ургатиш. • Анемияда хавф гуруҳини аниқлаш махоратини ошириш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширув ўтказишни такомиллаштириш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаб беришнит ургатиш. • Ушбу касалликларда госпитализация мезонларини аниқлаш мезонларини очиб бериш.	***Укув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши керак:** • Анемияда ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини тушунтириш. • Диспансер кузатув тамойилларини кетма-кет очиб бериш. • Ушбу касалликда контрацепция усулларини танлаш махоратини ишлаб чикиш. • Ҳомиладорларда анемия асоратлари мезонларини очиб бериш . **УАШ бажара олиши керак:** • Анемияда хавф гуруҳини аниқлашни билиш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширув ўтказишни курсатиб бериш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаб беришни билиш. • Ушбу касалликларда госпитализация мезонларини аниқлашни билиш.
Таълим усули	Дискуссия, сухбат, видеокурик, ургатувчи уйинлар
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа булиб ишлаш
Таълим жихозлари	Укув дарсликлари, укув материаллари, касаллик тарихи, таркатма материаллар, амалий куникмалар кадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескари алока усул ва жихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятли масалалар ечиш, амалий куникмаларни намойиш килиш

Укув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги
1.	Ўқитувчини кириш сўзи (мавзуни асослаш, машғулот мақсади).		10 мин.
2.	Уй вазифасини бажарилиши «Т-схема” усули билан таҳлил қилинади.	Илова № 1	40 мин

3.	Поликлиника ва кундузги шифохонада тематик беморларни қабул қилиш	Аёлларни амбулатор қабулива анализлар таҳлили	60 мин
4.	Кичик гуруҳларда ишлаш.	Талаба докладива унинг таҳлили.	60 мин
5.	Машғулот бўйича ўқитувчининг якуни, талабалар билимига 100 баллик система бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Талабаларга келгуси машғулот мавзусини эълон қилиш (Ротацияга мувофиқ мавзу саволларининг рўйхати)	“Муаммоларни ечиш усули” ўйини,вазиятли масалалар ечиш. Илова №2 Илова №3	60 мин
6.	Адабиёт билан мустақил ишлаш.	Синов жаридаси, ишчи дастур	10 мин
7.		жами.	240 мин

1. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқликлар

Анемия (эндокрин тизими, буйрак, жигар касалликлари, модда алмашуви бузилишлари ва х.к.) гипертензив холатлар ва бошқа асоратларнинг ривожланиш хавфини юзага келтиради; бу эса мазкур мавзунинг турли тиббиёт фанлари (терапия, анестезиология ва реаниматология, клиническая фармакология, биохимия, патанатомия, патфизиология) билан якиндан богликлигини ва илмий ишларни бажаришда ахамиятини таъкидлайди. Шу билан бирга ЭГК турли акушерлик асоратлари (гипертензив бузилишлар, ФПЕ, ХСИГ, ХРОКС, хомила тушиши ва эрта тугилиши) га сабаб булади. Мазкур муносабатларни чуқур ўрганиш талабаларнинг клиник ва мантикий фикрлаш қобилиятини ўстиради.

3. Мотивация

Бизнинг Республикамизда камқонлик фертил ёшдаги аёллар ва болалар орасида кенг тарқалган патология ҳисобланади. Тиббий-демографик текширувлар маълумотларига қараганда (2014) анемиянинг фертил ёшдаги аёллар орасида тарқалганлиги 60% гача бўлиб, улардан 45% енгил даражадаги анемияга (100-119 г/л), 14% - ўртача даржадаги анемияга (70-99 г/л), ва 1% - оғир даражали анемияга (70 г/л дан паст) тўғри келади. Тезкор маълумотларга кўра айрим ҳудудларда анемия билдан касалланиш даражаси 100% гача етади. Ўзбекистонда анемиянинг кўп учраши муносабати билан ташхисни ўз вақтида ва тўғри аниқлаш, ҳомиладорлик ва ундан ташқари даврда олиб бориш тактикасини ишлаб чикиш.

4. Дарснинг таркиби

4.1. Назарий қисм

Анемия – клиник-гематологик синдромлар гуруҳи бўлиб, барча тури учун қонда гемоглобин концентрациясининг камайиши хосдир, кўпинча эритроцитлар миқдорининг камайиши (ёки эритроцитлар умумий ҳажмининг) билан бирга кечади. Темир одам организмининг асосий элементларидан ҳисобланади. Темир элементи гемоглобин таркибига кириб, организмда кислород ташилишини таъминлайди. Бундан ташқари темир цитохром, цитохромоксидаза, сукцинатдегидрогеназа,

миоглобинларнинг таркибий қисмига киради. Бир суткада организмга овқат билан 10-20 мг темир киради, ундан атиги 2-2,5 мг сўрилади, холос.

Щедринов бўйича анемиянинг ривожланиш механизми.

Темирнинг организмда метаболитик фондининг ўзгариши қуйидаги кўринишда бўлади: темир заҳирасининг камайиши – плазмада темир концентрациясининг пасайиши – суяк кўмигида темирнинг камайиши – гемоглобин ва эритроцитлар синтезининг бузилиши – қонда гемоглобин миқдорининг ва эритроцитлар сонининг камайиши – микроцитопоэз ва эритроцитларнинг гипохромияси. Ҳомиладорликдаврида камқонликнинг пайдо бўлишига сабаб, қон зардобининг шаклли элементларга нисбатан деярли 3 баравар кўпайишидир. Бу “физиологик аутогемодилюция” механизмидир. Ҳомиладорлар камқонлиги – ҳомиладорлик даврида (асосан II-III триместрларда) она ва ҳомилада қон ишлаб чиқариш учун лозим бўлган моддаларга эҳтиёжининг ортишига карамай тўлиқ қопланмаслиги натижасида келиб чиқади.

Анемия ривожланишига сабаб бўлувчи факторлар:
- Ўткир қон кетиши натижасидаги камқонлик.
- Эритроцитлар ишлаб чиқарилиши етишмовчилиги натижасидаги камқонлик: темир танқис,апластик, мегалобластик, сидеробластик, сурункали касалликлар натижасида.
- Эритроцитлар парчаланишининг кучайиши натижасидаги камқонлик: гемолитик.

Камқонликнинг икки гуруҳи фарқланади:
- ҳомиладорлик даврида аниқланган;
- ҳомиладорликкача мавжуд бўлган.

Кўп ҳолларда ҳомиладорлик давридаги камқонлик кузатилади. Ҳомиладорлар камқонлиги орттирилган (темир, оқсил, фолий кислотаси танқислиги).

Темир инсонга нима учун керак?

- Темир гемоглобин ва миоглобиннинг асосий таркибий қисми бўлиб, хужайраларга кислород ташийди.
- Темироқсил хужайралариниэнергия билан таъминлайди.
- Темирайрим ферментлар таркибига кириб, моддалар алмашинуви жараёнларида иштирок этади.
- Темир мия ва иммун тизимнинг нормал фаолияти учун зарур.

Темир танқислигига олиб келувчи сабаблар:

1. Узоқ муддат қон йўқотиш.

2. Истеъмол қилинаётган овқат таркибида темир миқдорининг камлиги.

3. Ўсиш ва ривожланиш даври.

4. Ҳомиладорлик, туғруқ ва кўкрак билан эмизиш даврларида темирга нисбатан талабнинг ортиши (1000-1500 мг темир);

5. Гижжа ташувчилик;

6. Истеъмол қилинаётган овқат таркибида темир миқдори етишмаса ва темир препаратлари қабул қилинмаса, ҳомиланинг темирга бўлган талаби она организмидаги темир заҳираси билан қондирилади.

Ҳавф гуруҳига киради:

- аввалдан анемияси бўлган аёллар;

- сурункали касалликлар (юрак ва буйрак нуқсонлари, меъда-ичак йўллари касалликлари, жигар касалликлари);

- гипертензив синдром билан кечадиган ҳомиладорлик;

- кўп ва тез- тез туғувчилар;

- кўп ҳомилали ва йирик ҳомила;

- анемияли аёллардан туғилган қизлар.

ССВнинг 2012 йил «18» май даги № 137–сонли буйругига 5-сонли илова
Камқонлик билан ҳомиладорларни олиб бориш стандартлари
КХК (МКБ)-10 бўйича коди: О99.0

Ҳомиладорлар камқонлиги – ҳомиладорлик даврида (асосан II-III триместрларда) она ва ҳомилада қон ишлаб чиқариш учун лозим бўлган моддаларга эҳтиёжининг ортишига карамай тўлиқ қопланмаслиги натижасида келиб чиқади.

Таснифи:

- Ўткир қон кетиши натижасидаги камқонлик.

- Эритроцитлар ишлаб чиқарилиши етишмовчилиги натижасидаги камқонлик: темир танқис,апластик, мегалобластик, сидеробластик, сурункали касалликлар натижасида.

- Эритроцитлар парчаланишининг кучайиши натижасидаги камқонлик: гемолитик.

Камқонликнинг икки гуруҳи фарқланади:
- ҳомиладорлик даврида аниқланган;
- ҳомиладорликкача мавжуд бўлган.

Кўп ҳолларда ҳомиладорлик давридаги камқонлик кузатилади. Ҳомиладорлар камқонлиги орттирилган (темир, оқсил, фолий кислотаси танқислиги) ва туғма (ўроқсимон-ҳужайрали) бўлади.

Клиник классификацияси: ЖССТ маълумотлари

бўйича камқонлик қуйидаги оғирлик даражалари фарқланади:
- енгил – гемоглобин 110-91г/л, эритроцитлар 3,6-3,2х10^{12}/л, гематокрит 37-31%;
- ўртача оғир – гемоглобин 90-71г/л, эритроцитлар 3,3-3,0х10^{12}/л, гематокрит 30-24%;
- оғир – гемоглобин 70-51г/л, эритроцитлар 3,0-1,8х10^{12}/л, гематокрит 23-13%.
- ўта оғир – экстремал даражали анемия (50 г/л ва ундан паст) фарқланади.

Симптомлари ва белгилари: сўлғинлик,умумийҳолсизлик; тери қоплами ва шиллиқ қаватлар рангпарлиги; склералар, бурун лаб учбурчаги, кафтлар, сарғимтирлиги, соч ва тирноқлар синувчанлиги; терининг патологик пигментацияси; юрак аускультациясида шовқин эшитиш; хейлит (тери бичилиши); қорин дам бўлиши, ахлат суюқ келиши; тил қичишиши ва ачишиши.

Диагностик текширишлар номи ва сони: умумий қон таҳлили (эритроцитлар миқдори, ранг кўрсаткичи, гематокрит); қон биохимияси ва сывороткада темир (Fe) миқдори.

Кузатувлар сони: I ва II-триместрларда бир ойда бир марта; III -триместрда бир ойда 2 марта.

Бошқа мутахассислар кўриги: терапевт, гематолог маслаҳати.

Асосий даволаш тадбирлари:

Дори воситаларсиз (номедикаментоз) даволаш: темир ва витаминларга бой парҳез; оқсил ўрнини тўлдириш учун даволовчи озиқлантириш; темир билан бойитилган махсус овқат маҳсулотлари: нон, печенье, гематоген ва б.

Медикаментоз даволаш:

Даволаш босқичлари: камқонликни тиклаш (гемоглобиннинг нормал миқдорини тиклаш); тўйинтириш давоси (организмдаги темир заҳирасини тиклаш); ушлаб турувчи даво (барча темир фондини нормал миқдорда сақлаш).

- Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача гемоглобин миқдори 100г/лдан кам ва клиник белгилари кузатилганда парҳезга ўзгартиришлар киритиш тавсия этилади. Самара бермаганда 2 ҳафтадан сўнг лаборатор текшириш ўтказилади (эритроцитлар, ранг кўрсаткич, гематокрит аниқланади). Ташхис тасдиқлангандан сўнг, темир воситаларни (овкатдан сўнг) тайинланади.
- 26-34 ҳафтада гемоглобин миқдори 100г/лдан кам ва клиник белгилар кузатилмаса, овқатланиш тўғриланади, темир воситаларини тайинлаш шарт эмас (физиологик гемодилюция, «ҳомиладорларнинг физиологик камқонлиги»). Агар гемоглобин миқдори 70г/лдан кам бўлса, гематолог ва терапевт маслаҳати тайинланади.

Диққат! Камқонликнинг олдини олиш ва енгил шаклини даволашнинг суткалик миқдори 50-60мг темир, чуқур камқонликни даволаш учун – 100-120мг темир ташкил этади.

Камқонлик ташхиси қўйилган ҳолатда даволаш тадбирлари қуйидаги кетма-кетликда ўтказилади: рационал озиқланиш тамойилларига асосан парҳезни коррекция қилиш: овқатланиш вақтида чой, кофе ва суюқлик истеъмол қилмаслик керак; паразит гижжаларга текшириш; темир воситалари ва фолий кислотасини тайинлаш.

Темир воситаларини доимий тайинлаш она ва бола соғлиғига бирдек салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Анемия симптомлари : сўлғинлик,умумийҳолсизлик; тери қоплами ва шиллиқ қаватлар рангпарлиги; склералар, бурун лаб учбурчаги, кафтлар, сарғимтирлиги, соч ва тирноқлар синувчанлиги; терининг патологик пигментацияси; юрак аускультациясида шовқин эшитиш; хейлит (тери бичилиши); қорин дам бўлиши, ахлат суюқ келиши; тил қичишиши ва ачишиши. Анемиянинг клиник симптомлари темир танқислигига боғлиқ бўлиб, тез чарчаш, бош айланиши, юрак уриши ва нафас олишнинг тезлашиши, баъзида хушидан кетиш, уйқусизлик билан намоён бўлади. Трофик ўзгаришлар - терининг қуруқлиги, сочларнинг тўкилиши, тирноқларнинг синувчанлиги, мушакларнинг бўшлиги анемиянинг белгилари ҳисобланади. Баъзида аёлларда таъм сезиш ўзгаради (бўр, тупроқ). **Ҳомиладорликнинг кечиши.** Ҳомиладорликнинг биринчи ярми ўз-ўзидан аборт кўринишида, эрта токсикоз белгилари билан кечади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида вақтидан илгари ҳомила ташлаш ҳавфи, гипертензия синдроми, плацентанинг вактидан олдин кучиши кузатилиши мумкин. Туғруқ вақтида туғруқ фаолиятининг сустлиги, туғруқдан кейинги илк даврда гипертоник қон кетиши, ҳомила гипоксияси каби асоратлар вужудга келиш эҳтимоли бор. Туғруқдан кейинги даврда гипогалактия, бачадоннинг субинволюцияси, инфекцион асоратлар кузатилиши мумкин. Анемияли аёлларнинг фарзандлари тез-тез касалланиб турадилар, туғма гипотрофия билан туғилишлари мумкин ва анемияли бўладилар.

Лаборатор диагностикаси:

1. умумий қон таҳлили (эритроцитлар миқдори, ранг кўрсаткичи, гематокрит);
2. қон биохимияси ва кон зардобида темир (Fe) миқдори.

Кузатувлар сони: I ва II-триместрларда бир ойда бир марта; III -триместрда бир ойда 2 марта.

Бошқа мутахассислар кўриги: терапевт, гематолог маслаҳати

Анемиянинг асоратлари:

1. **Она томонидан (** эрта ва кечки токсикозларнинг кушилиши, ҳомиладорликнинг муддатига етмаслиги, тугрук даврларининг чузилиши, турли муддатлараги қон кетишлар, туғруқдан ва операциядан кейинги септик асоратлар, гипогалактия **)**
2. **Ҳомила томонидан (** ҳомила гипоксияси, ривожланишдан орқада қолиш синдроми, турли туғма нуқсонлар, неонатал даврнинг асоратли ўтиши**)**

Асосий даволаш тадбирлари:

Дори воситаларсиз (номедикаментоз) даволаш: темир ва витаминларга бой парҳез; оқсил ўрнини тўлдириш учун даволовчи озиқлантириш; темир билан бойитилган махсус овқат маҳсулотлари: нон, печенье, гематоген ва б.

Медикаментоз даволаш:

Даволаш босқичлари:

-камқонликни тиклаш (гемоглобиннинг нормал миқдорини тиклаш);

-тўйинтириш давоси (организмдаги темир заҳирасини тиклаш);

-ушлаб турувчи даво (барча темир фондини нормал миқдорда сақлаш).

Камқонликнинг олдини олиш ва енгил шаклини даволашнинг суткалик миқдори 50-60мг темир, чуқур камқонликни даволаш учун – 100-120мг темир ташкил этади..Агар гемоглобин миқдори 20 хафталикгача 100 г/л дан паст ва клиник белгилари рационал овкатланиш йулга куйилади. 2 хафтадан кейин клиник белгилари йуколмаса лаборатор текширув утказилади. Ташхис тасдиклангандан сунг темир препаратлари берилади. Темир препаратлари 2 гурухга булинади: икки валентли темир сакловчи темир препаратлари (сорбифер) ва уч валентли темир сакловчи темир препаратлари (мальтофер, ферсинол, феррум лек) ва инъекцион турлари: космофер, венофер кабилар.Шунингдек темир препаратлари билан бирга комбинация холатида аскорбин кислотасини ишлатиш ҳам максадга мувофик, чунки у темирнинг сўрилишини яхшилайди.

Анемиянинг оғир даражасида стационарда (гемоглобин 70г/л ва ундан кам) сифатли овқатланишдан ташқари гипопротеинемияга қарши курашиш керак. Бу мақсадда хафтада 1-2 марта, , рекомбинант эритропоэтинни 2000Ж Бир.да тери остига, №5 инъекция, юбориш тавсия этилади. Анемиянинг турли даражасида туғруқни венапункцияси остида олиб бориш керак. Оғир даражасида бундан ташқари қон ва плазма тайёрлаб қўйиш лозим. Туғруқнинг 3 даврини актив олиб бориш керак. Туғруқдан кейин биринчи кундан бошлаб анемияни даволашни давом эттириш керак.

,

Унутманг:

1. Темир воситаларини парентерал (в/и ва м/о) юбориш хавфли ҳисобланади, темир воситаларини оғиз орқали қабул қилиш имкони бўлмаганда касалхона шароитида қўллаш мақсадга мувофиқ. Жигар гемосидерози келиб чиқиш хавф бўлганлиги сабабли зардобдаги темир миқдорини аниқламасдан темир воситасини парентерал тайинлаш ман этилади.
2. Дори воситалари миқдори индивидуал ҳолатда клиник белгиларни ҳисобга олган ҳолда тайинланади.

Госпитализацияга кўрсатма: камқонликнинг оғир даражасида; даволаш самара бермасдан аҳволи оғирлашганда.

Камқонликнинг қуйидаги турларида ҳомиладорлик ман этилади: апластик, мегалобластик, сидеробластик.

Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация: Туғруқдан сўнг 4-6 ой давомида ҳомиладорлик даврида камқонлик бўлган аёллар аҳволи кузатиб борилади ва антианемик даво давом эттирилади.

Профилактика. Темир танқис камқонликнинг олдини олиш учун II ва III-триместрлар давомида 50-60 мг темир қабул қилиб бориш етарли ҳисобланади (I-

триместрда ҳомилага тератоген таъсири бўлиши мумкинлиги учун тайинланмайди). Профилактика мақсадида темир воситаси миқдорини ошириш шарт эмас, чунки ортиқча темир сўрилмайди ва кўп ҳолларда меъда ва ичак тизими томонидан ножўя таъмирлар чақиради.

Темир танқис камқонликнинг олдини олиш қуйидаги ҳомиладорлар ва туққан аёлларда ўтказилади:

-темир танқислиги аҳолининг умумий муаммоси ҳисобланган ҳудудда яшовчиларда;

-ҳомиладорликдан олдин узоқ ва кўп миқдорда ҳайз кўрганларда; -интергенетик интервал 3 йилдан кам бўлганларда;

-кўп ҳомилали ҳомиладорликда;

-лактациянинг биринчи 6 ойида;

-узоқ эмизишда.

Камқонлик билан касалланган ҳомиладорлар сонини камайтириш, ҳомиладорлик давридаги асосланмаган аралашувларни камайтириш, туғма камқонлик билан туғиладиган болалар сонини камайтириш мақсадида **УАШ/доя** қуйидагиларни бажариши шарт**:**

Аёлларнинг АНП вақтида ҳар бир ташрифида уларга тўғри овқатланиш асослари, овқатланиш вақтида чой, кофе ва суюқликларни истеъмол қилишни чегаралаш ҳақида; гижжалар билан зарарланишнинг олдини олиш тадбирлари ҳақида, айниқса эндемик ўчоқ ҳисобланган ҳудудларда бунга кўпроқ эътиборни қаратган ҳолда маълумотлар бериб боришлари лозим. Гижжалар аниқланганда ташхисот ва даволаш учун мутахассисларга йўлланади (паразитологлар, инфекционистлар ва б.).

Темир воситаларини доимий тайинлаш она ва бола соғлиғига бирдек салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Темир танкислигини даволашда озикланишга эътибор бериш лозим.Истеъмол этилаётган озуқа оқсилларга ва темирга бой бўлиши керак.Анемиянинг бирламчи профилактикаси соғлом яшаш тарзига боғлиқ, таркибида гўшт, жигар, балиқ, мева ва уларнинг шарбатлари бўлган турли хил таомлар истеъмол қилиш лозим. Анемиянинг иккиламчи профилактикасида анемияга олиб келувчи омилларни бартараф этиш мақсадида донли ўсимликлар, янги мева ва сабзавотлар истеъмол қилиш керак. Анемиянинг олдини олиш учун анемия бўйича хавф гуруҳига кирувчи аёлларни тўғри назорат қилиш ва кузатиш лозим.

Вазиятлимасала

Биринчи марта ҳомиладорбўлганаёл 25 ёшда, ҳомиладорликмуддати 25 ҳафтали, холсизликва бош айланишига шикоятқилди. Қон анализида гемоглобин 80 г/л, эр-2,8 млн/мл, ЦП - 0,8.

Саволлар:

1.Ташҳис.

2.УАШ тактикаси.

Жавоб:

1. Ўртаоғирликдаражасидаги анемия.
2. Амбулатордаволаниш. Сифатлиовқатланишваполивитаминларданташқари, темирзаҳираситўлгунчатемиртутувчипрепаратларни (гинотардеферон, тардиферон, мальтофер) биркунда 1 та таблеткадан 2 марта қабулқилишкерак.

Амалий машғулотда қўлланиладиган интерактив усул:

“Т-схема” усули

Мақсад: Беморнинг муаммоларини аниқлаш ва ҳал қилишда унга тўғри психологик ёндашишни ўргатиш. ЭГК ни она ва бола томонидан бўладиган асоратларни тушунтириб бериш.

Мавзуга алоқадор тестлар:

1.Анемия оғирлик даражасига кўра нечта даражага бўлинади

А. 4 та

Б.3 та

С.5 та

Д. 2та

2. Ҳомиладорларда кўпинча анемиянинг қайси тури учрайди

А.Темир танқислик анемияси

Б.Гемолитик анемия

С.Талассемия

Д.Мегалобластик анемия

3.Ҳомиладорликнинг анемия билан кечишида она томонидан бўладиган асоратлар

А.Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши

Б.Қоғаноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши

С.Муддатидан ўтган ҳомиладорлик

Д.Ҳомила ривожланишини орқада қолиши

4.Ҳомиладорликнинг анемия билан кечишида бола томонидан бўладиган асоратлар

А.Ҳомила ривожланишини орқада қолиши

Б.Қоғаноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши

С.Муддатидан ўтган ҳомиладорлик

Д.Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши

5. Анемия II-даражасида гемоглабин миқдори

А.89-70 г\л

В.110 г\л

С.50-60 г\л

Д.90 г\л

6.Темир сақловчи препаратлар

А.Ферлатум, тотема

Б.Тордиферон,флебодиа

С.Гинотордиферон,метрагил

Д.Б жавоб тўғри

7.Ҳомиладорлик вақтида бўладиган физиологик ҳолат

А.Аутогемоделютция

Б.Гиперсаливация

С.Гипертрихоз

Д.С жавоб тўғри

8.Ҳомиладорларда нормада гемоглабин миқдори

А.110г\л

Б.120 г\л

С.130 г\л

Д.Хамма жавоблар тўғри

9.Анемия I даражасида гемоглабин миқдори

А.110-90г\л

Б.120-80г\л

С.95г\л

Д.100г\л

10.Қайси витамин етишмаганда мегалобластик анемия келиб чиқади.

А.В 12 витамин

Б. С витамин

С.А витамин

Д. Б жавоб тўғри

Мавзу№11: Қандли диабет ва ҳомиладорлик.Жигар касалликлари ва ҳомиладорлик. Олиб бориш. Беморларни диспансеризациялаш.

5. **Укув машгулотида укитиш технологияси модели**

Укув соати: 240 мин.	Укувчилар сони: 8-10 киши
Ўқув машғулоти ўтадиган жой	Акушерлик комплекси, тугрук булими, тугрук зали, аудитория, жаррохлик.

Укув машгулоти тузилиши	9. Кириш 10. Назарий кисм 11. Амалий кисм - беморлар курацияси - амалий куникмалар алгоритми 12. Тахлилий кисм - вазиятли масалалар - тестлар тахлили
Машгулот мақсади: Умумий амалиёт шифокорларини қандли диабет ва жигар касалликларида асоратли ҳомиладорликни ташҳислаш ва даволаш принципларини ўргатиш, амбулатор даволаш принципларини, госпитализацияга ва постстационар реабилитацияга кўрсатмаларни аниқлаш.	
***Педагогик вазифалар*:** • Қандли диабетда ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини ургатиш; • Вирусли гепатитда ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини курсатиш; • Қандли диабет ва жигар касалликлари бўлган ҳомиладорларнинг асоратларини; • Диспансер кузатиш принципларини куллашни ургатиш; • Ушбу касалликларда контрацепция усуллари билан таништириш. • Қандли диабетда хавфли гуруҳни аниқлаш; • Жигар касалликларида хавфли гуруҳни аниқлаш; • Лаборатор ва инструментал усулларни қўллаган ҳолда клиник текширувларни ўтказишни курсатиш; • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослашни ургатиш; • Ушбу касалликларда госпитализациялаш мезонларини аниқлашни изохлаш;	***Укув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши керак:** • Қандли диабетда ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини; • Вирусли гепатитда ҳомиладорликнинг клиник кечиши хусусиятларини; • Қандли диабет ва жигар касалликлари бўлган ҳомиладорларнинг асоратларини; • Диспансер кузатиш принципларини; • Ушбу касалликларда контрацепция усулларини. • **УАШ бажара олиши керак:** • Қандли диабетда хавфли гуруҳни аниқлаш; • Жигар касалликларида хавфли гуруҳни аниқлаш; • Лаборатор ва инструментал усулларни қўллаган ҳолда клиник текширувларни ўтказишни; • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослашни; • Ушбу касалликларда госпитализациялаш мезонларини аниқлаш;
Таълим усули	Дискуссия, сухбат, видеокурик, ургатувчи уйинлар «SWOT» усули.
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа булиб ишлаш
Таълим жихозлари	Укув дарсликлари, укув материаллари, касаллик тарихи, таркатма материаллар, амалий куникмалар кадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескари алока усул ва жихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятли масалалар ечиш, амалий куникмаларни намойиш килиш

6. Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Давомий-лиги
1.	Уқитувчининг кириш сўзи. Мавзуни асослаш		10
2	Уйга топшириқни тортишув шаклида муҳокама қилиш«SWOT» усули.	Сўров, тушунтириш, (назорат саволлари)	50
3.	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топшрик бериш. Топширикларни бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация	Хомиладорларни кабул килиш, курикдан утказиш (илова №1)	50
4.	Талабаларни машгулотнинг амалий кисмини укитувчи ёрдамида эгаллаши (дарслик кулланмасидаги амалий куникмалар иловасига каранг)	Тугрук тарихини урганиш, клиник-вазиятли масалалар ечиш Илова №2,	60
Танаффус			30
5	Кичик гуруҳларда ишлаш, вазиатли масалаларни ечиш	Аналитик кисим	30
6.	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун вазифа бериш (саволлар тупламига каранг)	Ахборот, мустакил тайёрланиш учун саволлар	10
Жами			240

2. Мавзуни асослаш:

Оналар ва перинатал улимини, кандли диабет ва жигар касалликлари касалланган аёлларда хомиладорлик, тугрук ва чилла давринининг кечиш асоратларини камайтириш максадида УАШ уз вактида ташхис куйиш, текшириш ва хомиладорликни давом эттириш масаласини аниклаш учун йуллаш, кандли диабет ва жигар касалликлари билан хомиладорларни режали ва шошилинч госпитализация килиш муддатларини аниклашни билиши шарт.

3.Фанлараро ва фан ичидаги богликлик:

Купчилик касалликлар (эндокрин тизими, буйрак, жигар касалликлари, модда алмашуви бузилишлари ва х.к.) гипертензив холатлар ва бошқа асоратларнинг ривожланиш хавфини юзага келтиради; бу эса мазкур мавзунинг турли тиббиёт фанлари (терапия, анестезиология ва реаниматология, клиническая фармакология, биохимия, патанатомия, патфизиология) билан якиндан богликлигини ва илмий

ишларни бажаришда ахамиятини таъкидлайди. Шу билан бирга ЭГК турли акушерлик асоратлари (гипертензив бузилишлар, ФПЕ, ХСИГ, ХРОКС, хомила тушиши ва эрта тугилиши) га сабаб булади. Мазкур муносабатларни чукур урганиш талабаларнинг клиник ва мантикий фикрлаш кобилиятини устиради..

4. Дарснинг таркиби

4.1. Назарий қисм

Қандли диабет мураккаб эндокрин касаллиги бўлиб, қуйидаги клиник белгилар билан намоён бўлади: гипергликемия, глюкозурия, полидепсия, полиурия ва моддалар алмашинувининг бузилиши, шунингдек инсулиннинг абсолют ва нисбий етишмаслиги натижасида беморларда иштаҳанинг ошиши аниқланади.

Клиник амалиётида қандли диабетнинг учта асосий типи мавжуд: I- типдаги қандли диабет – инсулинга боғлиқ (ИБКД); II- типдаги қандли диабет – инсулинга боғлиқ бўлмаган (ИНСД); III- типидаги қандли диабет – гестацион диабет (ГД), у ҳомиладорликнинг 28 - ҳафтасидан кейин ривожланади ва ҳомиладорлик вақтида аёлларда глюкоза утилизациясининг транзитор бузилишида намоён бўлади. Кўпинча ИБКД учрайди. Касаллик асосан балоғатга етган ёш қиз болаларда аниқланади. ИНСД ёши улғайган аёлларда (30 ёшдан сўнг) учрайди ва оғирроқ кечади. ГД кам учрайди.

ИБКД ҳомиладорларда ўзгарувчанлиги ва тўлқинсимон кечиши билан фарққилади. Ҳомиладорларда ИЗСД учун қандли диабет белгиларининг ортиши, ангиопатияларнинг эрта ривожланиши (ҳомиладорларнинг деярли ярмида), кетоацидозга мойиллик каби хусусиятлар характерли.

Қандли диабетда ҳомиладорликга қарши кўрсатмалар:

1. Касалликнинг оғир ҳолатларида (ретинопатия, нефропатия) тез ривожланадиган қон томирлари асоратлари бўлса, улар ҳомиладорлик кечишига салбий таъсир этади, она ва хомила учун ҳавф туғдиради;
2. Қандли диабетнинг инсулинга боғлиқ ва ўзгарувчан шаклларининг мавжудлиги. Ота-онасида қандли диабет бўлса, бу фарзандларида ушбу касалликнинг учраш эҳтимолини оширади.
3. Онада қандли диабет ва резус-сенсибилизация бирга келса, бу ҳомила учун ҳафвлидир.
4. Қандли диабет ва ўпканинг актив туберкулёзи бирга келса, асосан жараённинг зўрайишига олиб келади.

ҚД ли аёлларни диспансер кузатиш.

Қандли диабетли беморлар оила қуришни режалаштирганда:

1. Ҳомиладорликни сақлаш учун хавф даражасини барвақт аниқлаш;

А) яқин қариндошларда диабет;

Б) анамнезда йирик бола туғиш (макросомия);

В) доимий глюкозурия, йирингли касалликлар, буйрак касалликлари, мустаҳкам бактериурия, тухумдон дисфункцияси;

Г) анамнезда табиий ҳомила ташлаш, вақтидан илгари туғиш, ҳомила нуқсонлари;

2. Қандли диабети бўлган аёлларнинг ҳомиладорликни режалаштириши.

ҚД ли ҳомиладорларни олиб боришда асосий тавсиялар.

Ҳомиладорлар орасида қандли диабетнинг яширин ва клиник аниқ кечадиган шаклларини эрта аниқлаш:

− Қандли диабетни ҳомиладорликгача, ҳомиладорлик вақтида, туғруқ вақтида ва туғруқдан кейинги даврда компенсациялаш;
− ҳомиладорликни асоратларини олдини олиш ва даволаш;
− туғруқ вақтини ва усулини танлаш;
− адекват реанимацион тадбирларни ўтказиш ва янги туғилган чақалоқларни парваришлаш;
− Қандли диабети бўлган оналар фарзандларини кейинчалик ҳам кузатиш;
Қандли диабетли ҳомиладорлар амбулатория ёки стационар шароитида кузатилади. Уларни стационарга уч марта режа асосида ётқизиш еки текшириш лозим лозим:

I- **текширув**– ҳомиладорликнинг эрта даврида қандли диабетни компенсациялаш учун - текширув, ҳомиладорликни сақлабқолиш масаласини ҳал қилиш, профилактик даволаш ўтказиш. Ҳомиладорлик эҳтимоли, уни сақлаб қолиш ёки тўхтатиш масалалари акушер-гинекологлар, терапевтлар, эндокринологлар иштирокида 12 ҳафталик муддатигача маслаҳатли ҳал қилинади;
II- **текширув**- 21-25 ҳафтали муддатида, қандли диабет кечишининг ёмонлашуви ва ҳомиладорликнинг асоратлари пайдо бўлишида, чунки бу ҳолат тегишли даволаш муолажаларини ўтказишни ва инсулин дозасини коррекциялаш учун зарур;
III- **текширув** – 34-35 ҳафтали муддатида ҳомила ҳолатини кузатиш учун, акушерлик ва диабетли асоратларни даволаш, туғруқ муддатини ва усулини белгилаш учун;
Шуни эсда тутиш керакки, қандли диабети бўлган ҳомиладорларда кечки гестознинг оғир шакллари ривожланишига мойиллик кузатилса, вазннинг, артериал босимнинг ўзгариши, пешоб ва қон анализи кузатиб борилади, шунингдек ҳомиладорларнинг режимга аниқ риоя қилишлари зарур бўлади.

Қандли диабети бўлган ҳомиладорларда туғруқ муддати индивидуал белгиланади, бунда қандли диабетнинг оғирлиги даражаси, касалликни компенсациялаш даражаси, ҳомиланинг функционал ҳолати, акушерлик асоратларнинг мавжудлиги эътиборга олинади.

Қандли диабетда ҳомиланинг функционал системаси етилиши кечикиши мумкин, шунинг учун бунда ўз вақтидаги туғруқ оптимал ҳисобланади. Бироқ, ҳомиладорликнинг оҳирида асоратларнинг зўрайиши (фето-плацентар етишмовчилик, кечки гестоз ва бошқалар) ҳомиладорликнинг 37-38 ҳафтасида туғруқни амалга оширишни талаб этади.

Қандли диабети бўлган ҳомиладорларда **туғруқ муддатини белгилашда** ҳомиланинг етилганлик даражаси баҳоланади. Бундай ҳолатларда туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали амалга ошириш оптимал вариант ҳисобланади. Бунда гликемия даражаси (ҳар 2 соатда) доимо назоратда бўлади, оғриқсизлантириш, фето-плацентар етишмовчиликни даволаш, адекват инсулинотерапия амалга оширилади.

Ҳозирги вақтгача қандли диабетда режали кесар кесишга абсолют кўрсатмалар мавжуд эмас. Шунга қарамасдан, қуйидагиларни ажратиш мумкин (акушерликда умумий қабул қилингандан ташқари):

- диабет ва ҳомиладорликнинг асоратлари аниқ бўлса ва зўрайганда;

- ҳомила тос қисми билан жойлашган бўлса;

- ҳомила йирик бўлса;

- ҳомила гипоксияси зўрайса;

Қандли диабети бўлган аёллардан **туғилганчақалоқларни** реанимациялашнинг асосий принципи бўлиб, чақалоқнинг ҳолати, унинг етуклиги даражаси, туғруқ усулига боғлиқ ҳолда реанимацион усулларни танлаш ҳисобланади. Қандли диабети бўлган аёллардан туғилган чақалоқларга туғилиши билан 10% глюкоза киндик венасига юборилади. Кейинчалик глюкозани юбориш гликемия даражасини эътиборга олиб, чақалоқнинг суюқликка бўлган суткалик эҳтиёжини ҳисоблаб, туғруқдан кейин 2, 3, 6 соатда, сўнг кўрсатмага асосан амалга оширилади. Туғруқ стресси вақтида гликемия яна ортиши мумкин, баъзан инсулин дозасининг камлигида кетоз ривожланиши мумкин. Бироқ,туғруқдан сўнг, йулдош гормонларининг контринсуляр таъсири йўқолгач, қонда қанд миқдорининг камайишига олиб келади. Бунда қисқа муддатга инсулинга бўлган эҳтиёж, ҳомиладорликгача бўлган ҳолатдан фарқли равишда камаяди. Кейинчалик қандли диабет ҳомиладорликдан олдинги давридек кечади, яъни углевод алмашинуви бузилишининг даражаси ва инсулинга бўлган эҳтиёж тахминан аввалгидек ортади. Контрацептив усуллардан энг қулайи БИВ.

Жигар касалликлари ва ҳомиладорлик

Ҳозирги вақтда вирусли инфекцияларнинг сони ортиб бормоқда, шулар қаторида жинсий йўл билан ўтадиган касалликлар ҳам. Вирусли гепатит деярли кам учрайди, бироқ ҳомиладор аёллар ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан 5 марта кўпроқ касалланадилар, чунки ҳомиладорлар организми юқумли гепатит вирусига ўта сезувчан бўлади, буни шу вақтда жигар функциясининг ўзгариши, организмнинг иммун кучи пасайганлиги билан тушунтириш мумкин. Ҳомиладорларда вирусли гепатит ҳомиладор эмасларга нисбатан оғирроқ кечади, бу она ва ҳомила ҳаётига жиддий хавф яратади. Ушбу касаллиги бўлган ҳомиладорлар хавф гуруҳига киритилади. Ҳозирги вақтда вирусли гепатитларнинг бир неча тури фарқланади (А,В,С,Д, Е).

Вирусли гепатит А (ВГА). Инфекция манбаи – бемор одам. Ўтиш механизми – фекал – орал. Ўтишнинг асосий омиллари – сув, овқат, «ифлос қўллар», рўзғор предметлари ва ҳак. Эпидемиологик нуқтаи назардан энг хавфли деб ошхона ходимлари ҳисобланадилар. Инкубация даври 9 кундан 40 кунгача. Энг кўп вирус тарқалишининг вақти инкубация даврининг охирги 7-10 кунларидир. Касаллик мавсумийликка эга – июль-август, октябрь- ноябрь. Касалликнинг ҳомиладорларда кечишининг ўзига хослиги – кўпинча латент продрома, тарқалувчи тери қичимаси, кескин намоён бўлувчи холестатик синдром ривожланади.

Клиникаси:

1. Сариқлик олди (продромал) даври – 2 кундан 10 кунгача, бир неча шаклларда намоён бўлади: диспептик, гриппсимон, астеновегетатив, аралаш.
2. Сариқлик даври – кўтарилиш, авж олиш ва сўниш фазаси – ҳар бир фаза ўртача 7 кундан давом этади.
3. Якунловчи (сариқликдан сўнги) давр ёки реконвалесценция – тузалиш даври.

Ҳомиладорларда продромал даврнинг 2-3 ҳафтагача узайиши кузатилади, бунда диспептик ўзгаришлар устун бўлади: иштаҳанинг пасайиши, овқатдан юз ўгириш, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, шунингдек тери қичимаси. Бундай ҳолатларда кечки гестоз билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур. Қон анализларида – анемия, лейкоцитоз, нейтрофилёз, СОЭ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) кўтарилади. Қоннинг биокимёвий анализи – гипербилирубинемия, диспротеинемия (адьбумин миқдорининг камайиши, глобулин концентрациясининг

ошиши), аминотрансферазалар активлигининг 10 ва ундан ортиқга кўтарилиши, тимол синамасининг кўтарилиши. ВГА ни ташҳизлашнинг якуний усули бўлиб, Қон зардобида иммунофермент ёки радиоиммун анализ ёрдамида ВГА га нисбатан иммуноглобулин М гуруҳига мансуб махсус антитаначаларни (анти-ВГА Ig-M) аниқлаш ҳисобланади.

Вирусли гепатит В (ВГВ). Беморлар анамнезида-қонқуйилганлиги, операцияларда турли препаратлар инъекцияси, тишларни даволаш. Цервикал канал, қинда вирус тўпланганда жинсий йўл билан юқиш эҳтимоли бор. ВГВ қўзғатувчиси – жуда чидамли бўлади, шунинг учун инструментларни жуда тозалаб ишлов бериш керак. ВГВ инфекциясининг манбаи бўлиб, касалликнинг турли шакли (ўткир, сурункали, шунингдек HBsAg «ташувчилар») бўлган беморлар ҳисобланадилар. Инкубация даври 6 ҳафтадан 6 ойгача. Сариқлик олди даври 14 кун. Бу даврда диспептик, тери тошмалари кўринишидаги аллергик ва артралгик ўзгаришлар намоён бўлади. ВГА га нисбатан ВГВда интоксикацияи сариқлик даврида кучлироқ бўлади. Ташхизни вирусли гепатитнинг юза антигенига (HBsAg) қўйилган реакциянинг мусбатлиги тасдиқлайди.

Клиникаси: гепатоспленомегалия, пешобнинг тўқ бўлиши, ахлатнинг оқариши, интенсив қичима, билирубин ва аминотрансферазаларнинг юқори кўрсатгичлари, протромбин ва сулема синамаларининг камайиши. Шуни таъкидлаш керакки, ВГА ва ВГВ ни клиник ва биокимёвий маълумотларга қараб ажратиб бўлмайди, бироқ ВГА одатда оғирроқ кечади, асоратлар бўлиш эҳтимоли ҳам бор – ўткир жигар етишмовчилиги. Ҳомиладорлардаги ВГА ҳомила учун ҳеч қандай хавф яратмайди (ВГА перинатал юқмайди), бироҚ ВГВ ҳомилани туғруқ вақтида ҳомиланинг териси орқали, ҳомила олди сувларини ютиш вақтида зарарлаши мумкин. Ҳомиланинг она қорнида зараланиши хавфи – 25-50%.

Ҳомиладорликни узайтиришга абсолют қарши кўрсатмалар бўлиб ҳисобланади: 1. Жигар етишмовчилиги (жигар функциясининг декомпенсацияси), бу 30 мг дан ортиқ дозада преднизалон билан даволашни талаб этади. 2. Ўта намоён бўлувчи холестаз. 3. Ўта намоён бўлувчи портал гипертензия. 4. Беморларда вирус репликацияси активлиги маркерларининг зардобда мавжудлиги.

Сурункали гепатит

Жигардаги диффуз полиэтиологик яллиғланиш жараёни бўлиб, 6 ой давомида ҳолатнинг яхшиланмаслиги билан давом этади, циррозга ўтиши ёки ўтмаслиги мумкин.

Шифокор тактикаси касалликнинг этиологик факторига ва босқичига боғлиқ: Токсик ва алкогол моддалар таъсирида – таъсир этувчи фактор бартараф қилинади, жараённинг активлик даражаси аниқланади (АЛТ, АСТ). Касалликнинг ремиссия босқичида ҳомиладорлар режа асосида ҳар триместрда госпитализация қилинадилар (жараённинг ўткирлашуви ва активлашувини олдини олиш ва ҳомила гипоксиясини даволаш мақсадида).

Ўткирлашув босқичида – режадан ташқари махсуслашган стационарларга госпитализация қилиш.

Режали профилактик госпитализация муддатлари:

10-12 ҳафталида тўлиқ клиник-лаборатор текширувлар ўтказиш ва ҳомиладорлик муддатини узайтириш масаласини ечиш учун. Умумий ҳолатни мустаҳкамловчи даволаш ўтказилади. 17-19 ҳафталида қайта текширув ўтказилади –

асоратларни олдини олиш учун, 26-28 ҳафталида қайта текширув ўтказилади – ҳамкор патологияларни ва ҳомиладорлик асоратларини даволаш учун, 37-38 ҳафталида туғруқгача тайёргарлик учун.

Ҳомиланинг зарарланишини олдини олиш мақсадида барча ҳомиладорлар ҳомиладорликнинг эрта ва 32 ҳафтали муддатларида HbsAg га текширилади. ВГВ нинг ўткир формасида ҳомиладорлар махсуслашган юқумли касалликлар стационарларида туғдирилади. ВГВ нинг сурункали формасида ва HbsAg ташувчи ҳомиладорлар туғруқхоналарнинг махсуслашган бўлимларида, қарши эпидемиологик тадбирларга риоя қилган ҳолда туғишлари керак.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатилиши барча вирусли гепатит шаклларининг ўткир босқичларида ман қилинади.

Ҳомила ташлаш хавфи туғилганда, ҳомиладорликни сақлабқолиш учун даволаш муолажалари ўтказилади. 12 ҳафтали муддатда ҳомиладор аёл хохишига кўра, сариқлик даври тугагандан сўнг, аборт қилиш мумкин. Бошқа ҳолатларда эса фақат ҳаётий кўрсатмаларга кўра: йўлдош кўчгандан кейинги қон кетиши, бачадон ёрилиши хавфи бўлганда. Ҳомилани кўтара олмаслик ҳолати 30% ҳомиладорларда кузатилади. Энг оғир асоратлар бўлиб оналар ўлими (эпидемия вақтида 17% гача етади), йўлдош туғилгандан кейинги ва туғруқдан кейинги даврдаги қон кетиш (3-5%) ҳисобланади. Қон кетиши, қоннинг ивиши ёки қон ивишини олдини олувчи системанинг компонентлари (гипокоагуляция, тромбопластик активлик) нинг бузилиши билан боғлиқ. Аниқланишича, ВГ нинг оғир кечишида ДВС-синдром ривожланиши мумкин, бунда геморрагияга гиперкоагуляция ҳам қўшилади.

ВГ ҳомила ва янги туғилган чақалоққа ҳам салбий таъсир этиши мумкин. Ҳужайраларда метаболитик реакцияларнинг емирилиши натижасида, йўлдошда морфологик ва ультраструктуравий ўзгаришлар вужудга келади, бу эса ўз навбатида фето-плацентар қон айланишининг бузилишига олиб келади. Натижада ҳомиланинг гипотрофияси ва гипоксияси, чақалоқ асфиксияси ривожланади. Муддатидан илгари туғилган чақалоқлар туғилишининг кескин ошиши, перинатал ўлимнинг кўтарилишига (10-15%) сабаб бўлади. Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ВГ билан касалланиш, ҳомиланинг зарарланишига (нуқсонлар, ривожланишнинг аномалиялари), ҳомиладорликнинг II- ва III- триместрида касалланса - ўлик чақалоқ туғилишига олиб келади. ВГ билан касалланган ҳомиладорлар доимий равишда акушер-гинеколог назоратида бўлишлари керак. ВГ нинг оғир шаклларида ҳомиладорликнинг спонтан тўхтатилиши, ВГ кечишини чуқурлаштиради, кома ва хаттоки, беморнинг ўлимига олиб келиши ҳам мумкин.

Даволаш: юқумли касалликлар шифохоналарида олиб борилади. ВГА нинг енгил шаклларида парҳез ва спазмолитик воситалар кифоя: НО-ШПА, баралгин, метацин, новокаин ва папаверинли свечалар. Ўрта оғирликдаги шаклларда – инфузион терапия (глюкозанинг 5% ли эритмаси - 500 мл, гемодез - 400 мл, альбуминнинг 5-10% эритмаси – 100-200 мл, эссенциале 10 мл дан бир суткада 2 мартадан, вена ичига), витаминлар. Ҳомиладорликнинг II- ва III- триместрида, ВГ нинг оғир шаклида, узоқ муддатли, вена ичига, томчилаб сульфат кислотали магнезиянинг 3% эритмаси юборилади. Жигар етишмовчилигида глюкокортикоидлар қўлланилади – преднизалон 60 мг дан суткасига 3-4 марта вена ичига, рибоксин 0,2 дан суткасига 4 марта, контрикал суткасига 100.000 Бир. дан вена ичига, дицинон 4-6 мл дан вена ичига, плазмофорез ўтказилади, фибриноген, плазма, эпсилон-аминокапрон кислотаси юборилади.

Зарарланган ҳомиладорларда туғруқ жараёнини амалга ошириш: ВГ ли аёллар махсуслашган туғруқхоналарда туғишлари керак. Шуни ёдда тутиш керакки, туғруқ вақтида аёлларда гепатит зўрайиши мумкин, шунинг учун кечиктирмасдан қон анализини текшириш лозим ва бу туғруқдан кейин бир ой ўтганда амалга оширилади. Беморларни кейинги даволаш режаси анализ натижаларига боғлиқ бўлади. Тегишли кўрсатмалар аниқланганда вирусга қарши терапия ўтказилади. Кўпинча ҳомиладорларда ва уларнинг қариндошларида эмизишни хавфи ҳақида саволлар қизиқтиради. Бутунжахон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига кўра, сурункали В ва С гепатити бўлган аёллар гўдакларини кўкрак сути билан боқишлари мумкин. Бунда кўкрак сўрғичларининг ва гўдак оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг бутунлигини кузатиш лозим. Шунингдек, шуни назарда тутиш керакки, онанинг ВГС га қарши антитаначалари йўлдошдан ҳомила қонига ўтган бўлиб, чақалоқ конида туғилгандан кейин ва 6-12 ойгача аниқланади. Агар бола вирус билан зарарланмаса (95% ҳолатда), 1 ёшгача ушбу антитаначалар қондан йўқолади ва бундай болалар соғлом деб ҳисобланадилар ва кейинчалик инфекционист назоратида бўлишлари шарт эмас. Агар вирус билан зарарланса (5% ҳолатда), қонда махсус антитаначалар болалик ва ундан каттароқ даврларда аниқланиш давом этади (бу энди она антитаначалари эмас), уларнинг мавжудлиги қондан ВГВ РНК сининг ажралиши ва жигар ферментлари активлигининг ошиши билан бирга кечади. Контрацепция усулларидан энг қулайи бачадон ичи воситалари.

Профилактика: касалликнинг профилактикаси умумсанитар тадбирларни ўтказиш, касалликни барвақт аниқлаш ва беморларни изоляциялаш, ўчоқларни дезинфекция қилиш, беморлар билан охирги 1-1,5 ой мобайнида алоҚада бўлган шахсларни назоратга олиш, донорларни яхшилаб текширувдан ўтказиш, инструментларни стериллаш, шахсий гигиенага риоя қилишдан иборат. ВГ га шубҳаланганда қуйидаги эпидемиологик тадбирлар ўтказилади: - беморни алоҳида палатага олиш;

- идиш ва индивидуал инструментларни ажратиш;

- инфекционист шифокорини чақиртириш;

- қуйидаги лаборатор анализларни ўтказиш: ўт пигментлари ва уробилинни аниқлаш учун пешоб анализи, HbsAg, билирубин, умумий оқсил ва оқсил фракцияларини, протромбин вақти ва протромбин индекси, аланинаминотрансферазани, ишқорий фосфотазани, холестеринни аниқлаш учун қон анализи.

Ташҳис тасдиқлангач, бемор махсуслашган стационарга ўтказилади. ВГ ва унинг асоратлари (жигар комаси, жигар циррози) она ва ҳомила учун жиддий хавф яратади. Шунинг учун, гепатитда муҳим масалалардан бири бўлиб, профилактик тадбирларни ўтказиш ҳисобланади. Улар қуйидагилардан иборат:

- касалликнинг сариқлик ва айниқса сариқликгача бўлган даврдаги беморларни актив аниқлаш ва изоляция қилиш;

- ВГ билан алоқада бўлган ҳомиладорлар ва туққан аёлларни назоратга олиш ва кузатиш – ВГА да беморни изоляция қилгандан сўнг 45 кун мобайнида, ВГВ да 3 ойгача, ҳар 15-20 кунда HbsAg, билирубин ва аланинаминотрансфераза активлигига қон анализини текшириш;

- Контакдаги беморларга зардоб полиглобулини ёки гамма-глобулин юборилади;

- Тиббий муассасаларда бир мартали шприцлар қўллаш ва инструментларни яхшилаб тозалаш;

- Ҳомиладорларни ҳомиладорликнинг турли даврларида жигарнинг сурункали вирусли касалликларини ва HbsAg ташувчиларни аниқлаш учун текширувдан ўтказиш;

- Қон қуйишни фақат заруратли кўрсатмаларда ўтказиш;

- Неонатал гепатитни олдини олиш мақсадида, гипериммун гамма-глобулин ва вакцина (янги туғилган чақалоққа 1- сутка мобайнида мушак ичига, иккинчи инъекцияси бир ойдан сўнг) қўлланилади;

- Туғруқ жараёнида – чақалоқнинг туалетига нисбатан чоралар;

- Гепатитнинг ўткир даврида ҳомиладорликни тўхтатмаслик;

- Ҳомиладорларга жигар функциясига салбий таъсир кўрсатувчи воситаларни (тетрациклин қаторига мансуб антибиотиклар гуруҳи) юбормаслик.

Постстационар кузатув

Туғруқхонадан чиққан гепатит билан касалланган аёллар, СВП (санитария шифокорлар пункти) шифокорининг диспансер назоратида бўлиши керак. Туғруқдан кейинги давр мобайнида қоннинг биокимёвий анализи, қоннинг клиник анализи, ўт пигментлари ва уробилинни аниқлаш учун пешоб анализи, HbsAg, билирубин, умумий оқсил ва оқсил фракцияларини, протромбин вақти ва протромбин индекси, аланинаминотрансферазани, ишқорий фосфотазани, холестеринни аниқлаш учун қон анализи. Контрацептив усуллардан энг қулайи ВМС, тўсиқ усуллари. Албатта ҳомиладорлик орасидаги интервални (3-4 йил) сақлаш лозим, касалликнинг ўткирлашуви орасида эса 2 ва ундан ортиқ йилгача.

Дарсда кулланиладиган инновацион технология усуллари:

-талабалар эътиборини жамлаш учун фикрлаш машки

-интерактив уйин («курра тортиш», саволли каптокча»)

-бахс - мунозара

-кичик гурухда ишлаш

-ситуацион масала ечиш

1-илова.

Талабаларга мевалар шаклидаги карточкалар тарқатилиб, уларга талабалар 15-20 дақиқа давомида ушбу мавзуга оид ўзларини қизиқтирган саволларни ёзадилар. Бу карточкаларни ФК – билимлар дарахтига ёпиштириб қўядилар. Мавзуни эшитиб бўлгач, улар ўз саволларига ўзлари жавоб беради.

.Мавзуни мустахкамлаш учун савол ва жавоблар:

1. КД да стационарга ётқизиш муддатлари:
1. марта 12 хафтагача, 2-марта 20-24 хафталарда, хамда хомиладорлик кечишида узгаришлар кузатилганда, 3- марта 34-36 хафталарда.

2. КД билан касалланган хомиладорларда хомила нобуд булишини олдини олиш учун кандай текширувлар утказилади: стрессиз тест, хомила биофизик профилини аниклаш, хомилада дистресс белгилари.
3. Стрессиз тестини неча марта утказиш мумкин: хафтасига бир неча марта.
4. Хомила соглом булганда стрессиз тест жавоби: мусбат.
5. Хомила биофизик профилини нималар асосида аникланади:
6. а) стрессиз тест; б) хомилада нафас олишга ухшаш харакатлар килиш; в) хомила тонуси; г) хомилада спонтан характлар булиши; д) амниотик суюклик микдори.
7. Хомилада дистресс белгиларини кайси текширишлар оркали аниклаш мумкин: стрессиз тестининг манфий натижаси, кискарувчи стрессс тести мусбат булиши, биофизик профилининг нуксонли булиши, инсулинга талаб камайиши.
8. ВГ диагностика килиш усуллари: шикоятлари, эпидемиологик анамнез, клиник курик, конда биохимик курсаткичларни текшириш.
9. ВГ аникланганда УАШ тактикаси: юкумли касалликлар шифохонасига зудлик билан ёткизиш ёки ВГ ли хомиладорлар учун булимга.
10. СГ стационарга ёткизиш муддатлари.
1-марта стационарга ёткизиш: 10-12 хафталигида клиник

2-марта стационарга ёткизиш: 17-19 хафталигида

3-марта стационарга ёткизиш: 26-28 хафталигида

4-Марта стационарга ёткизиш: 37-38 хафталигида

4.2. Аналитикқисм

1-масала

Аёллар маслаҳатхонасига ҳомиладорлик муддати 24 ҳафтали бўлган аёл мурожаат қилди, унинг шикоятлари қуйидагилардан иборат: 7 кун давомида тери қопламларининг сарғайганлиги, енгил тери қичимаси. Охирги 2 ҳафта давомида эса ҳолсизланиш, уйқу босиш, иштаҳанинг пасайиши, чарчаш. Охирги 3 кунда пешобнинг тўқариши ва кўпчиши, ахлатнинг оқариши кузатилган. Анамнездан шу аниқ бўлдики, аёл охирги 3 ой ичида стоматолог ҳузурида даволанган. Кўрикдан ўтказилганда- тери юзаси, кўз склераси, қаттиқ танглайнинг сарғайганлиги аниқланди. Бачадон овоид шаклда, нормотонусда, ҳомила ҳолати бўйлама, бошчаси билан олдинда, ҳомила юрак уриши тиниқ, ритмик, минутига 130 марта. Жинсий йўллардан ажралмалар йўқ.

Саволлар:

1. Диагноз.
2. УАШ тактикаси.

Жавоблар:

1. Ҳомиладорликнинг 28 ҳафтаси. Вирусли гепати «В» га шубҳаланиш.
2. Ташҳис учун қоннинг биокимёвий анализини ўтказиш, қонни вирусли инфекция маркерларининг: HbsAg, HA-Ag, анти - HAV IgM, РНК -HCV мавжудлигига текшириш. Касаллик тасдиқланганда юқумли касалликлар шифохонасига ёки ВГли ҳомиладорлар учун махсуслаштирилган бўлимларга тезкор госпитализация қилиш.

2-масала

20 ёшли биринчи марта туғаётган аёл ҳомиладорликнинг 29 ҳафтасида. Аёл чанқаш, иштаҳанинг ошиши, полиурия, полидепсияга шикоят қилди. Анамнезда яқин қариндошларда қандли диабет.

Саволлар:

1. Диагноз.

2. УАШ тактикаси.

Жавоблар:

Хомиладорликнинг 28 ҳафтаси. Гестацион қандли диабетга шубҳаланиш.

3. Қонда ва пешобда қанд миқдорини аниқлаш. Қанднинг юқори миқдорида эндокринолог билан биргаликда инсулинотерапия ва рационал парҳез билан даволаш, гестацион даврнинг кечишини кузатиш, ҳомиладорлик асоратларини олдини олиш ва даволаш, туғруқ муддатини ва усулини танлаш, адекват реанимацион тадбирларни ўтказиш ва янги туғилган чақалоқларни парваришлаш, кейинчалик қандли диабети бўлган бемор оналарнинг авлодларини кузатиш.

Тестлар:

1. Жигарнинг ҳомиладорлик билан боғлиқ тез-тез учрайдиган касаллиги:
А) Вирусли гепатит А

Б) Ўткир ёғли гепатоз

В) Холицистит

Г) Вирусли гепатит В

Д) Холестатик гепатоз*

2. Ҳомиладорликда вирусли гепатитнинг ташҳисловчи клиник ва лаборатор мезонлари:

А) Сутканинг хохлаган вақтида қусиш ва кўнгил айниши

Б) Тана ҳароратининг кўтарилиши, кўпинча эт увишиши билан

В) Сариқлик пайдо бўлиши, пешобнинг тўқариши

Г) Гипербилирубинемия, қонда АЛТ ва АСТ кўрсатгичларининг кўтарилиши

Д) Барчаси*

3. Ҳомиладорларда вирусли гепатитнинг ўткир шаклида ҳомиладорликни сақлаш масаласи қуйидагича ҳал бўлиши керак:

А) Ҳомиладорликни муддатидан қатъий назар тўхтатиш

Б) Ҳомиладорликни гепатитнинг оғирлиги даражасига кўра тўхтатиш

В) Ҳомиладорликни ўтказилган даволашнинг самараси бўлмаганда тўхтатиш

Г) Ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатмалар йўқ

Д) А ва В тўғри*

4. Ҳомиладорларда диагнозда вирусли гепатит аниқланганда кўрсатилган:

А) Симптоматик даволаш

Б) Режали кесар кесиш

В) Тезкор кесар кесиш

Г) Симптоматик даволашдан кейин табиий туғиш йўлларидан туғиш*

Д) Тезкор туғруқни қўзғатиш

5. Вирусли гепатитдаги ҳомиладорликнинг ва туғруқнинг асоратлари:

А) Жигар етишмовчилигининг ривожланиши

Б) Ҳомиланинг она қорнида зарарланиши

В) Ҳомиланинг нобуд бўлиши

Г) Туғруқнинг учинчи даврида ва туғруқдан кейинги эрта даврда, ДВС –синдром ривожланиши билан қон кетиши

Д) Барчаси*

6. Ҳомиладор аёлга вирусли гепатит ташҳиси қўйилгандаги кўрсатмалар:

А) Симптоматик терапия

Б) Режали кесарево операцияси

В) Амниотомия қилиб туғруқни қўзғатиш ва табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб бориш

Г) Касалликнинг ўткир босқичини сўндириб, туғруқни олиб бориш*

Д) Сақлаб қолувчи терапия ва симптоматик даволаш

7. Ҳомиладорларнинг ўткир ёғли гепатозида кўрсатилган:

А) Симптоматик терапия

Б) Режали кесар кесиш

В) Тезкор кесар кесиш*

Г) Амниотомия қилиб туғруқни қўзғатиш ва табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб бориш

Д) Сақлабқолувчи терапия ва симптоматик даволаш

8. Ҳомиладорларда қандли диабет ҳолатида, диабетни етарлича компенсацияловчи кўрсатгич бўлиб, глюкозанинг қондаги миқдори қуйидаги чегараларда бўлса, сақланади:

А) 4,4-6,6 ммоль/л.*

Б) 2,2-4,5 ммоль/л.В) 4,4-9,7 ммоль/л.

Г) 7,4-10,5 ммоль/л.Д) 10,5 ммоль/л. ва ундан юкори

9. Энг оғир вирусли гепатит кечади:

А) I триместрда

Б) II триместрда

В) III триместрда*

Г) Туғруқдан кейинги даврда

10. Ҳомиладорларда қандли диабет ҳолатида, туғруқдан кейинги даврда қайси кнтрацептив усул энг Қулай:

А) КОК

Б) БИВ*

В) ЧПКГ) Тўсиқ усули

Д) Табиий контрацепция

11. Ҳомиладорларда вирусли гепатит В нинг кечишидаги хусусиятлар:
А) Узоқроқ давом этувчи инкубация даври *

Б) Интоксикациянинг яққоллиги*

В) А/Б кўтарилиши

Г) АСТ ва АЛТ кўрсатгичларининг ўта кўтарилиши*

Г) СОЭ нинг пасайишиД) Барчаси

12.Ҳомиладорларда вирусли гепатит қуйидагилар билан асоратланади:
А) Буйрак етишмовчилиги*

Б) Яққол портал гипотония

В) Кетоацидоз

Г) Яққол холестаз*

Д) жигарнинг ўткир кенг некрози*

Е) Б ва В тўғри

13.Ҳомиладорликнинг қандли диабетга таъсири қуйидагиларда маълум бўлади:
А) Глюкозага толерантликнинг пасайиши*

Б) Инсулинга сезувчанликнинг ошиши

В) Инсулин парчаланишининг тезлашиши*

Г) Қонда эркин ёғ кислоталари циркуляциясининг ошиши*

Д) Буйраклардан глюкозани чиқариш бўсағасининг кўтарилиши

Е) Йўлдош гормонал активлигининг пастлиги

14.Ҳомиладорларда транзитор қандли диабет характерланади:

А) Глюкозага толерантликнинг бузилиши биринчи марта ҳомиладорликда ҳосил бўлади*

Б) Диабет белгилари туғруқдан сўнг йўқолади*

В) Диабетнинг тикланиши қайта ҳомиладорликда бўлиши мумкин*

Г) А ва Б жавоблар

Д) Тўғри жавоб йўк

15. Вирусли гепатит учун характерли кўрсатгичлар:
А) Тимол синамасининг пасайиши

Б) Гипербилирубинемия, диспротеинемия*

В) Трансаминазалар активлигининг ошиши*

Г) Нейтрофил лейкоцитоз*

Д) Гипорбилирубинемия

Е) СОЭ нинг пасайиши

16.Вирусли гепатит В да ҳомиладорлик ва туғруқ кўпинча қуйидагилар билан асоратланади:
А) Туғруқнинг сустлиги*

Б) Ҳомиладорлик муддатидан ўтиш

В) ҳомиланинг интранатал зарарланиши*

Г) Учинчи ва туғрукдан кейинги эрта даврда қон кетиши*

Д) Туғруқ йўлларининг жароҳатланиши

Е) Йўлдошнинг нотўғри жойлашиши

17.Қандли диабет учун қайси клиник белги характерли эмас:
А) Гипергликемия

Б) ГлюкозурияВ) Полидипсия

Д) Гипогликемия*

Е) Гематурия*

18.Ҳомиладорликни сақлашга қарши кўрсатмалар:
А) Ота ва онада қандли диабет*

Б) Кетоацидозга мойил диабетнинг инсулинрезистент ва ўзгарувчан шакллари*

В) Йирик ҳомила туғиш

Г) Диабет ва комбинацияланган юрак нуқсонларининг бирга кечиши ва қуйидаги етишмовчиликлар бўлса: қон айланиши, актив ревматизм, туберкулёз, гломерулонефрит, ирсий касалликлар, ҳомиладорликнинг резус-конфликти*

Д) Яқин қариндошларда диабет*

Е) Салбий акушерлик анамнези

19. Ҳомиладорликда вирусли гепатитнинг ташҳисловчи клиник ва лаборатор мезонлари:

А) Сутканинг хохлаган вақтида қусиш ва кўнгил айниши*

Б) Тана ҳароратининг кўтарилиши, кўпинча эт увишиши ва юкори эпигастрал сохасида огрик

В) Сариқлик пайдо бўлиши, пешобнинг тўқариши*

Г) Жавоб: А,Б.

Д) Гипербилирубинемия, қонда АЛТ ва АСТ кўрсатгичларининг кўтарилиши*

20.ВГ га шубҳаланганда қуйидаги қуйидаги лаборатор анализлар ўтказилади:

А) Билирубинни аниқлаш учун қон анализи*.

Б) Глюкозурия

В)Протромбин вақти ва протромбин индексинианиқлаш учун қон анализи*

Г) Пешобни Зимницкий буйича синама утказиш

Д)ўт пигментлари ва уробилинни аниқлаш учун пешоб анализи*

Е) Гематурия

4.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар рўйхати

1. Хомиладорлик ва тугрук муддатини аниклаш
2. Хомиланинг тахминий вазнини аниклаш
3. Она ва хомила учун хавф омилларини аниклаш
4. Ташки акушерлик куриги
5. Тазомер ёрдамида чанок суягининг улчамларини улчаш.
6. Хомиланинг юрак уришини стетаскоп ёрдамида эшитиш.

(амалий кўникмалар ўқув қўлланмаси иловасига қаранг)

7. Назорат учун саволлар:

1. Қандли диабетда ҳомиладорлик муддатини узайтиришга қарши кўрсатмалар.
2. Ҳомиладорлик вақтида қандли диабет билан касалланган беморларда қандай акушерлик асоратлар бўлиши мумкин?
3. Қандли диабетда ҳомиладорликнинг қайси муддатида ҳомиладорларни стационарга госпитализация қилиш лозим?
4. Диабетда ҳомиладорлик ва туғруқнинг прогнози.
5. ВГ да ҳомиладорликни тўхтатиш ёки муддатини узайтиришга кўрсатмалар.
6. ВГ бўлган ҳомиладорларни даволаш ва олиб бориш.
7. ВГ га шубҳаланганда қандай эпидемиологик тадбирлар ўтказилади?
8. Вирусли гепатининг асоратлари.
9. ВГ да профилактик тадбирларни санаб беринг.
10. ВГ ли ҳомиладорларни стационарларга госпитализация қилиш муддатлари.

Мавзу№12: Юрак қон-томир касаллиги ва ҳомиладорлик. Олиб бориш. Акушерлик тактикаси

2. Таълим бериш технологияси (амалий машғулот)

Вақт: 240 дакика	Талабалар сони:10
Машгулот утказиш жойи	Поликлиника, аудитория, кабул булими
Ўқув машғулотининг тузилиши	1.Кириш кисм.. 2. Назарий кисм 3.Амалий кисм - беморлар курацияси -амалий кункмалар алгоритми 4. Аналитик кисм: - вазиятли масалаларлар -тест -органайзер
Ўқув машғулоти мақсади: УАШ талабаларини акушер – гинеколог шифокор билан биргаликда ЮҚТ тизими касаллиги булган хомиладорларни гестацион давр динамикасида текшириш ва олиб боришга ургатиш. ЮҚТ тизими касалликлари булган хомиладорларда патологиянинг клиник кечиши, олиб бориш йуллари, окибати, ва олдини олиш буйича билимларини шакллантириш, уларда ташхис утказиш, таккослама ташхислаш, уз вактида госпитализация килиш асослари буйича билим ва махоратларни ишлаб чикиш.Тугрукдан кейинги даврда контрацепция усуллари буйича маслахат утказиш буйича билимларини шакллантириш.	
***Ўқув фаолияти натижалари*:** 1. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорлар организмида бўладиган ўзгаришлар, клиникаси ва ҳомиладорликининг натижаси, ҳомиланинг ҳолати ҳақида танишиш. 2. ЮҚТ тизими касалликлари билан ҳомиладорларда кўп кузатиладиган акушерлик асоратларини тушунтириш. **3.** ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни амбулатор ва стационар даволаш мезонларини аниклашни курсатиш. **4.** Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни клиник текширишдан ўтказиш мезонларини ургатиш. 5. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларнинг ҳолатини баҳолаш ва кейинги тактикасини ишлаб чиқиш. 6. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни госпитализация қилиш мезонларини аниқлаш. 7. Ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини баҳолаш (УТТ, КТГ). **8.** ЮҚТ тизими касалликлари бўлган	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим:** **1.** ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорлар организмида бўладиган ўзгаришлар, клиникаси ва ҳомиладорликининг натижаси, ҳомиланинг ҳолати ҳақида. 2. ЮҚТ тизими касалликлари билан ҳомиладорларда кўп кузатиладиган акушерлик асоратлари. 3. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни амбулатор ва стационар даволаш мезонлари. **УАШ бажара олиши лозим:** **1.** Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни клиник текширишдан ўтказиш. 2. Клиник ташхисни қўйиш ва асослаш 3. Амбулатор даволаш самарадорлигини баҳолаш. 4. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларнинг ҳолатини баҳолаш ва кейинги тактикасини ишлаб чиқиш. 5. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни олиб боришнинг комплекс йўлларини ишлаб чиқиш. 6. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни госпитализация қилиш мезонларини аниқлаш. 7. Ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини баҳолаш (УТТ, КТГ). 8. ЮҚТ тизими касалликлари бўлган ҳомиладорларни

ҳомиладорларни лаборатор ва инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш.	лаборатор ва инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш.
Таълим усуллари	Дискуссия, суҳбат, амалий иш усули, , таълимий ўйин «Ақлий ҳужум», органайзер
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш,якка тартибли
Таълим воситалари	Укув кулланмалар, укув материаллар, Доска-стенд, флипчарт, кулкоплар, индивидуал химоя воситалари, глицерин, спирт, назорат саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, амалий куникмаларни бажариш алгоритми
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув, блиц сўров, тест, вазиятли масалаларни ечиш, амалий куникмалар демонстрацияси, бахо

Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Давомий-лиги
1.	Уќитувчининг кириш сўзи. Мавзуни асослаш		10
2	Уйга топшириқни тортишув шаклида муҳокама қилиш “Ақлий ҳужум” усули	Сўров, тушунтириш, (назорат саволлари)	50
3.	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топширик бериш. Топшириклари бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация	Хомиладорларни кабул килиш, курикдан утказиш (илова №1)	60
4.	Талабаларни машгулотнинг амалий кисмини укитувчи ёрдамида эгаллаши (дарслик кулланмасидаги амалий	Тугрук тарихини урганиш, клиник-вазиятли масалалар	60

	куникмалар иловасига каранг)	ечиш Илова №2,	
Танаффус			30
4.	Талабаларнинг узлаштирган назарий билимларини ва Амалий иш натижаларини мухокама килиш, мустахкамлаш ва машгулот максадига эришилганлик даражасини хисобган олган холда гурух фаолиятини бахолаш	Огзаки сураш, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш (Илова №3)	20
6.	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун вазифа бериш (саволлар тупламига каранг)	Ахборот, мустакил тайёрланиш учун саволлар	10
Жами			240

Фанлараро ва фан ичидаги богликлик

Купчилик касалликлар (юрак – томир, эндокрин тизими, буйрак, жигар касалликлари, модда алмашуви бузилишлари ва х.к.) гипертензив холатлар ривожланиш хавфини юзага келтиради; бу эса мазкур мавзунинг турли тиббиёт фанлари (ички касалликлар, кардиология, ревматология, реанимация ва анестезология, клиник фамакология, биохимия, патфизиология ва патанатомия) билан якиндан богликлигини ва илмий ишларни бажаришда ахамиятини таъкидлайди. Шу билан бирга ЭГК турли акушерлик асоратларига (гиперетензив бузилишлар, эрта туғруқлар, хомила тушиши, ФПН, ХСИГ,ХРОКС ва бошқ.) сабаб булади. Мазкур муносабатларни чукур урганиш талабаларнинг клиник ва мантикий фикрлаш кобилиятини устиради.

2. Мотивация

Оналар ва перинатал ўлимини, юрак – кон томир (ЮКТ) касалликлари булган аёлларда хомиладорлик, тугрук ва чилла давринининг кечиш асоратларини камайтириш максадида УАШ уз вактида ташхис куйиш, текшириш ва хомиладорликни давом эттириш масаласини аниклаш учун йуллаш, юрак нуксонлари, гипертоник касаллик ва ревматизм билан хомиладорларни режали ва шошилинч госпитализация килиш муддатларини аниклашни билиши шарт.

3. Назарий кисм

0,5- 4,7 % ҳомиладорларда юрак касалликлари учрайди. Оналар ўлими структурасида эса бу патология 0.7 - 7% ни ташкил қилади. Онада юрак - томир касалликлари бўлганда болалар ўлимининг содир бўлиши - 3 -9% га, кўп ҳолларда эса - 10 - 30% га, ҳилпилловчи аритмия мавжуд бўлганда эса - 50% га етади.

Ҳомиладорликнинг асоратли кечишига сабаб бўладиган юрак - томир касалликларига асосан ревматизм, юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари (пороклари) магистрал қон томирлари ривожланиш аномалиялари, миокард касалликлари, юрак ритмининг бузилиши ва операция қилинган юрак киритилади.

Юрак нуқсонлари.

Орттирилган ва туғма юрак нуқсонлари бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ оқибати қуйидаги омиллар билан белгиланади.

1. Нуқсоннинг тури
2. Юрак нуқсонига олиб келган юрак етишмовчилиги даражаси ва ревматик жараённинг активлик даражаси.

Орттирилган ревматик юрак нуқсонлари.

Орттирилган юрак нуқсонлари ҳомиладорларнинг 7-8% ида учрайди. Орттирилган юрак нуқсонларида ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари қуйидаги омилларга боғлиқ:

- ревматик жараённинг активлиги,
- нуқсоннинг ривожланиш тури ва босқичи,
- қон айланиш етишмовчилиги компенсацияси ва декомпенсацияси.
- ўпка гипертензияси даражаси
- юрак ритмининг бузилиши
- акушерлик патологиясининг қўшилиши.

Ушбу омиллар ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларда акушерлик тактикасини танлашни белгилайди.Ҳомиладорлик даврида ревматик жараённинг активлик даражасини аниқлаш зарур, бу ҳолат акушерлик тактикасини белгилашга, ҳомиладорликни сақлаш ёки тўхтатиш муаммосини ҳал қилади.

Ревматик жараённинг хавфли даврлари ҳомиладорликнинг илк вақтларига – 14 ҳафтагача, 20-32 ҳафта ва туғруқдан кейинги вақтга тўғри келади.

Актив ревматик жараён фонида ҳомиладорликнинг кечиши хавфли.Шунинг учун ҳомиладорликни илк даврларида тўхтатиш (сунъий аборт), ҳомиладорликнинг кечки даврларида муддатидан олдин туғдириш ва ревматизмга қарши даволаш зарур.УАШ тактикаси ревматизм активлик жараёни аниқланганда стационарга йўлланма бериш.Анамнезида охириги 2 йил давомимда ревматизм активлик жараёни бўлган аёлларни юқори хавф гуруҳига киритиш.

Чап бўлмача-қоринча орасидаги тирқишнинг торайиши (митрал стеноз)

Митрал стенози бўлган 85% ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик юрак етишмовчилиги (ҳансираш, тахикардия, аритмия) билан кечади. Бу белгилар кўпрок ҳомиладорликнинг 12-20 ҳафталарида намоён бўлади. Гемодинамик ўзгаришлар қайта тикланиши туғруқдан 2 ҳафтадан сўнг бошланади. Ҳомиладорликнинг олиб борилиши митрал клапаннинг торайиш даражасига боғлиқ. Митрал клапаннинг 1 даражали торайишида юрак қисқариш ритми бузилмаган ҳолатларида, ревматизм хуружи бўлмаганда ҳомиладорликни давом эттириш мумкин.

Кучли ифодаланган митрал стенозда (2-3 даража) бўлмача-қоринча орасидаги тирқишнинг диаметри 1.5см ва ундан кам бўлган ҳолатларда ҳомиладорлик қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. 2 ва 3 даражали торайишда юрак етишмовчилиги: тахикардия, нафас олишнинг тезлашиши, ўпкада димланган хириллашлар, қон тупуришлар кузатилади. Бу ҳолатларда ҳомиладорлик аниқланган даврда тўхтатиш ва кейин комиссуротомияни тавсия қилиш керак. Агарда ҳомиладор аёл ҳомиладорликни давом эттиришни катъий талаб қилса, ҳомиладорлик даврида комиссуротомия операциясини ўтказган холда ҳомиладорликни давом эттириш мумкин.

Митрал етишмовчилик. Ушбу патологик жараёнда ҳомиладорлик деярли асоратсиз кечади. Кучли ифодаланган митрал етишмовчилигида чап қоринча хажмининг катталашганида ҳомиладорлик оғир кечиб, чап қоринчанинг ўткир етишмовчилиги билан асоратланиши мумкин. Бунда аёлларда ҳомиладорликнинг илк даврларида юрак етишмовчилигининг бошланиши ва унинг кучайиши хамда гипертензив синдромнинг қўшилиши кузатилади. Бу ҳолат ҳомиладорликни давом эттиришга нисбий кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Қўшилиб келган юрак нуқсонлари. Қўшилиб келган юрак нуқсонлари- юрак фаолияти декомпенсацияси билан келганда ҳомиладорликка қарши кўрсатма ҳисобланади.

Аортал стеноз - ҳомиладор аёлларда орттирилган юрак пороклари ичида алоҳида ахамиятга эга. Ҳомиладорлик ва туғруққа йўл қўйилади, қачонки чап қоринча гипертрофияси белгилари ва қон айланиш етишмовчилиги кучли намоён бўлмаган ҳолатларда, лекин порок компенсацияси чап қоринча гипертрофия ҳисобига юзага келади. Аортал стеноз оғир кечаётганда хирургик муолажа бажарилиши мумкин бўлган холларда ҳомиладорликнинг давом эттириш амалиётдан кейин рухсат берилади.

Аортал етишмовчилик. Аортал етишмовчилик аортал стенозга нисбатан енгил кечади. Чунки бу ҳолларда компенсация даври узоқ вақт сақланиб туради. Аммо ҳомиладорлик даврида гемодинамиканинг бузилиши, гипертензив синдромнинг қўшилиши натижасида аортал етишмовчиликнинг оғир кечишига олиб келади. Аортал пороги бор беморларда ҳомиладорлик ва туғруқни физиологик туғруқ йўлларидан олиб бориш факатгина кон айланишнинг компенсация ҳолатларида мумкин. Декомпенсация симптомлари ривожланиши ҳомиладорликка қарши кўрсатма ҳисобланади.

Туға юрак нуқсонлари

Юрак қон томир тизимининг 50 дан ортик нуқсонлари бўлиб, буларан 15-20 турида касаллар репродуктив ёшгача яшайди. Якин вақтларгача туғма нуқсонлари бор аёлларга ҳомиладорлик ва туғруқ катъиян ман қилинган. Хозиргача тўпланган кўп йиллик тажрибаларга асосланиб ҳомиладорлик қуйидаги касалликларда ижобий якунланиши мумкин.

-ўпка артериясининг кучли ифодаланмаган торайиши;

-юракнинг ўнг бўлмачасининг катта бўлмаган зўриқиши;

-аортанинг биринчи даражали коарктациясида (қон босими бир маромда 160/90 мм.сим.уст.);

-юрак мускулидаги нуқсоннинг қоринчалараро тўсиқдан пастда жойлашганда;

-бўлмачалараро тўсиқнинг чегараланган дефектида.

Қоринчалараро тўсиқ дефекти юқори соҳаларда жойлашган туғма нуқсонларда, ўтувчи цианоз ҳолатларда ҳомиладорликка йўл қўймаслик зарур.

Ўпка артериясининг кучли ифодаланган стенозида, юрак тўсиғининг катта дефектида, аортанинг 2 ва 3 даражали коарктациясида (АКБ 160/100 ва ундан юқори), «Кўк пороклар» да ҳомиладорлик ва туғруқ катта хавф туғдиради. **Гипертрофик кардиомиопатия**- чап қоринча миокарди гипертрофияси билан тавсифланади.

Систола пайтида гипертрофияга учраган чап қоринча деворлари бир - бирига яқинлашади ва чиқарув йўли тешигини беркитиб қўяди. Юк ортгандан олдин ва кейин кичрайиши, хамда миокард қисқарувчанлигининг ортиши оқибатида чап қоринча бўшлиғида ва чиқарув йўли орасида босим градиентининг ортишига олиб келади, бу эса берқилиши даражасини кўпайтиради. Ҳомиладорлик даврида аҳволнинг ёмонлашуви кузатилмайди, чунки умумий қон томир қаршилигининг пасайиши ОЦК ортиши билан компенсацияланади.

Касаллик наслий бўлиб, юқори пенетрантликдаги аутосом - доминант типда наслдан - наслга ўтади. Гипертрофик кардиомиопатия билан чакалок тугилиш **х**авфи 50%га етади. Ҳомиладорликни бошқаришда гиповолемия профилактикасиниўтказиш лозим (бетта -адреностимуляторлар ва бошка шу таъсирга эга бўлган воситаларни кўллаш қатъиян ман этилади)

Юрак ишемиккасаллиги - ҳомиладорларда кам учрайди. Бироқ замонавий репродуктивтехнологияларнинг ривожланиши билан, хусусан сунъий уруғлантириш окибатида, катта ёшдаги ҳомиладорларсони ортиб колди. Шу сабабли касалликнинг учраши кўпроқ кузатилмоқда. Ҳомиладорлик вақтида даво муолажаларини юрак сиғимининг ортишига йўл кўймасликка қаратилган. Қатъий ётоқ режими буюрилади. Туғруқлар оғриқсизлантириш билан бошқарилади.

Юрак пороклари бор ҳомиладорларда ҳомиладорликнинг кечиши хавф гуруҳлари таснифи:

1-даража Юрак етишмовчилиги ва ревматизм хуруж белгилари суст бўлган юрак нуқсонлари билан ҳомиладорлик

2-даража. Юрак етишмовчилиги Билан бирга хансираш, тахикардия, ревматизмнинг актив фаза белгилари борлиги, (Нестеров А.И. буйича А1 даража) ва юрак нуқсонлари бўлган ҳомиладорлик.

3-даража. Ўнг қоринча етишмовчилик белгилари ревматизм актив фазаси (АП) хилпилловчи аритмия, ўпка гипертензияси бўлган юрак нуқсони бор ҳомиладорлик.

4-даража. Чап қоринча етишмовчилиги ва хилпилловчи аритмия, ўпка гипертензияси тромбоэмболик куринишлар билан юрак нуқсонларидаги ҳомиладорлик.

Ушбу таснифга асосланиб 1 ва 2 даражали хавф гуруҳларида бемор кардиолог ва акушер-гинеколог назорати остида 3 марталик касалхонада даво чораларини олган холларда ҳомиладорлик давом эттирилиши мумкин.

Юрак нуқсони бўлган ҳомиладорларда кузатиладиган асоратлар:

- Ҳомиланинг ривожланишдан оркада колиши
- Эрта туғруқлар, ҳомила тушиши, юқори перинатал ўлим ва касалланиш
- Фетоплацентар етишмовчилик
- Ҳомиланинг сурункали димикиши
- Ҳомилада юрак туғма нуқсони ривожланши
- Нормал жойлашган йўлдошнинг муддатидан олдик кучиши
- Ҳомиланинг она ичида ривожланишдан оркада колиш

УАШ тактикаси:

- Ташхис қуйиш ва ҳомиладорликни давом эттириш масаласини хал қилиш учун касалхонага ётказилади.

- Дастлабки госпитализация ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасигача ташхис қуйиш ва ҳомиладорликни давом эттириш масаласини хал қилиш учун
- Навбатдаги госпитализация ҳомиладорликнинг 28-32 ҳафта ичида ҳомиладорликни давом эттириш масаласини хал қилиш ва антиревматик кардиологик, шунингдек бачадон йўлдош кон айланишини яхшилаш учун даволашни ўтказиш
- Якуний госпитализация 37-38 ҳафтада даволаш хамда туғруқни туғруқни олиб бориш услубини танлашдан иборат
- Гемодинамиканинг туғруқдан кейинги кайта тикланиши биринчи 48с ичида содир бўлади. Чилла даврида чап, ўнг ёки тотал юрак етишмовчилиги,ўпка артерияси тромбоэмболияси, коллапс, ревматик жараённинг кузиши, йирингли яллиғли касалликлар юзага келиши мумкин. Шуларни ҳисобга олган холда УАШ тукан аёл уйига боришлар сонини кўпайтириши керак
- Фертил ёшдаги аёлларни хар йиллик сифатли диспансеризация қилиш
- Ҳомиладоликка мутлоқ қаршиликлар бўлган аёлларга контрацепциянинг самарали усулларини қуллаш (ЧПК, БИВ, спермицидлар, ДХС)

Юрак етишмовчилиги

Анемия натижасида ривожланган юрак етишмовчилиги

Бу ҳолатда ҳар доим қон қуйиш шарт

- қон маҳсулотларини қўлланг;

- ҳар бир бирлик қон қуйилгандан сўнг в/ига 40 мг фуросемид юборинг

Юрак касалликлари натижасида ривожланган юрак етишмовчилиги

Тактика ўткир юрак етишмовчилигини бартараф этишга қаратилади. Қуйидаги дори воситаларини қўллаш мумкин:

- морфин 10 мг м/обир марта;

- ЁКИ 40 мг фуросемид в/ига, лозим бўлса, такрорланади;

- ЁКИ дигоксин0,5мг м/ога бир марта;

- ЁКИ нитроглицерин 0,3 мг тил остига, лозим бўлса, 15 минутдан сўнг такрорланг

Лозим бўлса, аёлни учламчи бўғиндаги касалхонага юборилади.

Туғруқ вақтида ривожланган юрак етишмовчилигида ёрдам бериш:

- аёлни чап ёнбошига ётқизинг.

- Циркуляторзўриқишнинг олдини олиш мақсадида қуйиладиган суюқлик миқдорини чегараланг ва суюқлик балансини кузатув варақасида назорат қилинг.

-Адекват анальгезия қилинг

- лозим бўлса, окситоцин қуйинг, юқори концентрацияли суюқликларни суюқлик балансини назорат қилиш учун паст тезликда қуйинг.

Эслатма: Эргометрин қўлланг.

- Ҳомила ҳайдалиш даврида узоқ кучантирманг

- аёлга юкланишни камайтириш учун туғруқда эпизиотомияқилинг ва вакуум-экстракция ёки акушерлик қисқичлари қўйиш билан якунланг.

- туғруқнинг учинчи даврини фаол олиб боринг

Юрак етишмовчилиги кесар кесишга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

Кесар кесиш вақтида ривожланган юрак етишмовчилигида ёрдам бериш

- аёлнинг ҳушини сақлаган ҳолда седация билан маҳаллий инфильтрацион анестезия қилинг. Спинал анестезия қилманг.

- болани ва йўлдошни туғдиринг.

Ҳомиладорликни давом эттириш учун мутлак қарши кўрсатмалар:

- Антиревматик терапиянинг самараси булмаганда.
- Митрал клапаннинг 2-3 даражали стенози
- Комиссуротомиядан кейинги рестеноз
- Декомпенсация босқичидаги аортал нуқсонлар
- Кон айланиши бузилиши билан аралаш митрал нуқсонлар
- Комбинирланган нуқсонлар
- Ўпка гипертензияси билан барча нуқсонлар
- Хилпилловчи аритмия ва тахиаритмия билан барча нуқсонлар
- Тромбоэмболик асоратлар бўлганда
- Сурункали ревматик кардит
- Кардиомегалия

Туғруқдан кейинги реабилитацияси.

- Беморларни шифохонадан уйга юборилганлиги тўғрисидаги маълумотни турар жойдаги терапевт ва акушер-гинекологларга билдириш зарурдир, улар беморларни кучли назорат остига олишлари шарт, чунки бу даврда ҳам ревматизм касаллигини хуружи ва тромбоэмболик асоратлар ривожланиши мумкиндир.
- Шифокорнинг асосий вазифаси бўлиб, кейинги муддатда оилани режалаштириш ва **алоҳида** контрацептив моддалардан фойдаланиш йўлларини кўрсатишликдан иборатдир.
- Кейинги ҳомиладорлйк 3—4 йилдан кейингина рухсат берилади, агар ревматизм касаллигини хуружи кузатилганда муддатдан кейинги камида 2 йилдан кейингина рухсат берилади. Кейинги ҳомиладорликка рухсат беришни терапевт, кардиолог, кардио-хирурглар билан биргаликда бамаслаҳат ҳал қилиниши зарур.

Мавзуга оид тестлар

1.Юрак нуқсони бўлган аёлларда туғруқнинг II давридакузатиладиганасорат

А) Нормалжойлашганйўлдошнингбарвақткучиши*
Б) Туғруққучларинингсустлиги
В) Бачадонбуйнинингтуғруққатайёрбулмаслиги
Г) Антенаталулим

2.Юрак нуқсонибўлганаёллардатуғруқданкейингиэнгкўпучровчиасорат

А) Тромбоэмболикасорат*

Б) Бачадонданконкетиш
В) Уроксимонанемия
Г) Конбосиминингкутарилиши

3.Юрак нуқсониборaёллардатуғруқдансўнгконтрацепциямаксадидакайсиусулданфойдаланиш мумкинэмас?

А) КОК*
Б) БИВ
В) ДХС
Г) СПК

4. .Юракнуқсониборaёллардатуғруқданкейинканчамуддатдаҳомиладорликкарухсатэтилади?

А) 3-4 йилдансўнг*
Б) 2 йилдансўнг
В) 5йилдан сўнг
Г) 7-8 йилдансўнг

5. .Юракнуқсониборҳомиладораёлларшифохонаганечанчиҳафталардаётказилишикерак?

А) 11-12 ҳафта,28-32 ҳафта,36-37 ҳафта*
Б) 11-12 ҳафта,24-32 ҳафта, 39-40 ҳафта
В) 10-8 ҳафта,20-22 ҳафта,39-40 ҳафта
Г) 18-22 ҳафта,20-22 ҳафта ,38-39 ҳафта

6. .Юракнуқсониборҳомиладораёл 11-12 ҳафтадаётказилишиданмаксад?

А) Ҳомиладорликнидавомэттиришмумкинёкимумкинэмаслигинианиқлаш*
Б) Анемиянидаволаш
В) ФПВ нидаволаш
Г) Гемодинамиканитиклаш

7. Юракнуқсониборaёллардаҳомиладорликкақаршикўрсатмақуйидагиданташкари?

А) Митралстеноз 1 даража*
Б) Юракнуқсони , тахиаритмия
В) Аорталюракнуқсонидекомпенсациябосқичи
Г) РевматизмII-IIIфаоллик

8. Кайсиюракконтомирнуқсониборбўлганбеморларгаҳомиладорликқаршикўрсатмаҳисобланади?

А) Барчаситўғри*
Б) Комиссуроомияданкейингирестеноз
В) Сурункалиревматикперикардит
Г) Уткир ревматик иситмаII-IIIдаража

9.Юрак кон томирнуқсонибўлганҳомиладораёл 36-37 ҳафтадаётказилишиданмаксад

А) Туғруқжараёнинихалқилиш*
Б) Ҳомиладорликнитухтатиш
В) Онаболагемодинамикасинияхшилаш
Г) Ҳомилаолдисуюклигинивақтликетибколишиниолдиниолиш

10.Юрак кон томирнуқсонибўлганҳомиладораёлнибирламчи госпитализация қилишмуддати

А) 12 ҳафтагача*
Б) 8 афтагача
В) 20 ҳафтагача
Г) 28 ҳафтагача

11. оғир анемияси бўлган ҳомиладорга хос

A). Нафас олиш қийинлашиши ва шиғиллашлар
B). Нафас олиш қийинлашиши ва конъюнктива, тил, тирноқ фалангалари оқимтир
C). Нафас олиш қийинлашиши ва юрак ритми бузилиши *
D). Юқоридагиларнинг ҳеч бири хос эмас

12. Қуйидаги белгилар бўлганда ҳомиладор аёлда зотилжамга шубҳа бўлади

A). Нафас олиш қийинлашиши ва шиғиллашлар
B). Нафас олиш қийинлашиши, шиғиллашлар ва юқори температура
C). Нафас олиш қийинлашиши, юқори ҳарорат, балғамли йўтал ва кўкракда оғриқ *
D). Нафас олиш қийинлашиши, хириллашлар ва юқори температура

13. Юрак етишмовчилиги

A). Доимо кесар кесиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.
B). Кесар кесиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.*
C). Доимо ҳомиладорликнинг 36 ҳафтасигача туғдириб олишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади
D). Юқоридагиларнинг ҳеч бири хос эмас.

Мавзу№12: Нафас олиш кийинлашиши, ЎРВИ, хомиладорлик даврида зотилжам. Олибориш.

3. Таълим бериш технологияси (амалий машғулот)

Вақт: 240 дакика	Талабалар сони:10
Машгулот утказиш жойи	Поликлиника, аудитория, кабул булими
Ўқув машғулотининг тузилиши	1.Кириш кисм.. 2. Назарий кисм 3.Амалий кисм - беморлар курацияси -амалий кункмалар алгоритми 4. Аналитик кисм: - вазиятли масалаларлар -тест -органайзер
Ўқув машғулоти мақсади: УАШ талабаларини акушер – гинеколог шифокор билан биргаликда нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларни гестацион давр динамикасида текшириш ва олиб боришга ургатиш. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларни патологиянинг клиник кечиши, олиб бориш йуллари, окибати, ва олдини олиш буйича билимларини шакллантириш, уларда ташхис утказиш, таккослама ташхислаш, уз вактида госпитализация килиш асослари буйича билим ва махоратларни ишлаб чикиш.Тугрукдан кейинги даврда контрацепция усуллари буйича маслахат утказиш буйича билимларини шакллантириш.	

***Ўқув фаолияти натижалари*:** 9. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниорганизмида бўладиган ўзгаришлар, клиникаси ва ҳомиладорликининг натижаси, ҳомиланинг ҳолати ҳақида танишиш. 10. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларникўп кузатиладиган акушерлик асоратларини тушунтириш. **11.** нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниамбулатор ва стационар даволаш мезонларини аниклашни курсатиш. **12.** Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниклиник текширишдан ўтказиш мезонларини ургатиш. 13. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниҳолатини баҳолаш ва кейинги тактикасини ишлаб чиқиш. 14. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларнигоспитализация қилиш мезонларини аниқлаш. 15. Ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини баҳолаш (УТТ, КТГ). **16.** нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларнилаборатор ва инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш.	***Ўқув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши лозим:** **1.** нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниорганизмида бўладиган ўзгаришлар, клиникаси ва ҳомиладорликининг натижаси, ҳомиланинг ҳолати ҳақида. 2 нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларникўп кузатиладиган акушерлик асоратлари. 3. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниамбулатор ва стационар даволаш мезонлари. **УАШ бажара олиши лозим:** **1.** Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларни клиник текширишдан ўтказиш. 2. Клиник ташхисни қўйиш ва асослаш 3. Амбулатор даволаш самарадорлигини баҳолаш. 4. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниҳолатини баҳолаш ва кейинги тактикасини ишлаб чиқиш. 5. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларниолиб боришнинг комплекс йўлларини ишлаб чиқиш. 6. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларнигоспитализация қилиш мезонларини аниқлаш. 7. Ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини баҳолаш (УТТ, КТГ). 8. нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларнилаборатор ва инструментал текшириш натижаларини таҳлил қилиш.
Таълим усуллари	Дискуссия, суҳбат, амалий иш усули, органайзер
Таълим шакли	Жамоавий, гуруҳларда ишлаш,якка тартибли
Таълим воситалари	Укув кулланмалар, укув материаллар, Доска-стенд, флипчарт, кулкоплар, индивидуал химоя воситалари, глицерин, спирт, назорат

	саволлари, тестлар, вазиятли масалалар, амалий куникмаларни бажариш алгоритми
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув, блиц сўров, тест, вазиятли масалаларни ечиш, амалий куникмалар демонстрацияси, бахо

Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Давомий-лиги
1.	Уқитувчининг кириш сўзи. Мавзуни асослаш		10
2	Уйга топшириқни тортишув шаклида муҳокама қилиш “Дискуссия” усули	Сўров, тушунтириш, (назорат саволлари)	50
3.	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топширик бериш. Топшириклари бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация	Хомиладорларни кабул килиш, курикдан утказиш (илова №1)	60
4.	Талабаларни машгулотнинг амалий кисмини укитувчи ёрдамида эгаллаши (дарслик кулланмасидаги амалий куникмалар иловасига каранг)	Тугрук тарихини урганиш, клиник-вазиятли масалалар ечиш Илова №2,	60
Танаффус			30
4.	Талабаларнинг узлаштирган назарий билимларини ва Амалий иш натижаларини мухокама килиш, мустахкамлаш ва машгулот максадига эришилганлик даражасини хисобган олган холда гурух фаолиятини бахолаш	Огзаки сураш, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш (Илова №3)	20
5.	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун вазифа бериш (саволлар тупламига каранг)	Ахборот, мустакил тайёрланиш учун саволлар	10
Жами			240

1. Мотивация

Оналар ва перинатал улимини, нафас олишнинг қийинлашуви билан кечадиган касаллиги булган хомиладорларни*хомиладорлик, тугрук ва чилла давринг кечиш асоратларини камайтириш максадида УАШ уз вактида ташхис куйиш, текшириш ва хомиладорликни давом эттириш масаласини аниклаш учун йуллаш, ўпка-юрак*

етишмовчилиги билан хомиладорларни режали ва шошилинч госпитализация килиш муддатларини аниклашни билиши шарт.

2. Фанлараро ва фан ичидаги богликлик

Купчилик касалликлар (юрак – томир, эндокрин тизими, буйрак, жигар касалликлари, модда алмашуви бузилишлари ва х.к.) гипертензив холатлар ривожланиш хавфини юзага келтиради; бу эса мазкур мавзунинг турли тиббиёт фанлари (ички касалликлар, кардиология, ревматология, реанимация ва анестезология, клиник фамакология, биохимия, патфизиология ва патанатомия) билан якиндан богликлигини ва илмий ишларни бажаришда ахамиятини таъкидлайди. Шу билан бирга ЭГК турли акушерлик асоратларига (гиперетензив бузилишлар, эрта туғруқлар, хомила тушиши, ФПН, ХСИГ,ХРОКС ва бошқ.) сабаб булади. Мазкур муносабатларни чукур урганиш талабаларнинг клиник ва мантикий фикрлаш кобилиятини устиради.

3. Назарий кисм

Нафас олиш қийинлиги

ПНЕВМОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН ХОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ СТАНДАРТИ

Зотилжам– ўпканинг альвеола ичи экссудацияси билан ўчоқли зарарланиши билан ифодаланадиган ўпканинг ўткир инфекцион яллиғланиши.

Клиник белгилари Гриппнинг асорати бўлган зотилжамнинг уч хил шакли фарқланади:

Бирламчи вирусли зотилжам; вирусли-бактериал (иккиламчи) зотилжам; бактериал (учламчи) зотилжам. **Бирламчи вирусли зотилжам:** Касаллик бошлангандан сўнг ***1–3-суткада ривожланади.*** Летал зотилжамларнинг асосий қисми ёндош бактериал инфекция билан эмас, балки бевосита вируснинг ўпкага инвазияси ва кўпайиши билан боғлиқ.

Касалликнинг бошланғич **симптомлари** гриппга хос бўлади, аммо 12–36 соат давомида беморларда кам миқдордаги балғам ва қон аралашмалари билан йўтал ва ҳансираш кузатилади. Кам ҳолларда кучли қон тупуриш кузатилади. Баъзан плеврал оғриқлар кузатилиши мумкин. Асосан нафас етишмовчилиги белгилари кузатилади: тахипноэ, тахикардия, цианоз.

Касаллик авж олиши билан аускультатив манзараси ўзгариб боради. Бошланғич босқичларида ўпканинг пастки бўлакларида кучсиз дағал нафас, крепитация, инспиратор хижжиловчи хириллашлар ва баъзан қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар эшитилади, сўнг хириллашлар ўпканинг бошқа қисмларига тарқалиб, нафас сустлашади. Терминал босқичларида хириллаш ва нафас деяри эшитилмайди, аммо кучли тахипноэ кузатилади.

Бирламчи вирусли зотилажамда рентгенологик маълумотлар суст бўулади — ўпка тасвирининг кучайиши. Касаллик авж олганда ўпка томиридан тарқаладиган икки томонлама қўшилган инфильтратив соялар аниқланиб, ўпканинг кардиоген шиши каби кўринади. Шунингдек, кўп бўлмаган плеврал ёки бўлакларо суюқлик аниқланиши мумкин.

Бир қатор ҳолатларда вирусли зотилжам ўткир буйрак етишмовчилиги ва диссеминацияланган томир ичи қон ивиши кузатилади.

Вирусли-бактериал (иккиламчи) зотилжам: Грипп билан касаллангандан сўнг ***биринчи ҳафта охирида*** кузатилади. Зотилжамнинг бу турида биринчи респиратор симптомлар пайдо бўлшидан жараён ўпка тўқимасига ўтишигача бўлган оралиқ 4

суткани ташкил қилиши мумкин, бу даврда ҳатто беморнинг аҳволи бироз яхшиланиши ҳам мумкин.

Клиникаси кўп ҳолларда: йирингли ёки қонли балғам билан йўтал, кучли қалтираш ва плеврал оғриқлар билан кузатилади. Кучли нафас етишмовчилиги белгилари: оғир диспноэ, тахипноэ, цианоз.

Физикал текширишларда ҳар хил манзарани кўриш мумкин. Кўпгина беморларда локал

яллиғланиш белгилари ўпканинг бир ёки бир нечта бўлагида кузатилиши мумкин, бу манзарага ўпка парехемасининг массив шикастланиши қўшилиши мумкин (диффуз қуруқ инспиратор хижжиловчи хириллашлар ва ҳуштаксимон инспиратор ва экспиратор хириллашлар). Баъзан фақат локал ўпка инфильтрациясисиз қуруқ хижжиловчи хириллашлар ва ҳуштаксимон хириллашлар бўлиши мумкин.

Ўпканинг рентгенографик манзарасида диффуз инфильтратив соялар бўлиб, бирламчи гриппоз зотилжам ёки фокал ўпка инфильтрацияси ўчоқлари билан диффуз инфильтратлар комбинациясига ўхшаш бўлади.

Бактериал (учламчи) зотилжам: Грипп касаллиги бошланишининг ***иккинчи ҳафтасида*** ривожланади. Бу кўп кузатиладиган асорат, вируснинг цилиар эпителийни зарарлаши, лейкоцитлар мобилизациясини секинлаштириш, полиморф ядроли фагоцитлар томонидан бактериялар нейтрализациясининг бузилиши натижасида юзага келади. Кўпгина беморларда иккиламчи бактериал зотилжам ташхиси анамнези асосида қўйилиши мумкин.

Клиникаси: одатда бемор одатий грипп ўтказиб, сўнг аҳволи яхшиланади, баъзи беморлар ҳатто ишга тушиб кетиши ҳам мумкин. Бироқ гриппнинг биринсчи белгиларидан 3–14 кундан сўнг беморнинг аҳволи бирлан ёмонлашади: иккинчи марта қалтираб иситмалайди, кўкрак қафасида плеврал оғриқлар, йиринг аралаш, баъзан қонли балғам ажралади. 2/3ҳолатларда касаллик икки фазали бўлмайди ва зотилжам белгилари грипп белгилари “устида” кечади.**Текширув усуллари**

- қонни биохимик текшириш: АЛТ, АСТ, умумий оқсил, билирубин ва фракциялари, мочевина, глюкоза миқдори,
- коагулограмма,
- қон гуруҳи ва резус-омил,
- умумий пешоб таҳлили.
- балғамни бактериологик экиш ва антибиотикларга сезгирликни аниқлаш

Ўлчаш: тана ҳарорати, АҚБ, пульси, нафас сони, SpO_2;

- ЭКГ;
- эхокардиография.
- Терапевт, пульмонолог кўриги;
- Рентгенография
- бачадон ва ҳомилани, жигар, буйрак ва талоқни УТТ.
- бачадон-йўлдош-ҳомила қон айланиши допплерометрияси.

Тактика РИТБга госпитализация:беморда иситма, тана ҳарорати $37,5^0$Сдан юқори ёки $36,0^0$Сдан паст, касаллик давомийлиги 3 суткадан ортиқ, нафас етишмовчилиги 2-3даража, (НС>28, SpO_2<95%) ва бошқа аъзолар етишмовчилиги белиглари булганда.

ҲПБга госпитализация (интенсив палата, изолятор)**:**ахволи қониқарли, тана ҳарорати $37,5^0$Сгача, йўтал, бурун битиши, қувватсизлик, умуий ҳолсизлик бўлганда.**Реанимация ва интенсив терапия бўлимида: Ҳомиладор аёлни акушер-гинеколог, терапевт ва анестезиолог-реаниматолог билан барга олиб борилади.**

Даволаш.1. Антибактериалтерапияда антибиотиклар кенг спектрлилиги, ҳомилага таъсир қилиши, терапевтик дозалари ва дорининг фармакокинетикасини ҳисобга олиб

тайинланади. Антибиотиклар комбинацияси қўлланилади: ингибитор ҳимояланган бета-лактамлар (пенициллинлар, цефалоспоринлар карбопенемлар, монобактамлар)

-фторхинолонлар

- макролидлар,

- метронидазол.

2. Тана ҳарорати юқори бўлганда:

ацетоминофен (парацетамол) per os ёки в/ига томчилатиб.

3. Инфузион дастур: физ. эритма 0,9% суткалик диурез, тана ҳароарти, ичилган суюқлик ва гиповолемия даражаси назоратида.

Оралгидратациявирус юкламаси ва интоксикацияни камайтиришнинг **самарали усули** бўлиб ҳисобланади: кўп суюқлик ичиш, и диурез назоратида гемодилюция. Соат бўйича суюқлик қабул қилиш: камида 1 соатда 2 стакан сув, уйқудан ташқари.

4. НМГ билан **тромбоэмболик асоратлар профилактикаси**. Коагулограмма ва қон ивиш вақти, МНО назорати остида.

5. Небулайзер терапия.

6. Респиратор кўмак: - ниқоб ёки бурун канюлалари орқали намланган тиббий кислород ингаляцияси;

- ноинвазив ўпка вентиляцияси: CPAP тартиби; инвазив ўпка вентиляцияси: ЎСВ/ИВЛ.

7. Глюкокортикоидларга кўрсатма –нафас йўлларининг кучли обструкцияси, ўпка шиши, аъзоларнинг аутоиммун шикастланиши билан оғир инфекцион касалликларда (вирусли перикардит ва миокардит).

8. М**еъданинг стрессли шикстланишининг олдини олиш учун** протон помпаси ингибиторлари тайинланади.

9. Симптоматик терапия: балғам кўчирувчи воситалар, десенсибилловчи терапия.

10. Нутритив кўмак. Суюқликни энтерал йўл билан бериш ва эрта энтерал озиқлантириш мақсадга мувофиқ.

11. Қон воситалари:

- альбумин 10% в/иплазманинг коллоид – осмотик босимини кўтариш учун **кўрсатма**(умумий қон оқсили 60г/л ва кам);

- эритроцитар масса аъзо ва тўқималарнингкислород – транспорт фаолиятини тиклаш учун **кўрсатма**: Hb– 70г/л ва паст, Ht- 24%, қондаги эритроцитлар 3 млн. ва кам.

ҲПБга ўтказишга кўрсатма: аҳволи яхшиланиши ва асосий ҳаётий кўрсаткичлар стабиллашуви.

Ҳомиладорлар патологияси бўлимида

1. Тана ҳарорати юқори бўлганда: ацетоминофен (парацетамол) per os.

2. Антибактериал терапияда антибиотиклар кенг спектрлилиги, ҳомилага таъсир қилиши, ҳисобга олиб монопрепаратдан бошланади.

Орал гидратациявирус юкламаси ва интоксикацияни камайтиришнинг **самарали усули** бўлиб ҳисобланади: кўп суюқлик ичиш, и гемодилюция диурез назоратида. Соат бўйича суюқлик қабул қилиш: камида 1 соатда 2 стакан сув, уйқудан ташқари.

3. Респиратор даво: небулайзер терапия.

4. Симптоматик терапия:балғам кўчирувчи воситалар, десенсибилловчи терапия ва б.

Касалхонадан чиқариш мезонлари: қониқарли аҳволи, 3 кун давомида нормал тана ҳарорати, стабил гемодинамика, лаборатор кўрсаткичлар ва ўпка аускультатив маълумотлари нормаллашуви.

Даволаш муддатиўртача 7 кундан 14 кунгача.

Бронхиал астма

Бронхиал астма 3-4% ҳолларда ҳомиладорлик кечишини асоратлайди.

- Бронхоспазм кузатилса, бронхолитиклар (масалан, сальбутамол 4мг перор ҳар 4 соатда ёки 250мкг аэрозол ҳар15 минутда уч мартагача) қўлланг.

- Агар бронхолитиклардан самара бўлмаса, лозим бўса, кортикостероид қўлланг: гидрокортизон в/ига 2мг/кг тана вазнига ҳар 4 соатда.

- Агар инфекциябелгилари (бронхит) бўлса, ампициллин 2г в/игаҳар 6 соатда.

- Простагландинлар қўлламанг. Чилла даврида қон кетишининг олдини олиш ва даволашда окситоцин 10 БИР. м/ога ёки эргометрин 0, 2мг м/ога қўлланг.

- авж олишин тўхтатгандан сўнг ингаляцион бронхолитиклар ва ингаляцион кортикостероидлар билан яна авж олишининг олдини олинг.

Илова №2.

Интерфаол ўйин «Дискуссия». Талабалар мавзуга оид муаммоли масалани клиник мушоҳада баҳс-мунозара билан ҳал қилишади.

4. Тахлилий кисм

Вазиятли масала №1

А. исмли аёл 23 ёш 11 ҳафта 1 ҳомиладорлик билан поликлиника шифокорига мурожат килди. Шикояти: тана харорати 39 гача кутарилиши, бугимларда огрик. Ешлигида ревматизм билан диспансер назоратида бўлган. Курикда: юрак тонлари бугик, юрак чуккисида систолик шовкин. А/Б 100/60, 100/70 мм.сим.уст. Пульс 96та

Савол:

1. Тахминий ташхис.
2. УАШ тактикаси

Жавоб:

1. Ҳомиладорлик-1, 11 ҳафта, Ревматизм актив фазаси

2. Даволаш ва чукур инструментал текширувлар олиб бориш, ҳомиладорликни давом эттириш мумкин ёки мумкин эмаслиги хал этиш учун стационарга ётказиш.

Вазиятли масала №2

Б. исмли аёл , 30 ёшда,олтинчи ҳомиладорлиги, 30 ҳафталик муддатда. Она посетила антенатальную клинику при сроке беременности 20 ҳафталик муддатда унда анемия борглиги аниқланган унга темир воситаси ва фоли кислотасини кейинги ташрифгача 2 ҳафтага беришган. Аммо у вақтида келмасдан 10 ҳафтадан сўнг келди. У нафас олиш қийинлашишига, уйқучанлик ва тез чарчашга шикоят қилади.

Савол:

1. Тахминий ташхис:

Ҳолатини баҳолаш (Анамнез, тиббий кўрик, скрининг муолажалар/ лаборатор анализлар)

Қуйидагилар аниқланди: у ҳансираш 1 ой олдин бошланганлигини айтди. Сўнг тез-тез чарчаш безовта қилиб бошлаган. Тана ҳарорати ва артериал босиминормада, нафас сони 30 та 1 минутда. Конъюнктив ва кафтлари оқ рангда. Бачадон ҳажми гестация муддатига мос. Ҳомила юрак уриши нормада. Гемоглобин 6,5 г/дл. Охирги 2 йилда безгак билан оғримаган. У гижжа инвазиясига эндемик жойда яшайди, аммо 3 йил давомида даволанмаган.

Шулар асосида қандай ташхис қўйиш мумкин?

2. Жавоб: мижоздаги симптомлар ва белгилар (нафас қийинлиги, конъюнктив ва кафтлари оқ рангда, уйқучанлик ва тез чарчаш) оғир анемиядан дарак беради.

тестлар

1. оғир анемияси бўлган ҳомиладорга хос

E). Нафас олиш қийинлашиши ва шиғиллашлар
F). Нафас олиш қийинлашиши ва конъюнктива, тил, тирноқ фалангалари оқимтир
G). Нафас олиш қийинлашиши ва юрак ритми бузилиши *
H). Юқоридагиларнинг ҳеч бири хос эмас

12. Қуйидаги белгилар бўлганда ҳомиладор аёлда зотилжамга шубҳа бўлади

E). Нафас олиш қийинлашиши ва шиғиллашлар
F). Нафас олиш қийинлашиши, шиғиллашлар ва юқори температура
G). Нафас олиш қийинлашиши, юқори ҳарорат, балғамли йўтал ва кўкракда оғриқ *
H). Нафас олиш қийинлашиши, хириллашлар ва юқори температура

13. Аанемия натижасида ривожланган юрак етишмовчилигини даволаш доимо киради

A). Консервацияланган эритроцитларни қуйиш
B). Консервацияланган ва чўктирилган эритроцитларни қуйиш
C). Ҳар қандай қон компонентини қуйиш
D). Юқоридагиларнинг ҳеч бири хос эмас

14. Гельминтоз эндемияси бўлган жойларда оғир анемия билан ҳомиладорларни даволаш

A). Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида бир марта антигельминтли даво ўтказиш

B). Ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида бир марта антигельминтли даво ўтказиш
C). Ҳомиладорликнинг учинчи триместрида бир марта антигельминтли даво ўтказиш
D). Биринчи курсдан сўнг 12 ҳафтадан кейин антигельминтли давони такрорлаш*

15. Ҳомиладорлик даврида оғир анемияни даволаш учун темир препарати ва фоликислотасининг ҳар кунлик дозаси:

A). Темир сульфати ёки темир фумерати 120 мг пероралплюс фоли кислотаси 400 мкг перорал*
B). Темир сульфати ёки темир фумерати60 мг пероралплюс фоли кислотаси 400 мкг перорал
C). Темир сульфати ёки темир фумерати 120 мг пероралплюс фоли кислотаси200 мкг перорал
D). Темир сульфати ёки темир фумерати30 мг пероралплюс фоли кислотаси200 мкг перорал

16. Юрак етишмовчилиги

E). Доимо кесар кесиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.
F). Кесар кесиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.*
G). Доимо ҳомиладорликнинг 36 ҳафтасигача туғдириб олишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади
H). Юқоридагиларнинг ҳеч бири хос эмас

Мавзу:ОИВ (ОИТС) . Кечиш босқичлари ва ОИВ инфекцияси лабаратор диагностик усуллари. ОИВнинг онадан болага ўтиш профилактикаси.

Машғулотнинг давомийлиги: 240 минут	Укувчилар сони: 8-10 иштирокчи
Машғулот ўтказиш жойи	аудитория, оилавий поликлиника, гинекология булими
Укув машгулоти тузилиши	1. Кириш 2. Назарий кисм 3. Амалий кисм - Беморлар курацияси - Амалий куникмалар алгоритми 4. Аналитик кисм - Тестларни ечиш - Органайзер тузиш
Машғулот мақсадлари:Талабалар булажак УАШни ОИВ билан касалланганларни ташхислаш учун мутахассисга ёки касалхонага йуллаш, амбулатория шароитида даволаш, ОИВнинг юқишининг олдини олиш, асоратларнинг олдини олиш, диспансеризация ва стационар даволашдан кейинги соғломлаштиришга ўргатиш.	
Педагогик вазифалар: • ОИВ клиник кечиши билан таништириш. • ОИВни ташхислаш усуллари ва уни таҳлили қилишни ўргатиш • Кон билан инфекциядан профессионал зарарланиш хавфи ва уни камайтириш чораларини очиб	***Укув фаолияти натижалари:*** **УАШ билиши лозим.** • ОИВ клиник кечишини. • ОИВни ташхислаш усуллари ва уни таҳлили қилишни • Кон билан инфекциядан профессионал зарарланиш хавфи ва

бериш. • ОИВ/ОИТСни ривожланиишда хавфли омил гурухларини ишлаб чикиш ва профилактик чора тадбирларни олиб боришни тушунтириш. • ОИВ билан касалланганлардан анамнез йиғиш ва уларни курация қилишни ургатиш.	уни камайтириш чораларини. • ОИВ/ОИТСни ривожланиишда хавфли омил гурухларини ишлаб чикиш ва профилактик чора тадбирларни олиб боришни. • ОИВ билан касалланганлардан анамнез йиғиш ва уларни курация қилишни **УАШ бажариши лозим:** • ОИВ билан касалланганлардан анамнез йиғиш ва уларни курация қилишни. • Постконтакт профилактикани
Укитиш усуллари	Дискуссия, суҳбат, видеороликлар кўриш,ўргатувчи ўйинлар – **Кимда ОИТС?**
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, кичик гурухларда ишлаш, коллектив ишлаш.
Укув жихозлари	техник воситалар, янги ахборот технологиялари воситалари, кўргазмали қуроллар, фантом, муляжлар, беморлар, тарқатма материаллар, амалий иш бажариш юзасидан харакат алгоритмлари ва ҳ.к.
Тескари алока усул ва воситалари	Кузатув, блиц-суров, тестлаш, презентация, бахолаш.

Машғулотнинг технологик картаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти 240 мин
1	Саломлашиш. Кун тартиби билан танишиш. Аклий машк: “Кимда ОИТС”	Илова №1.	10
2	Укитувчининг кириш сузи. (Мавзуни мухокама килиш, Машгулот максади)	ФК	10
3	Дастлабки билим даражасини текшириш”Айлана стол”усули	Илова №2	30
4	Беморларни курация қилиш	Мавзу бўйича беморлар, касаллик ва амбулатор тарихи	90
5	Мавзуни мухокама килиш –дискуссия килган холда презентация килиш.	ФК. Компьютерда презентация.	40

Танаффус			30
6.	Органайзерлар тузиш («кичик гурухда иш» уйини).	Илова№3	10
7	Укитувчининг мавзу буйича якуни.Хар бир талабанинг билимларини 100-баллик система буйича бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.(ротация буйича каранг).	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар)	20
	жами		240

2. Фанлараро ва фан ичидаги богликлик

Ушбу мавзуни укитиш талабаларнинг олдинги курсларда умумий жаррохлик, микробиология, эпидемиология, инфекцион касалликлар, умумий гигиена фанларидан олган билимларига асосланади ва кейинчалик урганадиган мавзуларда инфекцияни олдини олиш буйича билимлари керак булади.

3.Мотивация

Барча тиббий муассасалар ИОО буйича ССВ 307- сонли буйругига утиши муносабати билан булажак умумий амлиёт шифокорлари замонавий, бутун жахон микёсида кабул килинган ягона инфекциянинг олдини олиш принципларига таянган холда иш олиб бориб, тибий хизмат курсатаётган вактда ОИВ инфекцияни олдини олиш боскичларини, оддий кул ювиш коидаларини, инфекцияни олдини олишнинг стандарт чора-тадбирларини ва асосий принципларини билишлари лозим.

4. Машгулот мазмуни

4.1. Назарий кисм

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ТАРИХИ

- ОИТС 1981 йилда биринчи ёзилган
- 1983 йилда вирусли табиати аниқланган
- 1985 йилда қонни ОИВ га текшириш қўлланила бошланди
- 1987 йилда биринчи антиретрови-русли восита– азидотимидин (зидовудин) қўлланилди

ОИВга алокадор терминлар

- ОИВ ретровируслар оиласига талуқли бўлиб, лентивируслар оиласига киради

ОИВ -1 ва ОИВ -2 молекуляр оғирлиги ва бази қўшимча генлари билан фарқ қилади.Филогенетик ОИВ-2, ОИВ-1 га қараганда маймун иммунодефицит вирусга яқин

- Иккала вирус ОИТС чақиради, лекин ОИВ-2 инфицирланган беморларда енгил кечади

Одам иммунтанкислик вируси - ушбу вирус ОИТСни чакиради.ОИВ танани инфекция ва бошка касалликдан химоя килувчи лейкоцитларни маълум турини (СД4-лимфоцитлар ва макрофаглар) иммун тизимини ишдан чикаради, натижада иммун тизим фаолияти сустлашади.

Орттирилган иммунтанкислик синдроми: иммун тизим ОИВ-инфекциясини ривожланишига карши фаолиятини ишга солади, шунда огир ва улимга махкум касалликлар –бошка инфекциялар ва ёмон сифатли усмалар юзага келади. Ушбу холатга орттирилган иммунтанкислик синдроми дейилади.

«ОИВ», «ОИВ-инфекцияси» ва «ОИТС» тушунчалари нимаси билан фаркланади?

ОИВ — вирус булиб, инфекцион касаллик чакиради.

ОИВ билан зарарланган одамлар касалликнинг клиник белгиларисиз, бошка одамларни зарарлаши мумкин, вакти келганда ОИТС ривожланиши мумкин.

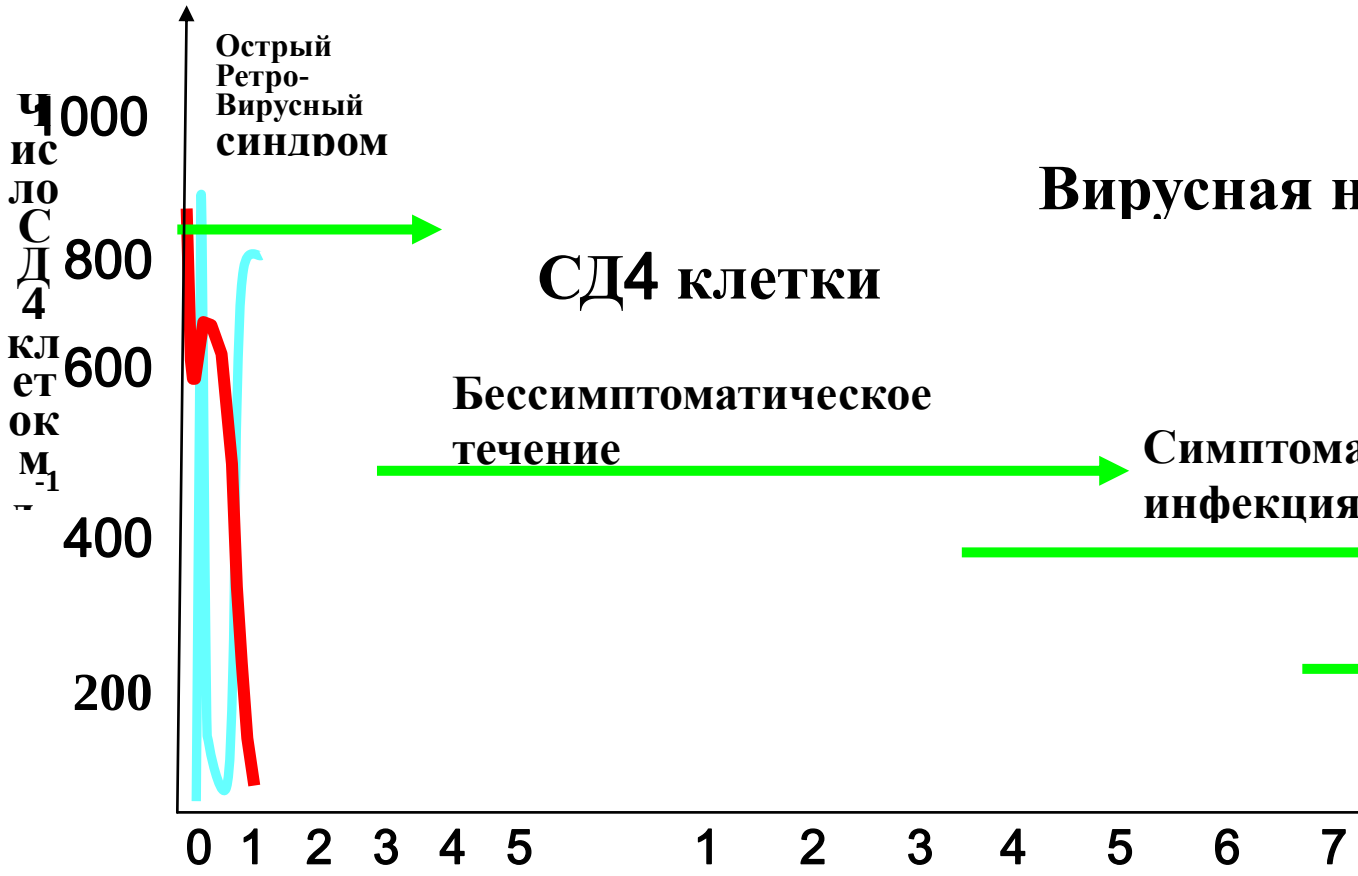
ОИВ инфекцияси фонида ОИТС билан одамда касалликка хос клиник ва лаборатор белгилар булади.

ОИВ да иммун тизимнинг суниши

ОИВ инфекцияси ривожланаётганлиги СД4-лимфоцитлар сони узгариши ва Вирус Юкламага (ВЮ караб айтилади. ОИВ актив купайса, танани зарарлайди ва инфекциядан химояловчи СД4 лимфоцитларни улдиради. ОИВ-инфекциянинг активлик даражаси СД4-лимфоцитлар сони камайиши билан белгиланади.

Вирус юкламаси ─ бу кондаги вируслар концентрацияси. Уни кондаги полимераз занжирли реакцияси ёрдамида ОИВдаги рибонуклеин кислотаси аникланади (ПЗР ОИВдаги РНК). ВЮ ОИВ билан зарарланганда энг юкори даражага етади. ОИВ га нисбатан антитаналар хосил булганда кескин тушади, лекин бир неча йиллардан кейин СД4 лимфоцитлар сони камайганда у кайта юзага келади. ВЮ канча юкори булса, ОИВ юкиш хавфи юкори.

ОИВ инфекциясининг табиий кечиши



СД4 лимфоцитлар сони ва ВЮ ОИВ-инфекцияси ривожланиши курсаткичи. СД4 хужайраси сони канча кам булса ОИВ инфекцияси боскичлари шунча огир кечади.

ВЮ юкори даражаси бирламчи зарарланганда ва ОИВ инфекцияси кучайиш боскичларида, СД4 лимфоцитлар сони камайганда кузатилади. ОИВ дан бирламчи зарарланганда, танада вирусга карши антитаналар булмаганда ВЮ юкори чуккига етиш даражасида инфекция танада таркалади. Ушбу давр уткир ретрОИВрус синдроми дейилади. зарарланишнинг 2-6 хафтадан сунг организмда ОИВга карши серологик усулда аниклаб буладиган антитаналар ишлаб чикарила бошлайди. Одатда, 3 ойдан кейин зарарланганларнинг купчилигида ОИВга карши антитаналарни аниклаш мумкин. Сунг секинлик билан ВЮ пасаяди. СД4 хужайралар микдори меъёрлашади, организм бузилган вируслар урнига катта микдордаги лимфоцитлар ишлаб чикара бошлайди. Бу давр йиллаб давом этиши мумкин – симптомсиз кечиш боскичи. ВЮ усиб, СД4 хужайраси пасайганда ОИТС ривожланиш боскичи бошланади.

ОИВ-инфекциясининг клиник кечиши

ОИВ+ одам касалликнинг бир боскичидан зарарланган:

- Сероконверсия
- Симптомсиз боскичи
- Симптоматик боскич
- ОИТС

Сероконверсия – Организмга ОИВнинг кириши ва антитела ишлаб чикарилиши.

Симптомсиз боскич - ОИВ-инфекциясининг симптомсиз кечиши, иммун тизим вируснинг таркалишини тутиб туради. Генераллашган лимфоаденопатия булиши мумкин.

Симптоматик боскич – ОИВ-инфекцияси клиник симптомлари намоён булади, баъзан иммун тизими сустлашади. Купинча тана огирлигининг камайиши билан кечади; тери ва шиллик каватлар енгил зарарланади; ураб олувчи лишай; юкори нафас йуллари рецидивланувчи инфекциялари; 1 ойдан ортик давом этадиган номаълум этиологияли диарея; номаълум этиологияли иситма (доимий ёки рецидив) 1 ойдан ортик; огиз бушлиги кандидози; огиз сочли лейкоплакияси; огир бактериал инфекция (масалан, пневмония, йирингли миозит).

ОИТС – терминал боскичи, ОИВ билан боглик касалликнинг ривожланиши билан белгиланади.

ОИВ билан одам танасида хар куни янги вируслар ва уларнинг кисмлари шакилланади (кейинчалик вирус шакилланадиган оксиллардан ташкил топади). Иммун тизим доим танадаги вирусга карши ишлайди. Вирус таначалари канча куп булса, тана шунча лимфоцит йукотади ва шунча инфекцияни кабул кила бошлайди, бу эса ОИТС ривожланишига олиб келади.

ОИВ инфекциясининг кечиш давомийлиги

ОИВ/ОИТС кечишининг асосий турлари мавжуд. Оддий кечувчи, тез ва ривожланмайдиган узок давом этувчи турлари мавжуд. Инфекцияни тез кечиши зарарланган вактдан бошлаб ОИТСнинг 3 йил ичида ривожланишига айтилади ва ОИВ билан зарарланганлар орасида 5%ни ташкил этади. ОИВ инфекциясининг ривожланмайдиган узок давом этувчи тури 10% дан кам холларда учрайди, бунда СД4 хужайралар сони 10-15 йилгача узгармай колади ва клиник белгилари булмайди. 90% холларда ОИВ инфекцияси 7-10 йил давомида сакланиб туради ва кейин клиник белгилари намоён булади ёки СД4лимфоцитлар сони пасаяди.

Оппортотунистик инфекциялар

Бош мия	Токсоплазмоз, Криптококкли менингит, ЦитомегалОИВрус (ЦМВ)
Кўз	ЦМВ
Оғиз	Кандидоз
Ўпкалар	Пневмоцист пневмония, Туберкулез, Гистоплазмоз, ЦМВ
Ичакда	ЦМВ, Криптоспоридиоз, Mycobacterium Avium Complex (МАК)
Терида	Оддий герпес, ураб олувчи лишай, Капоши Саркомаси
Жинсий аъзоларда	Жинсий аъзолардаги герпес, кандидозли вагинит, одам папилломовируси

ОИВ билан касалланганларнинг хаммасида ОИВ инфекцияси мусбат булиб, вакт утган сари клиник белгилари ривожланади, ва нихоят ОИТСнинг кечки боскичлари ривожланади. ОИВ-инфекцияси ривожланишида СД4 лимфоцитлар сони пасайишда давом этади, ва оппортунистик инфекцияларни кабул килишда давом этади. Оппортунистик инфекцилар соглом одамларнинг безарар микроорганизмлари томонидан чакирилади ва иммунтанкислик фонида касаллик кучаяди. Масалан, ОИВ билан зарарланганлар орасида пневмоцист пневмония кенг таркалган. ОИВ-инфекциясининг таркалган боскичида упка, мия, куз ва бошка органлар оппортунистик инфекциялари билан характерланади.

ОИТС боскичида купинча пневмоцист пневмония, цитомегалОИВрус инфекция, токсоплазмоз, кандидоз, криптоспоридиоз, гистоплазмоз, бошка паразитарлар, вирус ва замбуругли инфекцилар, шунингдек ёмон сифатли усмалар, масалан Капоши саркомаси ривожланади.

Тананинг бошка аъзо ва тизимларининг зарарланиши

- Мия (ОИВ-деменция)
- Ичак (сустлашиши)
- Юрак (кардиомиопатия)

Иммун тизими билан биргаликда ОИВ бош мия ичак ва юрак хужайраларини хам зарарлайди. Клиник томондан бу ушбу аъзоларни фаолиятини бузиши билан кечади. Ушбу холатлар юкори ВЮ да, яъни касалликнинг кеч боскичларида ривожланади.

Куп учрайдиган симптомлардан бири – юрак мушаклари зарарланиши билан боглик чарчаш. Ичакдаги сурилишнинг бузилиши билан боглик истощению ва кахексия, шу билан бир каторда ичак инфекцияси кушилади. ОИТС/ОИВ билан одамларнинг бош мияси зарарланиши натижасидаги когнитив хусусиятининг бузилиши.

ОИВ юкиш йуллари

Парентерал йул: ОИВ зарарланган конни куйиш. Шиллик кават ёки бутунлиги бузилган тери оркали ОИВ-зарарланган кон билан юкиши.

Наркотикларни куллаш: ОИВ билан зарарланган игна ёки шприц оркали юкиши.

Жинсий йул билан: Химояланмаган жинсий алока (вагинал, орал ёки анал) Шиллик ёки бутунлиги бузилган тери оркали ОИВ сакловчи тананинг биологик суюклиги, масалан, сперма, бачадон буйни шиллиги ёки кин ажралмаси билан бевосита алокада булганда.

Вертикал йул (ПМР): ОИВ билан онадан болага ОИВ инфекциясининг хомиладорлик, тугрук ва/ёки эмизганда утиши.

Инфекцияга хавфли биологик суюкликлар

- Кон
- Сперма
- Кин секрети
- Кукрак сути

Вирус СД4 лимфоцити ва макрофагларда, юкоридаги суюкликларда куп микдорда булиши мумкин, шунинг учун зарарланиш хавфли.

Бошка биологик суюкликлар, яъни сийдик, сулак, куз ёши, хомила олди сувлари ва бошкалар, лимфоцит ва макрофаглар саклаши мумкин,лекин концентрацияси нисбатан кам, шунинг учун бу биологик суюкликлар камрок хавфли хисобланади. Хавфлилик ундаги кон микдорига караб ошади.

Тиббий муассасаларда асосий зарарланиш сабаблари

Кон оркали турли инфекция кузгатувчилари — вируслар, бактериялар ва бошка патоген микроорганизмлар юкади. Улар гепатит В ва С вируслари, сифилис ва бруцеллез кузгатувчилари, одам иммунтанкислик вируси (ОИВ). Тиббий ходимнинг кузгатувчи билан узлуксиз мулокотда булиши (масалан, яралар) ёки зарарланган игна оркали зарарланиши мумкин. Тиббиёт муассасаларида зарарланишнинг купчилиги кон билан алокада булишдир **зарарланишнинг юкори хавфи**

- Жаррохлик амалиёти
- Инъекции
- Вагинал куриклар

Зарарланиш инфекцион хавфли биологик суюкликлар билан узвий боглик булганда, тери копламларининг бутунлиги бузилганда кузатилиши мумкин. Тиббий ходимларнинг зарарланишларининг купчилик холларида зарарланган игна оркали булиши мумкин. Бу куйидагиларни бажарганда келиб чикиши мумкин:

- Вена ичига инъекциясида
- Кондан намуна олганда
- гемодиализ
- кон куйганда
- асбобларни зарарсизлантирганда ва утилизация килганда (игна, шприцларни).

Биологик суюкликлар билан алокадан зарарланиш

- игнага копкогини кийдириш билан - 17%
- ярага чок куйишда - 14%
- венага система куйганда - 11%
- скальдан кесилганда- 9%
- купинча инъекция килгандан сунг игнага копкогини ёпаётганда ва жаррохлар ярага чок куяётганда, шунингдек венага система куяётганда ва скальпель билан кесилганда зарарланиш мумкин.

Аникланган фактлар

- Жаррохлар 3 баравар куп зарарланар экан

- 50% тиббий ходимлар бемор кони билан юкишини биладилар

- 5% врачлар гепатит Вга карши эмланган

- 4,6% шикастланганлар ОИВ ва гепатитга текширилдилар

Olubuyide I.O., Olawuyi F.J. (1995)

ОИВ юкмайди:

- Хаво-томчи йули (йуталганда, аксирганда)
- Хашаротлар чакканда
- Кучоклашганда

- упишганда
- умумий чумилиш жойлари ва ховузларда
- жамоат хожатхоналарда
- кул бериб куришганда
- ишхона ёки мактабда мулокотда булганда
- умумий телефондан фойдаланганда
- овкат ва ичимлик суви оркали, биргаликда овкат тайёрлаганда
- пиёла, стаканлар, тарелкалар ва бошка идишлардан фойланганда

- **ОИВга текшириш ва профилактик максадда АРТ терапия тайинлаш. – Барча даволаш-профилактик муассасаларда** "ОИВ билан касалланганларга тиббий ёрдам курсатиш ва ОИВ билан ифлосланган материаллар билан ishlashдаги авариялярни кайд килиш журнали ", форма 108-0 булиши лозим. Авария холатлари белгиланган тартибда кайд килингандан сунг тиббий ходим ОИВ антителолари мавжудлигига текширишдан утиши лозим. Тестлаш учун кон тиббий ходим розилиги билан115 код буйича (медицинский контакт) алокадан сунг дархол, яъни 5 кунгача олиниши шарт. Шу асосда тестлаш натижасида ижобий натижа олинса, бу иш фаолияти давомидаги авария сабабли эмас, балки бошка холатларда зарарланганлигини курсатади. Манфий натижа булганда, тестлаш 3- 6 ойда ва - бир йилдан сунг Яна утказилади. Агар зарарланиш профавария натижасида булганлиги маълум булса, тиббий ходимга шошилинч постконтакт профилактика утказилади – бунда ретрОИВр (азидотимидин — АЗТ) ёки унинг аналоглари 800 - 1000 мг микдорда суткада 3 - 4 хафта давомида берилади (жабрланувчи розилиги билан). Профилактик АЗТ терапияни имкони борича 24-36 соатдан кеч колмасдан бшлаш лозим. Тиббий ходимнинг ОИВга текшириш натижалари катъий сир сакланади..

ПОСТКОНТАКТ ПРОФИЛАКТИКА		
ТЕРИ ШИКАСТЛАНГАНДА(УКОЛ,ШИЛИНИШЛАР)		
1. Кулкопларни ишчи юзасини ичкарига килиб ечиш.		
2. шикастланган жойдан кони сикиб чикариш		
3. жарохатни дезинфектантлар билан артиш (70% этил спирти, 5% иод, 3% перекись водороди)		
4. Кулни окар сувда ювиб, 70% этил спирти билан артиш жарохатга пластырь куйиб,напаличник кийиш		
5. Лозим булса, Янги кулкоп кийиб, ишни давом эттириш		
6. Муассаса рахбариятига кайд килиш учун ва шошилинч ёрдам олиш хабар бериш		
ТЕРИ ШИКАСТЛАНМАГАНДА		
1. Ифлосланган сохани дезинфектант билан артиш (70% этил спирт, 3% хлорамин, 3% перекись водород)		
2. Кулни окар сувда ювиб, 70% этил спирти билан артиш		
БИОМАТЕРИАЛ ШИЛЛИК КАВАТГА ТУШГАНДА		
1. огиз бушлиги – 70%этил спирти билан чайиш		
2. бурун бушлиги – 30% альбуцид томизиш		
3. куз – сув билан ювиб, 30% альбуцид томизиш		
БИОМАТЕРИАЛ ХАЛАТ, кийимга тушганда		
1. Кийимни ечиб, дезрастворга ивитиш		
2. Кул ва терини ифлосланган жойларини 70% этил спирти билан артиб, сув билан ювиш ва Яна спирт билан артиш		

ПОСТКОНТАКТ ПРОФИЛАКТИКА	
3. ифлосланган оёк кийимни икки марта дезраствор билан артиш	

ИЛОВА №1: **Машқ: КИМДА ОИТС?**

КОНВЕРТЛАР

Мақсад

Иштирокчилар қуйидагиларни билиб олишади:

- Ҳар қандай одамда ОИВ, гепатит В ёки С бирор белгисиз ёки каскллик белгиларисиз кечиши мумкин (ОИТС, ВГВ, ВГС)
- Агар сақланмаса, ҳар қандай одам зарарланиши мумкин
- Гепатит В, С ва ОИВ инфекциялари, фақат «бошқа мамлакатлар» муаммоси эмас, балки барчанинг муаммосидир.

Вақт: тахминан 30 дақиқа

Материаллар

- Конвертлар (ҳар бир иштирокчи учун биттадан)
- Ручка ёки қаламлар (ҳар бир иштирокчи учун биттадан)
- Флипкарта варақлари ва маркерлар

Ўқитувчилар учун кўрсатмалар

Ҳар бир қонверт қопқоғи тагига «А» «В» ёки «С» ҳарфларини ёзиб, тайёрланг. «А» ҳарфи қонвертларнинг 10% да (масалан, 20та конверт бўлса, фақат 2 конвертда «А» ҳарфи бўлиши керак). «В» ва «С» ҳарфлар ёзилган конвертлар сони тенг бўлиши лозим.

Машқни ўтказиш

1. Ҳар бир иштирокчига биттадан конверт беринг. Улардан конвертда ёзилган ҳарфни кўриб, ҳеч кимга айтмасдан ёдда сақлаб қолишини сўранг.
2. Иштирокчилардан ўнг томондаги қўшниси билан конвертларни алмаштиришини сўранг. Ҳар бир иштирокчи қўшнисидан олган конверт қопқоғи тагидаги ҳарф ёнига ўзининг ёдиди сақлаб қолган ҳарфини ёзиб қўйиши лозим.
3. Яна конвертни ўғ ёнидаги қўшнисига алмаштиради ва яна ўзининг ёдидаги ҳарфини ёзиб қўяди.
4. Алмаштириш жараёнини тўхтатинг.
5. Иштирокчиларга кимнинг қўлидаги конвертида «А» ҳарфи бўлса, ОИВ, гепатит В ёки С билан зарарланганлигини, кимнинг қўлидаги конвертида «В», «С» ҳарфлари бўлса, ҳали зарарланмаганлигини билдиришини айтинг.
6. Конвертида «А» ҳарфи бўлган иштирокчилар қўлини куўтаришини сўранг ва уларнинг сонини флиппкартага ёзиб қўйинг. Кимнинг конвертида «В» и «С» ҳарфлари бўлса, қўлини кўтаришини сўранг ва уларнинг ҳам сонини флипкартага ёзинг. Ўйин бошида ҳар бир ҳарфнинг сони қанча бўлганлигини эълон қилинг.

Муҳокама учун саволлар:

1. Конвертларни алмаштиришни давом эттиришга қандай қарайсиз?
2. ОИВ, ВГВ ёки ВГС инфекциялари билан зарарланганлигингиз ҳақида нима дейсиз?
3. Инфекция юқишининг олдини олиш учун нима қилган бўлар эдингиз? Нимани бошқача қилар эдингиз?

4. Мана шу аноним мулоқотнинг тиббий муассасангизда ҳар куни шуғулланадиган иш шароитингизга қанчалик ўхшашлиги бор?

Асосий ҳолатларни хулосалаш

- Конвертида «А» ҳарфи бўлган иштирокчи унга эълон қилинмагунича инфекция билан зарарланганлигини билмас эди.
- Қачонки, хавф ҳақида хабарингиз бўлмаса, Сиз сақланмайсиз.
- Ҳамма ОИВ, ВГВ ёки ВГС билан зарарланиш хавфига эга ва Сиз ҳар доим ҳам одамлар инфекция билан зарарланганлигини била олмайсиз. Ўзимизни тиббий ходим сифатида ҳимоя қилишнинг энг яхши усули, бу ҳар бир одамни потенциал зарарланган деб ҳисоблаб, барча мижоз ва bemorlarga нисбатан стандарт муҳофаза тадбирларини қўллаш.

Амалий куникмалар руйхати.

1.Кин кузгусида текшириш

2.Бимануал курик.

Жадвал. 1. ОИВ юқтирган, аммо соғлиғи туфайли ҳозирча АРТ терапияга муҳтож бўлмаган ҳомиладор аёллар

Гестацион муддати ва CD4 сони	**АРВ-профилактика ҳомиладорлик даврида**	**АРВ-профилактика туғруқ даврида**	**АРВ-профилактика туғруқдан кейин**	**Туғруқусули**	
24—28 ҳафта	***Агар вирус юкламани аниқлаш имконияти бўлса ва унинг миқдори 10000 копия/мл бўлган ҳолатда зидовудин қабул қилмаган беморлар***				
CD4 сони >350/мкл	Зидовудин 300 Мг/ peros.Кунига 2 маҳал *(32).Гемоглобин миқдорига эътибор беринг*	*Муддатли кесар кесиш операцияси:* Фақатгина зидовудин қабул қилиши лозим. *Агар туғруқ ўз-ўзидан муддатига етмай бошланса, :* Зидовудин 300 мг ҳар 3 соатда бола туғилгунга қадар + ламивудин 150 мг per os. суткада 2 маҳал + невирапин 200 мг бир марта туғруқ	Невирапин билан бирга туғруқ даврида (тавсия этилади)	*Она:* Зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг 150 мг peros. 2 суткада 2 маҳал 7 кун давомида туғруқ индукциясидан сўнг	*Муддатли кесар кесиш операцияси* ҳомиладорликнинг 38 ҳафтасида

		бошида		*Бола:* Зидовудин (сироп) 4 мг/кг + ламиву- дин 2 мг/кгмгregoscуткада 2 маҳал 7 кун давомида + невирапин 2 мг/кг бир маҳал туғруқдан сўнг	
			Невирапин сиз туғруқ даврида	*Она:* Зидовудинни инкор этиш. *Бола:* Зидовудин (сироп) 4 мг/кг внутрь peros. суткада 2 маҳал 7 кун. Туғилган заҳоти	
	Агар вирус юкламани аниқлашнинг имконияти бўлмаса, ёки вирус юклама 10000 копиядан кам бўлса ва она аввал зидовудин қабул қилмаган бўлса				
	Зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг + сакви- навир/ритонави- ре 800/100 мгperos. суткада 2	Юқоридаги схемани бола туғилгунча давом эттириш	*Она:* Туғруқдан сўнг уччала дори востасини ҳам маън этиш *Бола:* Зидовудин (сироп) 4 мг/кг внутрь peros. суткада 2 маҳал.	**Агар вирус юкламаси Если на 36—38- ҳафтада ВН** **<1000 копий/мл, туғруқни ўзғўзидан бошланишини кутиш.Агар 36—38\аф-й ҳафтадаВЮ** **>1000 копий/м,МКС на**	

	маҳал		Бола туғилганидан сўнг 8 соат давомида.	**38-ҳафтада ўтказиш.** **Агар ВЮ ни аниқлашнинг имконияти бўлмаса, ЮААРТ га амал қилган ҳолатда <95%, МКСни** **38-ҳафтада ўтказиш.** **Агар ВЮ ни аниқлашнинг имконияти бўлмаса,ЮААРТга амал қилиш ва ўз** **>95% ҳолатда ўз-ўзидан туғруқ бошланишини кутиш**

ОИВ юқтириб, соғлиғи туфайли АРТ га муҳтож аёллар.

Агар \ҳомиладор аёлда АРТ ўтказишгасоғлиғи туфайли кўрсатмалар бўлса,лекин у ҳозиргача уни қабул қилмаган бўлса, унга 1 қаторга мансуб юқори активликдаги АРТ ўтказиш лозим (ЮААРТ) 1-қатор терапияси сифатида ва профилактика мақсадида зидовудин, ламивудин ва невирапин комбинациялари тавсия этилади.*(19, 34,35)*. Бундай аёлларнинг соғлиғини сақлаш мақсадида АРТ ни туғруқдан кейин ҳам давом эттириш лозим.

Таблица 2.Оивга чалинган ва соғлиҳи туфайли АРТ га муҳтож бўлган ёки муҳтож бўлиши мумкин бўлган аёллар.

Гестационный муддатва CD4 сони	**АРВ-профилактика туғруқ ва ҳомиладорлик даврида**	**Туғруқдан кейинги АРВ-профилактика**	**Туғруқ усули**
Хоҳлаган гестацион муддат CD4 сони<200/мкл	Зидовудин 300 мга + ламиву дин 150 мг + невирапин 200 мгperos. суткада 2 маҳал Эътибор беринг: Невирапинни қабул қилишни бошланг 200 мг per os. суткада маҳал, 2 ҳафтадан кейин недели перейти на 200 мг peros. суткада 2	*Она:* Давони аввалги схемага асосан олиб борилади *Бола:* Зидовудин (сироп) 4 мг/кг peros. суткада 2 маҳал 7 кун. Туғилганидан юошлаб, биринчи 8 соата қўлланилади.	Агар 36—38-ҳафтада ВЮ<1000 копий/мл, бўлса туғруқ бошланишини кутиш лозим. Агар 36—38-й неделе ВН >1000 копий/мл, 38-ҳафтада МКС ўтказиш лозим. Агар ВЮ ни аниқлашнинг

	маҳал га ўтиш лозим. Буйрак ферментлари активлигини ўлчаш даволашдан олдин олиб борилади ва ундан сўнг 2 –ва 4-ҳафтада ўлчаниб, охирида 4 ҳафтада бир марта ўлчанади.		имкони бўлмаса, ЮААРТ режимига мал қилиш<95%, МКС ни 38-ҳафтада ўтказиш.
Хоҳлаган гестацион муддат CD4 сони 200— 350/мкл	Зидовудин 300 мга + ламивудин 150 мг + саквина-вир/ритонавир 800/100 мгд peros. суткада 2 маҳал	*Она:* АРТни туғруқдан кейин ҳам давом эттиршни ҳал қилиш мақсадида клиник, Иммунологик кўрсаткичларни кўриб, яиқиш показателях, чунки бу даврда аутогемодилюция содир бўлади ва CD сони кам чиқиши мумкин, ундан сўнг эса яна ортади. *Бола:* Зидовудин (сироп) 4 мг/кг внутрь peros. суткада 2 маҳал 7 сутка давомида. Бола туғилганидан сўнг 8 соат давомида.	**Агар ВЮ ни аниқлашнинг имконияти бўлмаса,ЮААРТга амал қилиш ва ўз** **>95% ҳолатда ўз-ўзидан туғруқ бошланишини кутиш**

Таблица 3. 1.3. ОИВ юқтириб, АРТ ни ҳомиладорликгача бошлаган аёллар

Хоҳлаган	Шу АРТ схемани давом эттириш , агар унинг таркибида эфавиренза бўлса, аёл уни саквинавир/ритона- вир 800/100 мгб или на	*Она:* Давони аввалги схемага асосан олиб борилади *Бола:* Зидовудин (сироп)	Агар 36—38-й неделе ВН >1000 копий/мл, 38-ҳафтада МКС ўтказиш лозим. Агар ВЮ ни

	абакавирга алмаштириши мумкин CD4 сони <250/мкл бўлса, невирапин қўллаш мумкин.2-қатор препаратларининг зарари фойдасидан кўра устун туради.	4 мг/кг peros. суткада 2 маҳал 7 кун. Туғилганидан юошлаб, биринчи 8 соата қўлланилади. Муддатига етмаган чақалоқлар учун 1,5 мг/кг в/в или 2,0 мг/кг Peros. Агар 36—38-ҳафтада ВЮ<1000 копий/мл, бўлса туғруқ бошланишини кутиш лозим.	аниқлашнинг имкони бўлмаса, ЮААРТ режимига мал қилиш<95%, МКС ни 38-ҳафтада ўтказиш.

Таблица 4. Туғруқ даврига келиб биринчи марта ОИВ туфайли мурожаат этаётган аёллар

Клиникага мурожаат этиш вақти	**Туғруқ давридаги АРВ-профилактика**	**Туғруқдан кейинги АРВ-профилактика**	**Туғруқ усули**
Туғруқ даврида	Зидовудин 300 мг ҳар 3 соатда бола туғилгунга қадар + ламивудин 150 мг per os. суткада 2 маҳал + невирапин 200 мг	*Она:* Зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг 150 мг peros. 2 суткада 2 маҳал 7 кун давомида туғруқ индукциясидан сўнг *Бола:* Зидовудин (сироп) 4 мг/кг + ламиву- дин 2 мг/кгмгperoscуткада 2 маҳал 7 кун	Табиий туғруқ йўллари орқали олиб бориш.Инвазивакушерлик Муолажаларини қилмаслик, хусусан эпизиотомия.

		давомида + невирапин 2 мг/кг бир маҳал туғруқдан сўнг невирапин 2 мг/кг бир марта; туғилгандан сўнг 48—72 соат давомида бошлаш	

+ лекциядан олищ, операция+

Дастлабки билим даражасини баҳолаш учун саволлар:

1. ОИВ-инфекциянинг клиник кечиши хусусиятлари ҳақида гапириб беринг.
2. ОИВ юкиш йуллари кандай?
3. Оппортотунистик инфекциялар хакида тушунча беринг.
4. Тиббий муассасаларда асосий зарарланиш сабаблари нима?
5. Биологик суюкликларга нималар киради?
6. ОИВ қайси ҳолларда юқмайди?
7. Постконтакт профилактика ҳақида тушунча беринг.

<u>МАВЗУ№15.Туғруқдан кейинги юқори ҳарорат. Инфекция профилактикаси. Инфекциянинг ўтиш йўллари.</u>

1. Таълим технологиясининг модели

240 минут	*Таълим олувчилар сони: 8-10 киши*
Мавзу утилиш жойи	Акушерлик стационари, туғруқ зали, жарроҳлик хонаси, аудитория, УЗИ кабинет, - фантомлар, муляжлар, тарқатма материаллар, амалий кўникмаларни бажариш бўйича стандарт қадамлар, стетоскоп, сантиметр лентаси, тазомер, қин кўзгулари, кушетка.
Амалий машғулот режаси	Кириш Назарий қисм Амалий қисм ар курацияси кўникмалар алгоритми Аналитик қисм - вазиятли масала - тест саволлврини ечиш
Машғулотнинг мақсади: Ҳомиладорликка негатив таъсир кўрсатувчи, ҳамда она ва болага негатив таъсири эҳтимоли бўлган инфекциялар ҳақида заминий билимларни бериш.	
Педагогик вазифалар:	*Ўқув фаолияти натижалари:*.
Ҳомиладор организмида содир бўладиган ўзгаришлар. Ҳомиладорларни амбулатор кузатув мезонлари. Хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларни аниқлаш. Лаборатор ва инструментал текшириш	**Талаба билиши лозим:** Ҳомиладор организмида содир бўладиган ўзгаришлар. Ҳомиладорларни амбулатор кузатув мезонлари. Репродуктив саломатлик асослари **Талаба қила билиши лозим:** Ҳомиладорликни аниқлаш.

усулларини қўллаган ҳолда ҳомиладорларни клиник текширувдан ўтказиш. Лаборатор ва инструментал текширув усулларининг натижаларини интерпритация қилиш. Амбулатор – поликлиника ва уй шароитида аёлларни назорат қилишни ташкил этиш. Ҳомиладорлар хариталарини тўлдириш	Ҳомиладорликни олиб боришни комплекс тактикасини аниқлаш. Хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларни аниқлаш. Лаборатор ва инструментал текшириш усулларини қўллаган ҳолда ҳомиладорларни клиник текширувдан ўтказиш. Лаборатор ва инструментал текширув усулларининг натижаларини интерпритация қилиш. Ҳомиладорларни туғруққа тайёрлаш учун госпитализация қилиш мезонларини аниқлаш. Амбулатор – поликлиника ва уй шароитида аёлларни назорат қилишни ташкил этиш. Ҳомиладорлар хариталарини тўлдириш.
Ўқитиш усуллари ва техника	Интерактив ўйин “Яширилган хазина”усули
Ўқитиш воситалари:	Маркерлар, қоғозлар, доска, бўр
Ўқитиш шакллари	Индивидуал ва гуруҳларда ишлаш
Ўқитиш шарт-шароити	Техник воситалар билан таъминланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки назорат, савол-жавоб, ўз-ўзини назорат қилиш, рейтинг тизими асосида баҳолаш

1. Машгулотнинг технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги
1	Кириш сўзи (мавзуни асослаш, машғулот мақсади)		10
2	Уйга топшириқни дискуссия шаклида муҳокама қилиш “Яширилган хазина”усули	Сўров, тушунтириш, илова №5 (назорат саволлари)	20
3	Поликлиника шароитида беморларни қабул қилиш. Диспансер хариталарини ўрганиб чиқиш	Касаллик тарихлари. Беморларнинг диспансер хариталари, таҳлиллар натижалари	60
4	Амалий кўникмаларни такомиллаштириш, лаборатория текширувларини изоҳлаб бериш	Клиник лобаратор текширувлар. Қаранг ўқув қўлланмадаги «амалий кўникмалар»га	25
5	Машғулот амалий қисмини ўқитувчи билан бирга муҳокама қилиш.	Тортишув, сўров. Илова №1	40
Танаффус			30
6	Мавзу муҳокамаси.Интерактив уйин «жуфтини ўйлаб топ»	Талаба доклади ва муҳокамаси, бахс	20
7	Кичик гуруҳларда ишлаш. Вазиятли масалалар ва тестлар ечиш.	Намойиш килиш,	40
8	Машғулот бўйича ўқитувчининг якуни, талабалар билимини 100 баллик система бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Талабаларга келгуси машғулот учун топшириқ бериш (ротации бўйича	Журнал, ишчи дастур	10

	қаранг).		
Жами			240 мин.

2. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик:

Ушбу мавзуни ўзлаштириш учун анатомия, физиология, гистология, биохимия, микробиология бўйича билимлар, ҳамда 4-курсда эгалланган акушерлик, дерматовенерология, фармакология ва клиник фармакология фанлари бўйича заминий билимлари зарур. Чунки ЖЙОЮИ ни келтириб чиқарувчи омиллар кўп бўлиб, юқорида санаб ўтилган фанлар билан узвийликни таълаб қилади.

3.Мотивация.

Ҳомиладорларда инфекцияни ўз вақтида диагностика қилиш, ҳомиладорликни тўғри олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш, адекват даво-профилактика тадбирларини ўтказиш перинатал касалланиш ва ўлимни камайишига олиб келади, шунингдек туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликларнинг камайишига шароит яратади.

4. Машғулот мазмуни

4.1. Назарий қисм

Тугрукдан кейин харорат кутарилганда аёлнинг ахволини бирламчи бахоланиши (харорат 38 С ва ундан юкори кутарилганда).

Бахоланг:

- Аёлдан уйкучанлик, бушашиш бор-юклигини суранг.
- Тез-тез огрикли сийиш бор-юклигини суранг.

Текширинг:

- Аёл хушидами эки юкми.
- Харорат38 С ва ундан юкорими
- Буйин мускулларининг ригидлилиги
- Упка : юзаки нафас олиши
- Корин: кучли огрик
- Кин: йирингли ажралмалар

Ael холатини тургунлаштиринг:

Ампитсиллин 2г в/ичига, хар 6 соатда+ Гентамитсин 5мг/кг огирлигига. в/ичига хар 24 соатда+ Метронидазол 500 мг в/ичига хар 8 соатда.

Аёлни тез шифохонага утказиш.

Дархол иккала вена ичига катта диаметрдаги игна эки катетер билан суюклик юборишни бошланг. Рингер эритмасини эки физиологик эритмани 1 литрни 15-20 мин ичида юборинг.1 соат ичида 2 литр суюклик юбориш зарур

Тугрукдан кейинги юкорихарорат ташхиси киесий ташхиси.

Типик белгилар	*Гохида учрайдиган белгилар*	*Аник диагноз*

• *Юкори харорат* • *Корин пастида огрик* • *Йирингли, ёмон хидли ажралмалар*	• *Киндан озгина кон кетиши* • *Шок*	*Метрит*
• *Корин пастида огрик ва димланиш* • *хароратнинг вакти-вакти билан чикиши* *Бачадон огриклилиги*	• *антибиотиклар таъсирига ёмон жавоб беради* • *Ортиклар ёнида ёки Дугласова бушлиги сохасида усмасимон хосила аникланиши*	*чанок абссесси*
• *Унча баланд кутарилмаган харорат. Корин пастида огрик* • *Перисталтик шовкинлар юклиги.*	• *Щеткин Блюмберг симптоми мусбат* • *Коринниинг шишиши* • *Иштаханиг иуколиши*	*Перитонит*
• *Сут безларининг огриклилиги ва тиранглашуви* • *тугрукдан 3-5 кундан сунг*	• *Сут безлари каттик, катталашган* • *Иккала сут безлари хам*	*лактостаз*
• *Сут безларининг огр иклилиги в а таранглашуви* • *Кукракнинг кизариши ва сегментар каттиклашуви* • *тугрукдан 3-4хафтадан сунг*	• Сут безларида сутнинг димланиши натижасида яллигланиш жараени • Купинча битта сут бези яллигланади	*Мастит*
• *Сут безларининг каттик ва огр иклилиги* • *Кучли эритема*	• Кукракдаги флюктуатсиялановчи усмасмимон хосила Й	*Сут безлари абссесс и*
• *Яранинг огриклилиги, конли ёки сероз ажралма чикиши*	• Яранинг четларидан таркаладиган эритема	*Яра абссесси, серомаси ёки гематомаси*
• *Яра огрикли ва сузувчан* • *эритема ва шишнинг яра четидан чикиши*	• Яранинг котиб колиши • Йирингли ажралмалар	*Яра флегмонаси, ярали селлюлит*
• *Дизурия* • *Тез-тез сийиш*	• Ковук устида огрик • Коринда огрик	*Систит*
• *Дизурия* • *Юкори харорат* • *Тез-тез сийиш* • *Коринда огрик*	• Ковук устида огрик •Бел сохасида огрик • Кукрак кафасининг огр иклилиги • Иштаханинг юколиши	*Уткир пиелонефрит*

• *Антибиотиклар юборилганда хам хароратнинг тушмаслиги.*	• Болдир мушакларининг огриклиги	*Чукур веналар тромбози*
• *Юкори харорат* • *Бугилиш* • *Балгамли ютал.*	• Упка тукимасининг зичлашиши. Овознинг узгариши • Тез-тез нафас олиш	*Пневмония*
• *Юкори харорат* • *упка шовкиларининг сусаиииши*	• Операцсиядан кейинги даврда учрайди	*Упка ателектази*
• *Юкори температура* • *Калтираш* • *Бош огриги*	• Катталашган талок	*Асоратланмаган безгак*
• *Асоратланмаган безгак белгилари* • *Кома*	• Тутканок • Сариклик	*Асоратланган малярия*
• *Юкори температура* *Курук ютал* • *Катталашган талок*	• *Ступор* Ес-хушининг ноаниклиги.	*Тиф*
•*Нажас окариши* *сийдикнинг саргайиши*	• эшакеми. • *Катталашган талок*	

Аёл ахволини тургун холатга келтириш.

Ампитсиллин 2г в/ичига, хар 6 соатда+ Гентамитсин 5мг/кг огирлигига. в/ичига хар 24 соатда+ Метронидазол 500 мг в/ичига хар 8 соатда.

Аёлни тез шифохонага утказиш.

Септик шок белгилари булса »шок даволаниши»га каралсин

Дархол иккала вена ичига катта диаметрдаги игна эки катетер билан суюклик юборишни бошланг. Рингер эритмасини эки физиологик эритмани 1 литрни 15-20 мин ичида юборинг.1 соат ичида 2 литр суюклик юбориш зарур.

Йирингли-септик касалликларни утказган аелларнинг постстатсионар даволаниши ва реабилитатсияси.

Йирингли-септик касалликларни утказган аелларнинг постстатсионар даволаниши ва реабилитатсияси хамма аъзолар функсиясининг хамда аел соглигининг тикланишига каратилади.

Уткир пиелонефрит билан асоратланган холат булса антибиотикни 14 кун давомида перорал олишни давом эттиради.

Амокситсиллин 1 г.дан кунигу 3 махал.

Метрит, перитонит касалликлари булганда физиотерапия буюрилади:

- электрофорез, ултратовуш , бир курсга -6-12 муолажа.

ендомиометритда физиотерапевтик даволаниш хароратни нормал булгандан 2 кундан сунг буюрилади, перитонитда релапаратомиядан, дренажлар олиб ташлангандан сунг ва чокларнинг битишидан 10-12 суткадан сунг буюрилади. н сутки.

Касалликнинг узок давомли ва огир кечишида давони кечрок муддатларда амалга оширилади Кесарча кесишдан кейинги перитонит 1 йилгача, сепсисдан сунг-аввал ойда 1-2 марта, сунг 2-3 ойда 1 марта назорат килиниб турилади. УНДАН ТАШКАРИ Узининг УАШ нинг назоратида хам 3 ойда бир марта ташриф буюрадилар. Актив курорт даволаниш факатгина 2 йилдан сунггигина мумкин булади.

Чилла даврида тромбофлебит утказган аеллар доимий назоратда буладилар. Посттромботик синдром белгилари пайдо булганда кон-томир жаррохида даволанадилар. Бундай беморлар йилига 2-3 марта кузатиб туриладилар. Ундан ташкари кон ивиш системасининг холати, кон тахлиллари утказиб турилади. Бундау беморларни кузатишнинг асосий принсипи веноз стаз билан курашиш. Курсатмага кура десенсибилизатсия килувчи, антиагрегантлар буюрилади.

Лактостаз.

Кукрак билан эмизганда:

1.Агар аел кукрак билан эмизади, аммо чакалок эма олмаса аелга сутни кул Билан эки сут сургичи эрдамида согишга кундиринг.

2. Аел кукрак билан эмизади ва чакалок эмиш кобилиятига эга.

Аелга тез тез эмизишни ва хар эмизганда 2 ла кукракка тутишни ургатинг.

- кандай тугри ушлашни ва кукракка чакалокни тугри тутишни ургатинг.

- эмизишдан олдин бушаштирувчи муолажаларни утказишни курсатинг:

* эмизишдан олдин кукракка илик компресс эки илик душ кабул килишни тавсия килинг.

* аелнинг баданини оркасини ва буйнини укаланг.

*аелга кули билан озгина сутни согиб беришини суранг ва сургичлар атрофини намланг. Шунда чакалокни кукракни олишига она кумаклашади.

Емизгандан сунгги бушаштирувчи муолажалар:

*куракка эмизишлар орасида шиш ва буртишни олдини олиш усун совук компресс куйинг.

* боглам эки бюстгалтер билан кукракни ушлаб туринг.

* керак булса 500 мг паратсетамолни огиз оркали беринг.

Агар кукрак билан эмизиш юк булса:

2 кукракни бюстгалтер билан эки боглам билан ушлаб туринг.
3 Сут безига совук компресс куйинг, шунда огрик ва кукракнинг буртиши

камаяди.

4 Илик компресс ва укалашларни утказманг.
5 Керак булса 500 мг паратсетамолни огиз оркали беринг.
6 Сургичларни стимулясия килманг.

Йирингли-септик касалликлар утказган аелларга гигиеник муолажалар,ратсионал овкатланиш ва уй шароитида дам олиш мухимлиги тугрисида тушунтирилади

Туъгрукдан кейинги йирингли септик касалликлар мураккаб жараен булиб,организмнинг иммунобиологик реаксияларнинг активлиги камайиши натижасида инфексияси бор беморларда вужудга келади.

Тугрукдан кейинги йирингли септик касалликлар ривожланишига мойиллик тугдирувчи факторлар.

- Анамнезида экстрагенитал касалликларининг борлиги (вирусли респиратор, эндокрин, юрак кон-томир, ичак касалликлари, сийдик юллари касалликлари.)
- Симптомсиз бактериурия.
- Кичик чанок аъзоларининг сурункали яллигланиши булган холатлар, трихоманадали,хламидияли колпит.
- Хомилани инвазив усуллар билан текширган пайтда.
- Тугрукнинг патологик кечиши:

-тугрукнинг узок вакт сувсиз кечиши.

- тугрукнинг чузилиши.
- тугрукда оператив усуллар ишлатилганда (акушерлик кискичларини куйиш, бачадонни кул билан текшириш, ораликни кесиш, кесарча кесиш)
- патологик кон кетиши.

Тугрукда куп кин оркали текширилганда.

Илова№3. Вазиятли масала.

25 ёшли аёл оилавий поликлиникага бир нечта кичик ва оғриқли тошмачаларнинг қиннинг кириш қисмида пайдо бўлгани, ёрилиб, ярачаларнинг ҳосил бўлишидан шикоят қилиб келди.

Савол:

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз.

2. Қўзғатувчининг самарали диагностика усули.

3. УАШ тактикаси.

Жавоб:

Генитал герпес.

ИФА усулида серологик текшириш.

Жинсий хамрохи билан биргаликда генитал герпесни даволаш. Даволанаётганда презервативлардан фойдаланиш.

Тест саволлари

1. Сурункали носпецифик жараени давомида куйидагилардан кайси бири етакчи урин эгалламайди:
*инфекция микдори
инфекция тури
организм реактивлиги
инфекция вирулентлиги
2. Эндометриозда бепуштлик сабабларига киради:
*хайз циклининг бузилиши
имплантация булмайди
тухум хужайра функциясининг бузилиши
кон кетиш
3. Чала абортга кайси белгилар хос ЭМАС:
*тана температураси субфебрил булиши
кон кетиш
бачадон буйни юмшок булиши
бачадон буйни марказга якин
4. Параметрит нима дегани?
*бачадон ен тукималарининг яллигланиши
бачадон барча каватининг яллигланиши
эндометрийнинг яллигланиши
бачадон ортикларининг яллигланиши
5. Илк чилла даврида бачадон бушлигига кул билан киришга курсатма?
*бачадон гипотонияси, йулдош дефекти
куп кон кетиш
тугрук травмаси
йулдошнинг ажралмаслиги
6. Кайси инфекция транмиссив йул билан юкмайди?
*хламидия
гонорея
трихомониаз
микоплазма
7.20 ешли беморда анамнез йигганда бачадон ортикларининг уткир яллигланишига тахмин килинади.
*уретра ва цервикал каналдан суртма олиш
цитологик текширувга суртма олиш
УТТ
антибактериал даво бошланади
8. Бактериоскопик суртмаларни текширганда флора йук ва куриш майдонини копловчи лейкоцитларни топдингиз. Бу холда
*цитологияга суртмалар олинади
яллигланиш провокацияси
сурувчи даво
антибактериал даво
9. Ael жинсий аъзоларида инфекция таркалишига ердам бермайди?
*гормонал контрацептивлар
сперматазоидлар
абортлар

10. Хавф солувчи аборт сабаблари булиши мумкин эмас.
*исталмаган хомиладорлик
нейро-эндокрин буттлишлар
генитал инфантилизм

онанинг хромосом ва ген касаликлари
11. Хавф солувчи аборт белгиси.
*корин пастидаги озгина огриклар
куп кон кетиш
конли ажралмалар
купиксимон ажралмалар
12. Хавф солувчи абортга сабаб булолмайди.
*хомила ва она конининг резус мос келиши
хомила тухуми ва трофобласт ривожланиш нуксонлари
бачадон буйни етишмовчилиги
бачадон миомаси
13. Хомиладорлик тухташ хавфида диагностик ахамиятга эга эмас.
*тестостерон
плацента ва сарик тана стероид гормонларининг микдори
хорионик гонадотропин
рилизинг гормон
14. Бачадон тонуси ва кискариш активлигини сусайтириш учун.
*нуфеипин
синэстрол
анальгин
даволаш физкультураси

Мавзу №16: Репродуктив саломатлик. Маслахатлаш асослари. Репродуктив саломатлигини саклаш чоралари. Оилани режалаштиришда Жахон Согликни Саклаш Ташкилоти тамойиллари. Замонавий контрацепция усуллари.

Машгулот давомийлиги-3 академик соат 240 мин	Талабалар сони: 8-9 киши
Ўкув машғулоти тури	Амалий машгулот
Машгулот ўтказиш жойи	ВПМ бўлимларида ва ОПда УАШ кабинети, аудитория, лаборатория, УТТ кабинети
Машгулот тизими	**17. Кириш** **18. Назарий қисм** - назарий кисм мухокамаси – кейс ечиш **19. Амалий кисм** - амалий кўникмалар алгоритми -амалий кисм мухокамаси -№191 буйрук асосида рецепт ёзиш. **4. Бахолашни амалга ошириш** - ўзини ва ўзаро бахолаш - ўкитувчининг бахоси **5.Ўкитувчининг ҳулосаси.** Билимларни баҳолаш. Кейинги машғулот (ротация буйича қаранг) мавзуси бўйича саволлар билан танишиш.
Ўкитувчининг вазифалари: - Мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш ва чукурлаштириш; - Тизимлаштириш, таккослаш, умумлаштириш, маълумотларни тахлил килиш бўйича кўникмаларни ривожлантириш; - Команда бўлиб ишлаш, киришимлилик кўникмаларини ривожлантириш.	**Талабанинг вазифаси** 1. Хомиладор ва гинекологик касал беморларни объектив ва субъектив текшириш; 2. лаборатор ва инструментал текшириш усуллари натижаларини тахлил килиш 3. Хомиладорларни ва гинекологик касалларни госпитализация килиш критерияларини аниклаш; 4. амбулатор-поликлиника ва уй шароитида Хомиладорларни кузатиш 5. Хомиладорлар ва гинекологик касал беморлар картасини тўлдириш.
Ўкитиш усуллари ва техникаси	Дискуссия, сухбат, интерфаол усуллардан фойдаланиш,, кейс-технология техникаси, талабалар презентацияси, вазиятли масалалар ва тест саволларини ечиш.
Ўкитиш воситалари	Ўкув кўлланмалари, туғруқ тарихи, методик тавсияномалар, муляж, тарқатма материаллар, флип-

	карталар, доска-тренога, маркерлар, скотч.
Ўкитиш шакллари	Индивидуал кичик гуруҳларда ва жамоавий ишлаш
Ўкитиш шарт- шароитлари	ВПМ кабинети, гурухий ишлаш учун шароити бўлган аудитория, муляжлар и асбоблар - стетоскоп, сантиметр лентаси, кузгу, қўлқоплар, кушетка, амалий кўникмаларни бажариш бўйича стандарт қадамлар.
Кайтар алоқа усуллари ва воситалари, мониторинг ва баҳолаш	Огзаки назорат: текширувчи саволлар, вазифаларни гурухчаларда бажариш; Ёзма назорат: мавзуга доир препаратларга №191 буйруқ асосида рецепт ёзиш.

1. **Машғулотнинг технологик картаси**

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти 240 мин
1	Саломлашиш. Кун тартиби билан танишиш.	Илова №1.	10
2	Укитувчининг кириш сузи. (Мавзуни мухокама килиш, Машгулот максади)	ФК	10
3	Дастлабки билим даражасини текшириш”Ролли клиник ўйин”усули	Илова №2	30
4	Беморларни курация қилиш	Мавзу бўйича беморлар, касаллик ва амбулатор тарихи	90
5	Мавзуни мухокама килиш –дискуссия килган холда презентация килиш.	ФК. Компьютерда презентация.	40
Танаффус			30
6.	Органайзерлар тузиш («кичик гурухда иш» уйини).	Илова№3	10
7	Укитувчининг мавзу буйича якуни.Хар бир талабанинг билимларини 100-баллик система буйича бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.(ротация буйича каранг).	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар)	20
	жами		240

2.Фанлараро богликлик:

анатомия, нормал физиология, эндокринология, клиник фармакология фанларини яхши узлаштирган холда, репродуктив саломатлик, маслахатлаш, оилани соглом шакиллантиришга

ва замонавий контрацепцтялардан фойдаланишда талабаларнинг клиник ва логик фикрлаши учун ёрдам беради.

3.Мотивация.

Репродуктив саломатлик ва контрацепция масалалари бўйича УАШнинг ахолига маслахат беришда инсонпарварлик, ўз билим доирасини кенгайтиришга қизиқишни, амалий ишларни бажаришда аниқлик ва эхтиёткорлик хиссини ривожланишига ёрдам беради. Репродуктив саломатлик мухофазаси ва ЖЙОЮКпрофилактикаси КВП ва ШВПда УАШ томонидан утказиладиган бир катор тиббий-ижтимоий тадбирларни уз ичига олади. Бу эса оналар улимини ва перинатал патология камайишига олиб келади.

Назарий кисм

Репродуктив саломатлик тушунчаси:

РС – бу репродуктив тизим ва унинг фаолиятига боглик барча масалалар борасида факат касаллик ва камчиликлар йуклиги булибгина колмай, балки тулик жисмоний, аклий ва ижтимоий муваффакиятлар холати хамдир.

Хозирги вақтда жахонда 6 млрд. ахоли булиб, сайёрамиз ахолисининг янада кўпайиши кутилмокда. Туғилиш ва соғлом оила тикланиш масалалари РС масалалари билан узвий боғлиқ. РСга салбий таъсир кўрсатадиган кўплаб тиббий ва ижтимоий омиллар мавжуд.

Дунё статистикаси.

- хомиладорлик ва туғруқ асоратларидан леталлик 500 минг йилига
- Чақалоқлар ўлими 9,6 млн./йилига
- 5 ёшгача бўлганлар ўлими 4,8 млн./йилига
- Сунъий абортлар сони 40-60 млн.
- Улардан ўлимга олиб келмаган 25-30%

РС статистикасида хавфли кўрсаткичлардан бири бўлиб оналар ўлими – хомиладор бўлгандан бошлаб туғруқдан кейин 40 кун давомида хисобланади.

Оналар ўлими сабаблари кўп бўлиб, ЖССВ статистикаси бўйича кўпчилик давлатларда оналар ўлимининг қуйидаги сабаблари учрамокда.

Оналар ўлими сабаблари (ЖССТ).

- қон кетиш
- гипертензия (гестоз)
- септик холатлар
- патологик туғруқ
- асоратланган абортлар

Бундан ташқари репродуктив саломатлик сифатини белгиловчи яна бир қатор кўрсаткичлар мавжуд.

ЖССТ маълумотлари буйича:

РС асослари

Оналар ўлими >35 ёшдан катталарда ёшларга нисбатан 5 марта юкори

. Даун касаллиги

- 19 – 35 ёш – 1:1000
- 35 ёш – 30:1000

. интергенетик интервал тахминан 30 %

. туғруқ сони = аборт сонига тенг

. ЭГК фертил ёшдагиларда тахминан60 – 70 %

Оналар ўлими кўрсаткичи ва бошқа асоратлар фертиллик кўрсаткичи билан узвий боғлиқ.

Ўзбекистондаги статистик кўрсаткичлар дуне статистикаси билан ўхшаш. Бунга қўшимча қилиб қуйидагиларни келтириш мумкин:

Ўзбекистонда 2,5 млн.га яқин оилалар бор. Ахолининг ярмидан кўпи, яъни 12 млн – аёллар. Йилига Ўзбекистонда 250 мингга яқин янги оилалар вужудга келади.

1998 йилгача 500 минг туғруққа 500 минг аборт тўғри келган бўлса, хозирги кунда эса бу кўрсаткич 340 мингга камайган, лекин улар орасидаги нисбат сақланиб турибди.

Кўкрак бези раки Билан касалланган аёллар орасида биринчи хомиладорликни аборт қилиб олдирганлар кўп учраши ахамиятга лойик. Фертил ёшдаги аёлларнинг атиги 20% 2,5-3 йиллик интергенетик интервални сақлашмокда.

Фертил ёшдаги аёллар ва хомиладорлар орасида ЭГК кўрсаткичлари жуда юқори. Баъзи бир жойларда, масалан Қоракалпоғистонда бу кўрсаткич 80-90%ни ташкил этади. Шунга кўра, касалланган оналардан касал болаларнинг туғилиши кўпаяди. Шундай қилиб, РС бутун Дуне буйлаб, шу қаторда Ўзбекистонда хам нафақат ахамиятга лойиқ, балки фаол иштирок этишга мажбур этади.

РС мухофазаси – бу бир қатор муаммоларни ўз ичига олувчи тиббий-ижтимоий тадбирлар комплексидир.

РС мухофазасиқуйидагиларни ўз ичиги олади:

- консультация-информация, хомиладор, туғрукдаги ва туққан аёлларга хизмат кўрсатиш
- кўкрак сути билан озиқлантириш
- она ва бола саломатлигини мухофаза қилиш
- бепуштликни олдини олиш ва даволаш
- жинсий йул билан юқувчи касалликларни олдини олиш
- жинсий хаёт гигиенаси
- ўз РСга масъулият сезиш

Инсонлар соғлиги ва хаёт тарзини яхшилаш масаласи нафақат тиббиёт ходимларини, балки кўпгина халқаро бирлашмалар ва жамиятларни қизиқтиради.

1952 йилда Бомбейда оилани режалаштириш Халқаро федерациясининг биринчи йиғилиши (ХФБЙ) бўлиб ўтди, унда оилани режалаштириш (ОР) тушунчаси киритилди.

Оилани режалаштириш – эр-хотин жуфтлигининг болалар сони ва уларнинг туғилиш вақтини ўзлари эркин танлашлари ва буларни ўз хохлаган вақтда бўлиш усуллари туғрисидаги маълумотга эга бўлишларидир.

Шу ерда ОРнинг 5 принципи ишлаб чикилган.

ОР тамойиллари:

- < 19 ёшдан кичикларга тугмаслик
- 35 ёшдан катталарга тугмаслик
- Интергенетик интервал 2,5 – 3 йил булиши
- Тугрук сонини камайтириш
- ЭГКли аёллар тугишини олдини олиш

Хозирги кунда тиббиёт РС/ОР принципларига амал килишда купгина оилаларга ёрдам бермокда. Шунга кура, охирги йилларда бизнинг юртимизда усиб бораётган ёш авлод, оналар ва оилалар саломатлигига катта ахамият берилмокда ва бу масалаларни хал килиш юзасидан давлат микёсида ката чора-тадбирлар олиб борилмокда. Она ва бола саломатлиги давлат муаммосига айланди.

2000 йил «Соглом авлод йили», 2001 йил – «Соглом она ва соглом бола йили», 2005 йил – «Саломатлик йили» деб эълон килинди.

Бунда бутун дастурлар тузишда нафакат тиббиёт ходимлари, балки социологлар, юристлар ва давлат органлари жалб этилади ва турли халкаро бирлашмалар ва фондлар томонидан хомийлик таклиф этилади. Узр ССВ томонидан буйрук № 154 – «Фертил ёшдаги аёлларни согломлаштириш тугрисида» ва буйрук № 155 «Акушерлик комплексларини кайта ташкиллаштириш тугрисида» ишлаб чикилган. Ушбу буйруклар ва норматив хужжатлар асосида фертил ёшдаги аёлларнинг 100% диспансеризацияси, хаста аёлларни аниклаш ва согломлаштириш ишлари олиб борилади.

Узбекистон Республикаси Согликни Саклаш Вазирлигининг 16 апрель 2009 йилдаги буйругига асосан 2009 йил 13 апрель Узбекистон Республика Президенти №115 қарорига асосан №ПП-1096 «Она ва бола соглигини мухофаза килиш ва соглом авлодни шакиллантириш учун кушимча чоралар» ишлаб чикилди.

Хомиладорликка абсолют карши курсатмали аёллар гурухини аниклаш, уларга контрацептив усулларини танлашга ёрдам бериш. Хомиладорликка нисбий Карши курсатмали аёллар

вактинча хомиладорликдан сакланиб даволанишлари керак. Бундан ташкари, соглом аёллар хам интергенетик интервал 2,5-3 йилни саклашлари лозим.

Турли давлатлар ва халкаро бирлашмалар малакасига кура, Узбекистондаги тиббиёт ходимлари ахолини тиббий тарбиялаш ва контрацептив технологияларни яхшилашни уз олдиларига вазифа килиб куйишлари керак.

Бизнинг ишлаш принципларимиз куйидагича:

- Эрта тугма
- Кеч тугма
- Касал булсанг тугма
- Куп тугма
- Тез тугма

ТУГМА тавсияси фертил ёшдаги аёллар соглигини мухофазалаш ва согломлаштиришдан иборат.

Бу принципларни хаётга татбик килиш ва оилаларга контрацепция усулларини танлашда тулик ёрдам бериш учун хозирги кунда бизнинг давлат ва тиббиётда дуне буйича кабул килинган контрацептив технологиялар мавжуд.

Контрацептивлар таснифи:

- *Табиий усуллар:*
  - Календар усул
  - ЛАУ
  - Coitus interruptus
- БИС
  - Тусик усуллар:
  - Презерватив
  - Калпок, диафрагма
  - Спермицид
  - ИХК
    - -Найлар окклюззияси
    - - Вазэктомия
- Гормонал контрацепция
    - - Орал (КОК, СПК)
    - - Инъекцион (ИК)
    - - Имплант.

Хозирги кунда ахолимиз учун хама турдаги контрацептивлар мавжуд. Шуни айтиш жойизки, охирги 5-6 йил давомида контрацептивлар айникса кишлок жойларга бепул таркатилди. Давлат ахоли учун сотиб олади ва халкаро ташкилот ва фондлар хомийликка ката ёрдам беради.

Контрацептивлар орасида факат презервативгина жинсий йул оркали юкувчи касалликлардан химоя килади. Контрацептивнинг ушбу усулини кенг куллаш ЖЙОЮК – ОИТС, хламидиоз, захм, сузак, цитомегаловирус, гепатит В ва бошкаларни ахоли орасида таркалишини камайтиради. Бундан ташкари, бу усулнинг ноконтрацептив хусусияти – эркакларнинг оилани режалаштиришга жалб этишни айтиб утиш лозим.

Хозирги кунда Республикамизда ихтиёрий хирургик стерилизация – най окклюзияси усули хам кенг тарқалмоқда.

Юқорида қайд қилинган контрацептив усулларнинг ўз афзалликлари ва камчиликлари мавжуд, шунга кўра тўғри маслахат беришнинг ахамияти катта. РС мухофазаси, маслахат бериш ва контрацептив технологияларни қўллаш муаммолари бўйича биринчи навбатда тўғридан-тўғри ахоли билан мулоқотда бўлувчи УАШ шуғулланиши керак.

УАШ хар бир контрацептивнинг таъсир механизмини, унинг афзалликларини ва камчиликларини билиши керак, пациентларга маслахат беришни, гормонал контрацептивлардан фойдаланишни, БИСни куйиш ва олишни, уларнинг ножуя таъсирларини бартараф этишни билишлари керак. ИХС буйича УАШ пациентларга маслахат бериш ва операцияга тайёлашни билиши керак.

Маслахатлаш - инсонга шахсий сухбат давомида ердам курсатишдир. Агар сиз мижозга бирор бир масалани ечишга ва карор кабул килишга ердам берсангиз., демак сиз бу одамга маслахатлаш утказган буласиз.

Маслахатлаш турлари:

Этаплар буйича -

1. бирламчи- (хамма турдаги контрацептивлар буйича бошлангич маслахат.)
2. иккиламчи (аник танланган контрацепция тури буйича)
3. келгуси ташрифлар вактида маслахат олиб бориш.

Хажми буйича –

1. оммавий ахборот воситалари (телевидение, радио, рузномалар)
2. симпозиумлар,мажлислар,семинарлар
3. максадли гурухлар (махаллалар, поликлиникалар)
4. индивидуал маслахатлаш

Маслахатлашда кўпинча 6 кадамни ажратиш мумкин. «ҚУТҚАР» ёки «Ёрдам бер» («ПОМОГИ») сўзидаги хар бир харф бу элементлардан бирини ташкил этади.

Қ – қабул килиш – 80% муваффакият гарови

У – унинг муаммоси ва эхтиёжи тугрисида сураб суриштириш

Т – турли контрацепция усуллари хакида маълумот

Қ – қайси усулни танлайсиз

А – асосийси усулдан кандай фойдаланилади

Р- режали қайта кўрикка келиш тўғрисида маълумот.

Бемор хукуклари:

- маълумот олишга
- танлашга
- сир саклашга
- қулайликка
- хавфсизликка
- узлуксиз хизматлардан
- ўз фикрига эга бўлиши

Бутун дунё бўйича 60 миллиондан ортиқ аёллар комбинирлашган орал контрацептивларни қўллашади. Ихтиёрий хирургик стерилизация ва бачадон ичи спиралларидан сўнг КОКлар ишлатилиш сони бўйича учинчи ўринда туради.

КОК таблеткаси таркибига 30 йилдан ортиқ контрацепция мақсадида ишлатилиб келинаётган, икки турдаги стероид гормонлари- эстроген ва прогестинлар киради. Бу типдаги биринчи таблеткалар, ЭНОВИД-10, АҚШ да 1960 йил июнида чиқарилган. Улар таркиби 150 мкг эстроген (местранол) ва 9,85 мг прогестиндан (норэтинодрел) таркиб топган. КОК ларнинг юрак-қон-томир касалликлари, айниқса тромбоэмболик касалликлар билан боғлиқлиги аста - секин гормонлар дозасини камайтиришга олиб келди. Местранол ўрнини этанол эстрадиол эгаллади. Хозирги кунда кўп тарқалган прогестинлар бу - левоноргестрел ва норэ-тистерон. Прогестинлар билан боғлиқ ножўя таъсирларни камайтириш мақсадида янги прогестинлар - гестодин, дезогестрел ва норгестимат олинган.

1996 йилда ЖССТ (ВОЗ) томонидан контрацепция усулларининг қўлланишига тавсиялар бўйича категориялар ишлаб чиқилди, шунга кўра уларни 4 категориядан бирига киритиш мумкин.

Категория 1.контрацептивларни қўллашга монелик бўлмаган ҳолатлар

Категория 2.Қўлланилаётган усул фойдаси унинг назарий ёки исботланган зараридан юқори.

Категория 3. Қўлланилаетган усул зарари унинг назарий ёки исботланган фойдасидан юқори (усулдан фойдаланиш тавсия этилмайди ёки мос усул топилмаган ҳоллардагина қўллаш мумкин).

Категория 4. Контрацептивга боғлиқ, соғлиқ учун йўл қўйилмайдиган хавф туғдирувчи ҳолатлар, усулдан фойдаланиб бўлмайди

КОК лар турлари:

- Монофазали

- Иккифазали
- Учфазали

Таъсир механизми:

- Овуляцияни олдини олиш
- ФСГ секрециясини сўндиради
- Тухумдонлар жадаллигини бостиради
- Цервикал шиллиқни қуюқлаштиради
- Спермани бачадон ичига киришини қийинлаштиради
- Эндометрийнӣ атрофик ўзгаришига олиб келади
- Уруғланган тухум ҳужайрани имплантациясига тўсқинлик қилади

Таблеткани ичиш қоидалари.

- КОК ларни ҳар қандай вақтда ичишни бошлаш мумкин, аёл киши хомиладор эмаслигига ишончи комил бўлса,
- Ҳайз циклининг 1-7 кунларидан қабул қилинади.
- Кўкрак сути билан боқувчи аёллар туғруқдан кейин 6 ой ўтгач ичишлари мумкин.
- Аёл кўкрак сути билан эмизмаса туғруқдан 3-6 ҳафта ўтгач ичиши мумкин.
- Абортдан сўнг-дарров ёки 7 кун ичида ича бошланади.
- КОК лар ҳар куни кечқурун, овқатдан кейин ичилади.
- Таблетка ичиш вақти ўтказиб юборилган бўлса, ҳайзлар орасида қон кетиб қолиши мумкин.

Таблетка ичиш бир кун ўтказиб юборилган бўлса, эртасига иккита таблетка ичиш лозим (эрталаб ва кечқурун). Борди-ю, таблеткалар икки кун давомида ичилмай қолган бўлса, уларни кейинги икки кун давомида кунига икки маҳалдан ичиб етказиб олиш керак. Препаратларни ичиш тартиби бузилганда уларнинг контрацептив таъсири камайишини ва исталмаган хомиладорлик юзага келиши мумкинлигини айтилади.

Агар аёлда	Шундай тавсия беринг
Упаковкада 28та таблетка бўлса	Упаковкадаги охирги таблетка тугаган кун эртасига аёл янги упаковкадаги биринчи таблеткани қабул қилсин
Упаковкада 21та таблетка бўлса	Упаковкадаги охирги таблетка тугагач, аёл 7 кун кутиб, янги упаковкадаги биринчи таблеткани қабул қилсин.Эслатма: танаффус 7 кундан ошмаслиги шарт!

Агар аёл битта ёки бир неча таблетка қабул қилишни унутса:

Битта гормонал оқ таблетка ичишни унутса?

1.эсга тушган заҳоти қабул қилинг**.**

2.кейинги таблеткани ўз вақтида қабул қилинг. Баъзида, бир кунда ҳатто бир вақтда 2та таблетка қабул қилишга ҳам тўғри келади.

3. қолганларини ўз вақтида 1 кунда биттадан қабул қилинг.

2 ёки ундан кўп гормонал оқ таблеткани қабул қилишни 7кундан узоқроқ унутса

1. жуда муҳим: 7 кун давомида призерватив, спермициддан фойдаланинг ёки алоқадан тийилинг.

2.оқ гормонал таблеткани дарҳол қабул қилинг.

3.упаковкада нечта оқ гормонал таблетка қолганини сананг:

- **7 ёки ундан кўп қолган** оқ гормонал таблетка қолган бўлса

қолганларини ўз вақтида 1 кунда биттадан қабул қилинг

- **7тадан кам**оқ гормонал таблетка қолган бўлса

қолганларини ўз вақтида 1 кунда биттадан қабул қилинг

эсдан чиқиб қолган жигар ранг таблеткани қабул қилмаслик керак

Упаковқадаги охирги таблетка тугаган кун эртасига аёл янги упаковкадаги биринчи таблеткани қабул қилсин. Менструация бўлмаслиги мумкин, бу меъёр...

КОК ларнинг афзалликлари:

- Юқори эффектив контрацептив усул.(Перль индекси-усулдан 1 йил давомида фойдаланувчи 100 аёл орасида хомиладор бўлиб қолганлар сони 0,1-0,8 та)
    - Хавфсизлиги исботланган.
    - Ножўя таъсири кам
    - Жинсий алоқа билан боғлиқ эмас.
    - Ишлатувчининг ўзи назорат қилади.
    - Ишлатилиши қулай ва осон
    - Орқага тез қайтувчи усул.
    - Контрацепциядан ташқари соғликка ижобий таъсири бор.
    - Таблетка ичиш бошлангандан сўнг контрацептив таъсири дарҳол бошланади.

КОК ларнинг камчиликлари:

- Нотўғри қўлланилганда эффективлиги паст.

(Перль индекси-усулдан 1 йил давомида фойдаланувчи 100 аёл орасида хомиладор бўлиб қолганлар сони 0,1-0,8 та)

- Кунда тўғри қабул қилишни талаб этади.
- Регуляр заҳирада сақлаш керак.
- Ҳарактерли ножўя таъсирларни чақиради: (норегулар қон кетишлар, кўнгил айнаши, вазннинг ортиши, бош оғриғи).
- Айрим аёлларда жиддий асоратларга олиб келиши мумкин (гепатоцеллюлар аденома, КОК ларга идеосинкразия, қон қуйилишлар ва миокард инфаркти)
- Жинсий йўл орқали юқувчи касалликлар ҳамда СПИД/ВИЧ (ОИДС) дан асрамайди.
- Кўкрак сути билан боқувчи аёлларга энг кам кўрсатмали.
- Тарқатилиши кўпинча медиклар қўлида ҳаддан ташқари мужассамлашган.
- Халқ орасида хавфсизлик борасида жуда кўп нотўғри талқинларга эга.

КОКларнинг контрацепция билан боғлиқ бўлмаган афзалликлари.

КОК ларни қабул қилиш қуйидаги ҳолларнинг учраш сонини кескин камайтиради:

- Эндометрий раки. (50% га камаяди)
- Тухумдонлар раки. (40-80% га камаяди)
- Эктопик хомиладорлик
- Кичик чаноқ органларининг яллиғланиш касалликлари.
- Анемия (менструация пайтида йўқолувчи қон миқдори 35 мл дан 20 мл га камаяди ва анемияни авж олдирмайди)
- Сут безларининг хавфсиз ўсмалари.
- Эндометриоз.
- Дисменорея.
- Альгоменорея.

КОК ларнинг баъзи бир ножўя таъсирлари.

- Кўнгил айнаши.
- Хайзлар орасидаги қон кетишлар ёки аменорея.
- Вазн ортиши.
- Бош оғриғи.
- Кайфиятнинг тез ўзгарувчанлиги.
- Сут безларининг оғриқлилиги.
- Қон босимининг ошиши (> 160/100)

Интерактив усул «Ролли клиник ўйин»

Ўкитувчи талабаларни бемор, шифокор, экспорт ролларига бўлади ва мавзуга оид муаммолар ёритилади.

Топширик берилади.

1. АОКафзалликлари
2. АОК камчиликлари

Командалар топширикларни олгач 10 мин. тайёрланишга вакт берилади.

Жавобларнинг мухокамаси.

(Инструктаж -5 мин. Гурухга булиш – 5 мин. Тайёрланишга вакт –10 мин, намойиш – 10 минут.)

Тугри жавоб берган гурух голиб ва такдирланади.

6.2. Аналитик кисм

Вазиятли масала №1.

Азиза, 30 ёшда, турмуш қурган, 2 фарзанди ўғил ва қизи бор. Биринчи хомиладорлиги бола ташлаш билан якунланган, лекин қолгани нормал кечган. Хозир у соғлом, хайз функцияси регуляр, хозир у хомиладор бўлишни хохламайди. Азиза контрацептив воситалари хақида дугоналаридан эшитган. Бу маълумотлар ичида нотўғри фикрлар кўп (стерилизациядан сўнг мехнат фаолиятининг бузилиши, БИВ организм бўйлаб харакатланади, гормонал таблеткалар ичган вақтда аёл ўзини ёмон хис қилиши) Азизада шубха ва саволлар туғилди.

Савол:

1. Азиза билан бошланғич маслахатни олиб бориш
2. Унинг барча савол ва шубхаларига жавоб бериш

Жавоб:

1. Контрацепциянинг хамма усуллари хақида гапириб бериш. Ихтиёрий хирургик стерилизация аёлнинг умумий холатига ёмон таъсир кўрсатмайди

БИВ бачадон бўшлиғида жойлашиб, тана бўйлаб харакатланмайди.

АОК ни тўғри танланганда ва қабул қилганда ножўя таъсирлари камроқ бўлади.

Вазиятли масала №2.

Бирламчи маслахатдан сўнг Азиза хомиладорликдан сақланиш учун КОК лардан фойдаланишга қарор қилди. Бироқ у хали хам КОКлардан узоқ муддат фойдаланса, рак касаллиги ривожланиши мумкинлигидан безовта.

Савол:

1. Танланган конкрет усул бўйича Азиза билан маслахатлашишни ўтказиш
2. Анамнез йиғиб, Азизага КОКлар мос келишига ишонч билдириш
3. КОКларни қўллаётган пайтда такрорий ташрифни белгилаш

Жавоб:

1. Аниқ танланган усул хақида маслахатни ўтказиш (қабул қилиш қоидалари, ножўя таъсирлари, асоратлари ва уларни профилактикаси)
2. Анамнезидан қизиқтирадиганлари: ёши, ўтказган соматик касалликлари.
3. Ножўя таъсирлари бўлганда.

Мавзуга оид тестлар:

1.**Репродуктив соғлик концепцияси:**

А) Репродуктив соғлиқни мухофаза қилиш фертиллик даврида парвариш қилишни ўз ичига олади.

Б) епродуктив соғлиқ контрацептивларни тўғри қўллаш йўли билан таъминланади.

В) Репродуктив соғлик бутун хаёт цикли давомида парвариш қилиш йўли билан таъминланади.

Г) Репродуктив соғлик туғилишни чегаралашни тавсия этади.

2. **Репродуктив соғлиқни мухофаза қилишга йўналтирилган тадбирлар**:

А) Она ва бола соғлиғини яхшилайди.

Б) ЖЙОЮКларнинг олдини олади.

В) Фертил ёшдаги аёллар ўртасидаги жинсий аъзолар касалликларини камайтиради.

Г) Юқоридагиларнинг хаммаси.*

3. Мижоз учун оилани режалаштириш усулини ким танлайди.

А) тиббий ходим

Б) Мижознинг ўзи*

В)Мижознинг оила аъзолари

Г) Юқоридагиларнинг хаммаси

4.Оилани режалаштириш учун қўлланиладиган контрацепциянинг қайси усули анемия ривожлантириш хавфини камайтиради.

А)спермицидлар

Б)БИВлар
В)СПК*
Г) КОКлар
Д)Презервативлар

5. Контрацепция хақида маълумот олган мижозлар контрацепция усулини танлайди
А) Мижознинг ўзи*
Б) Маслахатчи
В) Мижознинг оила аъзолари
Г) Ҳаммаси

6. Иккиламчи маслахатлаш элементларига нима киради:
А) конкрет танланган усул бўйича тўлиқ маълумот*
Б) хамма контрацепция усулларини асоратлари хақида маълумот
В) контрацепция усулларини тавсия этиш
Г) хамма контрацепция усуллари тўғрисида маълумот

7. Репродуктив саломатликни мухофаза қилиш ўз ичига олади:
А) Маслахатлаш
Б) Кукрак билан озиқлантириш.
В) Бепуштликни профилактикаси ва даволаш.
Г) ЖЙОЮК профилактикаси.
Д) Абортларни тавсия этиш*

8. Оила режалаштириш принципларидан бири
А)туғруқни кўпайтириш
Б) абортларни кўпайтириш.
В) 2 ва ундан ортиқ болали аёлларга ИХС ни ўтказиш
Г) Интергенетик интервалнинг 4-5 йилга сақлаш
Д) Интергенетик интервални 2,5-3 йилга сақлаш.*

9. Маслахатлашнинг турлари, қуйидагидан ташқари-
А) кўп маълумотлардан фойдаланиш
Б) симпозиумлар, семинарлар
В) Максадга қаратилган гурухлар
Г) Индивидуал маслахатлаш
Д) хар бир оиланинг уйида маслахатни ўтказиш

10. Оилани режалаштириш принциплари:
А) 19 ёшгача туғ
Б) 35 ёшдан кейин туғма*
В) ЭГК билан аёлларни хомиладорликдан сақлаш*
Г) актив жинсий хаёт
Д) 2 боладан бошқа туғма.

11. Мижоз хуқуқлари:
А) маълумот олишга*
Б) танлашга*
В) умр давомида кузатувда бўлишга
Г) гарантияга

12. Иккиламчи маслахатлаш элементларига нима киради:
А) конкрет танланган усул бўйича тўлиқ маълумот*
Б) танланган усул билан фойдаланиш қоидалари*
В) ушбу контрацепция усулларини асоратлари хақида маълумот*
Г) хамма контрацепция усуллари тўғрисида маълумот
Д) хамма контрацепция усулларини асоратлари хақида маълумот

13. Гормонал контрацепция турлари:
А) орал*
Б) инъекцион*
В) Имплантатлар*
Г) ректал

Д) спермицидлар
Ж) механик

14. Тиббиёт нуқтаи назаридан оилани режалаштиришни 3 аспектини айтинг:

А) замонавий контрацептивларни индивидуал танлаш*
Б) касал бола туғилиш хавфи юқори бўлган хомиладорликни олдини олиш*
В) Оғир ЭГК и бор аёлларга хомиладорликни ва туғруқни чеклаш.*
Г) оғир ЭГК бор аёлларга ИХС ўтказиш
Д) оиларда болалар туғилишни кескин чегаралаш

15. Оила режалаштиришнинг тиббиёт нуқтаи назардан асосий аспектлари (нотўғрисини кўрсатинг):

А) оғир ЭГК бор аелларга ИЖСни ўтказиш*
Б) оилада болалар сонини кескин чегаралаш*
В) оғир ЭГК бор аелларда ва туғишга қарши кўрсатмаси бўлганда хомиладорликни олдини олиш
Г) касал бола туғилиш хавфи бўлган хомиладорликни олдини олиш.

5. Назорат учун саволлар:

1. Репродуктив саломатлик хақида тушунча
2. Репродуктив саломатликни мухофаза қилиш хақидаги тиббий - социал чора-тадбирлар
3. Соғлом оилани шакиллантириш бўйича ЖССТнинг принциплари
4. Гормонал контрацепция турлари хакида айтинг.
5. Маслахатлашнинг хажми ва этаплари буйича кайси турларини биласиз.
6. Контрацепцияни танлаш хукуқига эга шахс ким?
7. Пациент хукуқларини айтинг.
8. Оила режалаштиришнинг онага қандай фойдаси бор?
9. Репродуктив саломатлик масаласи буйича маслахатлашда УАШ кайси шаклдан фойдаланади?

Мавзу№17: БИВ. Бачадон ичи воситаси бўйича маслаҳатлаш. ИЖС. ОТР. ЛАУ. Қарши кўрсатма ва афзалликлари.

6. **Ўқув машғулотида ўкитиш технологияси модели**

Укув соати: 240 мин.	Укувчилар сони: 8-10киши
Ўқув машғулоти жойи	ВПМ, ўқув хонаси
Укув машгулоти тузилиши	20. Кириш 21. Назарий кисм 22. Амалий кисм - беморлар курацияси - амалий куникмалар алгоритми 23. Тахлилий кисм - вазиятли масалалар - тестлар тахлили
Машгулот мақсади: БИВ, ИЖС, ОТР, ЛАУ усуллари ҳақида маълумот бериш, қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатма ҳолатларини тушунтириш. Талабаларда мустақил амалий кўникмаларни шакллантириш.	
***Педагогик вазифалар*:** • Контрацепсия ҳақида талабалар билимларини ошириш. • Диспансеркузатув тамойилларини очиб бериш.	***Укув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши керак:** • Контрацепсияга кўрсатма ва қарши кўрсатма ҳолатларини билиш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширувўтказишни

• Контрацепция усулларини танлашни ургатиш. • Ҳомиладорларда контрацепция асоратларни аниклашни ургатиш. • Контрацепсияга кўрсатма ва қарши кўрсатма ҳолатларини билиш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширув ўтказишни такомиллаштириш. • Контрацепсия воситаларини қўллай олиш. • Контрацепсия воситаларини қўллаганда юзага келиши мумкин бўлган асоратларни тушунтириш	такомиллаштириш. • Контрацепсия воситаларини қўллай олиш. • Контрацепсия воситаларини қўллаганда юзага келиши мумкин бўлган асоратларни тушунтириш. **УАШ бажара олиши керак:** • Контрацепсия воситаларини қўллай олиш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширув ўтказишни курсатиб бериш. • Контрацепсия воситаларини Уқўллаганда юзага келиши мумкин бўлган ножўя тасирларни тушунтириш.
Таълим усули	Дискуссия, сухбат, видеокурик, ургатувчи уйинлар “SWOT”усули
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа булиб ишлаш
Таълим жихозлари	Укув дарсликлари, укув материаллари, касаллик тарихи, таркатма материаллар, амалий куникмалар кадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескари алока усул ва жихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятли масалалар ечиш, амалий куникмаларни намойиш килиш

Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Давомий-лиги
1.	Уќитувчининг кириш сўзи. Мавзуни асослаш		10
2	Уйга топшириқни тортишув шаклида муҳокама қилиш “SWOT”усули	Сўров, тушунтириш, (назорат саволлари)	50
3.	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топширик бериш. Топширикларни бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация	Хомиладорларни кабул килиш, курикдан утказиш (илова №1)	60
4.	Талабаларни машгулотнинг амалий кисмини укитувчи ёрдамида эгаллаши (дарслик кулланмасидаги амалий куникмалар иловасига каранг)	Тугрук тарихини ургапиш, клиник-вазиятли масалалар ечиш Илова №2,	60

Танаффус			30
4.	Талабаларнинг узлаштирган назарий билимларини ва Амалий иш натижаларини мухокама килиш, мустахкамлаш ва машгулот максадига эришилганлик даражасини хисобган олган холда гурух фаолиятини бахолаш	Огзаки сураш, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш (Илова №3)	20
5.	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун вазифа бериш (саволлар тупламига каранг)	Ахборот, мустакил тайёрланиш учун саволлар	10
Жам			240

2. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқликлар

Аёллар репродуктив системасини тушунтиришда бевосита анатомия ва физиология фанлари билан боғлиқликда олиб борилади. ЛАУ қўллаганда неонотология билимларига асосланади. ИЖС усули хирургик фанлар билан бевосита боғлиқ ҳисобланади. Контрацепсия воситаларини қўллашга қарши кўрсатма ва бошқа асоратларнинг ривожланиш хавфини юзага келиши; бу эса мазкур мавзунинг турли тиббиёт фанлари (терапия, анестезиология ва реаниматология, клиническая фармакология, биохимия, патанатомия, патфизиология) билан якиндан богликлигини ва илмий ишларни бажаришда ахамиятини таъкидлайди. Мазкур муносабатларни чуқур ўрганиш талабаларнинг клиник ва мантикий фикрлаш қобилиятини ўстиради.

3. Мотивация

Бизнинг Республикамизда фертил ёшдаги аёллар саломатлигини таъминлаш ва соғлом келажакка эришиш учун контрацепсия усуллари катта аҳамиятга эга. Туғишлар ўртасидаги интервални таъминлаш ҳам она саломатлигини сақлаш ҳам соғлом фарзанд олиш учун замин бўлиб хизмат қилади.

4. Дарснинг таркиби

Назарий қисм.

Бачадон ичи восита (БИВ)лари кенг тарқалган усулларининг бири бўлиб ҳисобланади. Республикамизда истиқомат қилувчи туғруқ ёшидаги аёлларнинг деярли 60 фоизи айнан шу контрацепция воситасидан фойдаланишни афзал кўради. Дунёда эса қарийб 85 миллион аёллар БИВ дан фойдаланадилар.

БИВ турли ашёлардан ишлаб чиқарилади. Хозирги кунда жаҳон амалиётида 3 хил БИВ қўлланилади:

1. Инерт ашё (пластмассадан тайёрланган) БИВ лар.
2. Таркибида мис ўрамаси бўлган БИВлар.
3. Таркибида гормон (асосан прогестинли) бўлган БИВлар.

Бизни мамлакатимизда асосан мис ўрамаси бўлган бачадон ичи воситаларини қўллаш маъқул деб топилган ва бу воситаларни барча махсус ва бирламчи тиббиёт муассасаларида ўрнатиш мумкин. Айнан шуни назарда тўтиб,

қуйидаги муҳокамани ушбу турдаги БИВларга бағишлаймиз. Таркибида мис ўрамаси мавжуд воситалар бир неча хил бўлиши мумкин:

• **CopperT380A** -БИВларнинг энг кенг тарқалган тури бўлиб, стерилланган ҳолда ишлаб чиқарилади. Бу восита таркибидаги мис ўрамасининг майдони 380 кВ) мм ни ташкил қилади. БИВларнинг бошқа турларига нисбатан, Copper T 380A юқори самарадорлиги ва ишлатилиш муддатининг ўзоқлиги (10 йил) билан ажралиб туради.

• **CopperT 200** - таркибидаги мис ўрамасининг майдони 200кВ) мм ни ташкил этиб, ўрнатилганидан 4 йил ичида самарадор.

• **Мултилоид 375 ва 250** - бу воситалар ҳам стерилланган ҳолда ишлаб чиқарилади ва таркибидаги мис майдони тегишлича 375 ва 250 кВ) мм ни ташкил қилади. Бу турдаги БИВларнинг самарадорлиги 5 йилгача сақланади.

Изланишлар шуни кўрсатадики, турли хилдаги БИВлар контрацептив хусусияти жиҳатидан бир-биридан катта фарқ килмайди. Услубнинг самарадорлигини белгиловчи асосий омил - БИВни ўрнатадиган тиббиёт ходимнинг касб маҳорати ва аёл кишига кўрсатадиган хизматнинг сифатидир. БИВларни фақат мутахассис врач акушер - гинеколог ўрнатиши керак.

Мисли БИВларнинг таъсир механизми:

Ўрнатилганидан сўнг бундай воситалар бачадон шиллиқ қаватида асептик яллиғланиш чақиради,бу эса ўз ўрнида шиллиқ парданинг кимёвий ва ферментатив баланси ўзгаришига олиб келади.Содир бўлган муҳит натижасида бачадонга тушган уруғ ҳужайра ҳаракатланиши хусусиятини йўқотиб,бачадон найлари орқали ўта олмайди.

Мабодо баъзи уруғ ҳужайралар найлардан ўтиб,тухумдонларда уруғланиш содир бўлса, БИВ ёт жисм сифатида таъсир кўрсатиб, найлар перистальтикасини кучайтиради, шунга кўра тухум ҳужайра бачадон бўшлиғига тушади ва парчаланиб кетади.

БИВлардан фойдаланиш қоидалари

-Агар аёл хомиладорлик йўқлигига тўла ишонч ҳосил қилсА) Буларни ҳайз циклининг вақтида;

-Ҳайз даврининг 1-кунидан 7-кунигача;

-Туғруқдан кейин: 48 соат ёки 6 ҳафтадан кейин; лактацион аменорея усулидан фойдаланилаетган бўлса, 6 ой ўтганидан кейин;

-абортдан кейин дарҳол (аборт асоратсиз бажарилган бўлса) ёки 7 кун муддат ўтгач ўрнатиш мумкин (агар чанок инфекциялари мавжудлигига далолат берувчи аломатлар бўлмаса).

БИВлардан самарали фойдаланиши мумкин бўлган аёллар:

- юқори самарадор контрацепция воситасидан фойдаланишни истаган, ҳеч бўлмаганда анамнезида битта туғруқ бўлган репродуктив ёшдаги барча аёллар;

- аввал БИВдан самарали фойдаланган аёллар;

- эмизикли, аммо контрацептияга муҳтож аёллар;

- аборт қилдирган аёллар (кичиқ чанок инфекциясига хос аломатлари бўлмаса);

- жинсий йул орқали юқадиган касалликларга чалиниш хавфи кам бўлган аёллар;

- гормонли контрацептивлардан фойдалана олмайдиган аёллар.

БИВнинг афзалликлари:

Юқорида кўрсатиб ўтилганидек, БИВлардан фойдаланиш хомиладорликдан сақловчи самарадор усул бўлиб ҳисобланади. Ушбу воситаларнинг таъсири улар ўрнатилган вақтидан бошланиб, бир нечА) чиқади ва 1,5 дан 10% ҳолларда кузатилади.

БИВқўйилганида руй берадиган яллиғланиш жиддий асоратларга олиб келиши мумкин, чунки БИВ инфекциянинг қиндан бачадон, бачадон найлари ва қорин бўшлиғига ўтиб кетишига имкон яратади. Агарда жойларда жинсий йул орқали юқадиган касалликлар тарқалиш хавфи юқори бўлса, БИВ ўрнатиш вақтида қуйидаги кўрсатмаларга риоя қилиш тавсия этилади:

БИВ дан фойдаланишни истаган барча аёлларни уларда жинсий йул орқали юқадиган касалликлар бор - йўқлигини аниқлаш мақсадида бактериологик скринингдан ўтказиш.

БИВ ўрнатишдан аввал аёлни мукаммал гинекологик кўрикдан ўтказиш.

БИВ ўрнатилганидан сўнг қин суртмаларини микроскопда кўриш. БИВ дан фойдаланиш тўғри келадиган ва бунга монелик қиладиган ҳоллар 5-жадвалда келтирилган (Жаҳон Соғликни Сақлаш Ташкилоти маълумотларидан).

Қуйидаги тарзда ҳаракат қилинг

1. БИВ қўйилгандан сўнг, аёл билан биргаликда такрорий ташрифни 3-6ҳафтадан кейинга режалаштиринг, масалан - ҳайздан сўнг, БИВ жойидами ва инфекция ривожланмаганлигини билиш мақсадида гинекологик кўрик ва текширув учун. Ташриф, ҳайз давридан ташқари, аёл учун қулай бўлган исталган вақтга тайинланиши мумкин. Бундан сўнг бошқа такрорий ташриф талаб этилмайди.
2. Аёл қуйидагиларни билишига ишонч ҳосил қилинг

- Қайси тур БИВдан фойдаланяпти ва бу БИВ қанақа кўринишда
- Қачон мазкур БИВни олиб ташлаш ёки алмаштириш мумкин. Аёлга БИВ қўйилган сана қайд этилган карточка беринг
- Тиббий муассасага мурожаат қилганда, аёл ўзида БИВ ўрнатилганлиги ҳақида маълумот бериши кераклигини

Қўлланмалар

Аёл БИВ қўйилгандан сўнг

1. Бўлиши мумкин

- Қўйилгандан кейинги 1-2 кун ичида оғриқли спазмлар.НЯҚВ (ибупрофен, нимесил) қабул қилиш мумкин
- Қўйилгандан кейин бир неча ҳафта давомида қиндан ажралма келиши. Бу одатий ҳол
- Одатдагидан кўпроқ ҳайз келиши. Ҳайзлараро қон кетиши, айниқса, БИВ ўрнатилгандан кейинги дастлабки бир неча ойда

2 БИВ ҳолатини текшириш

- Ўрнатилгандан сўнг ҳафтада бир марта
- Баъзи-баъзида ҳайздан сўнг

БИВ ҳолатини назорат қилаётиб

1. қўлни ювиш
2. ўтириш (на корточки)
3. 1 ёки 2 бармоқни БИВ ипларини сезгунга қадар чуқурроқ қинга киритиш. Агар аёлга БИВ силжигандек туюлса, тиббий муассасага қайта мурожаат қилиш. Ипни тортиш мумкин эмас, бу БИВни бачадон ичидан тушишига олиб келиши мумкин.
4. яна қўлни ювиш

Туғруқдан кейин БИВ ўрнатилганда, ипчалар доим ҳам бачадондан ташқари турмайди ва улар сезилмаслиги мумкин

Эҳтиёткорлик талаб этадиган ҳолатлар (қарши кўрсатмалар)

Мутлоқ:

1. Хомиладорлик ВОЗ 4 синф
2. Сабаби ноаниқ қон кетишлари сабаби аниқланмагунча ВОЗ 4 синф
3. ВЗОТ (хозирда ёки охирги 3 ой ичида) ВОЗ 4 синф
4. Кучли йирингли ажралмалар ВОЗ 4 синф
5. Бачадон бўшлиги шакл ўзгариши ВОЗ 4 синф
6. туберкулез ВОЗ 4 синф

Ихтиёрий жарроҳлик стерилизация.

Ҳозирги вақтда ихтиёрий жарроҳлик контрацепция ёки стерилизация (ИЖС) ривожланган ҳамда ривожланаётган мамлакатларда энг кенг тарқалган усулдир.

ИЖС – орқага қайтмайдиган, юқори самарали (эркаклар ҳамда аёллар учун) усул бўлибгина қолмай балки энг хавфсиз ва энг арзон усулдир ҳам.

Аёллар ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси.

Аёллар ИЖС жарроҳлик контрацепциянинг хавфсиз усулидир. Изланишлар шуни кўрсатадики, ИЖС қайта ҳомиладорликка қараганда 30-80 марта хавфсизроқ. ИЖС доимий ва орқага қайтариб бўлмайдиган усул бўлганлиги сабабли мижоз томонидан қатий розилигини олиш мақсадга мувофиқдир. Аёллар ИЖС исталган вақтда ва чилла даврида ҳам амалга оширилиши мумкин.

Аёллар ИЖС бўйича хизмат кўрсатиш вақтида қуйидагиларни назарда тутиш керак:

- Муолажанинг исталган лаҳзасида мижоз фикрини ўзгартириши мумкин;
- Мижозга ИЖС ўтказишга қарор қилишига таъсир қилувчи ҳеч қандай чоралардан фойдаланиш мумкин эмас.
- ИЖС ўтгунга қадар мижоз муолажага розилик билдириши – юридик формани тўлдириши ва имзолаши керак.
- Турмуш ўртоғининг розилиги шарт эмас.
- Тиббиёт хизматчилари мижозларга юқори малакали маслаҳатлашни ва операциядан кейинги кузатувни, тиббий хизматнинг барча босқичларида инфекцияни олдини олишга қаратилган чораларга риоя қилинишини таклиф этишлари лозим.

Аёлларда ИЖС бажариш насл ишлаб чиқариш фаолиятини бир вақтда (перманент) тугатиш демакдир.

ИЖС таъсир механизми.

Бачадон найлари ўтказувчанлигини чоклар, скобалар ва коагуляция ёрдамида йўқотиш (блоклаш). Бунда спермани тухумдонлар томон ўтиши учун йўл беқилади ҳамда уруғланиш содир булмайди.

ИЖС ўтказиш вақти.

- Мижоз ҳомиладор эмаслигига ишончи комил бўлгандаҳайз циклининг исталган вақтида.
- Ҳайз циклининг 1-дан 7- кунигача.
- Чилла даврида: биринчи 2 кун ичида ёки 6 ҳафтадан сўнг.
- Абортдан сўнг: дарҳол ёки 7 кун ичида, агар кичик чаноқ органлари инфекцияси белгилари бўлмаса.

Кўрсатмалар:

- ИЖС турли репродуктив ёшдаги аёлларда(одатда 35 ёшдан кейин) ва исталган ҳомиладорликлар, фарзандлар сони бўлганда, ҳамда юқори самарали ва доимий контрацепция усулини хоҳлаганда ўтказилади.
- Усулни ҳомиладорлик соғлиги учун қарши кўрсатма бўлган аёлларда қўллаш мумкин.
- Лапароскопик жиҳозлар қиммат бўлганлиги ва операцияни ўтказиш учун умумийоғриқсизлантириш кераклиги сабабли ИЖС амалга ошириш мақсадида мини лапоратомия усулидан фойдаланиш мумкин. Бу усул маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўтказилади ҳамда кўп моддий харажатни талаб қилмайди. Мини лапаротомия учун терини 2-3 см кесиш кифоя. Чилла даврида дастлабки 48 соат ичида, бачадон туби қиндик соҳасида жойлашганлиги туфайли кесим қиндик тагидан қилинади. Бачадон найлари икки томондан чоклар ёрдамида бойланади ва кесилади.

Интервалли минилапаротомия: қин орқали бачадон бўшлиғига махсус кўтаргич (бачадон элеватори) солиниб, шунинг ёрдамида бачадон туби қориннинг олдинги деворига тақаб қўйилади. Кесим қов устидан бажарилади ва бачадон найларини бекитиб қўйишнинг ҳар хил усуллари қўлланалади: бачадон найлари чоклаш ва кесиш, қисмларини бир биридан ажратиб қўйиш, скоба ва клеммалар қўйиш.

Аёллар ИЖС нинг афзаллиги самарасининг юқори бўлишидир (100 нафар аёл ҳисобидан олинганда йил давомида ҳомиладор бўлиб қолиш ҳоллари Перл Индекси 0.2-4 тага тўғри келади).

Бу усулдан фойдаланиш одамни жинсий йўл билан юкадиган касалликлар ва ОВИ/ВИЧдан сақлабқола олмайди.

Эҳтиёт чораларини кўришни талаб қиладиган ҳолатлар.

Туғруқдан кейин:

- Чилла даврининг 7-42 кунигача бачадон катталиги аслига келиши учун тўла 42 кун ўтгунича операцияни кечиктириб туриш зарур.
- Гестозларнинг оғир турлари.
- Узоқ (12 соатдан кўра кўпроқ) вақт қоғаноқ суви кетиб турган туғруқларда- муолажани 6 ҳафта ўтгунича кечиктириб туриш керак, чунки чаноқ аъзоларида инфекция бошланиш хавфи катта бўлади.
- 500 мл дан кўпрок қон кетган туғруқларда- анемияни барҳам топиши учун вақт керак бўлади.
- Туғруқ жароҳатида яна қон кетиб қолиш хавфи бор.
- Бачадон ёрилиши ёки тешилишида ҳам ИЖСдан воз кечилади.

Интервалли минилапаротомия ўтказилаётганда:

- Номалум сабабга кўра қиндан қон келадиган бўлса - сабабини аниқлаш учун муолажани тўхтатиб туриш керак.
- Кичик чаноқ органларида фаол инфекция бўлса – уни барҳам топтиргунча операцияни тўхтатиб туриш лозим.
- Умумий организмнинг фаол инфекцияси (грипп, ўткир респиратор касалликлар, вирусли гепатит, отит ва бошкалар) бўлса, мижоз даволаниб бўлгандан кейин 4-6 ҳафта ўтгунча муолажани кечиктириб туринг.
- II ва Ш даражали анемия бўлганида, уни коррекция қилинмагунча муолажани кечиктиринг, чунки яна қон кетиб қолиш хавфи бор.
- Жинсий органлар раки бўлганида муолажани ўтказишдан воз кечиш зарур - ракка даво қилиш жараёнида аёл киши стерил бўлиб қолади.
- Чукур веналар тромбози бўлганида аёл батамом тузалиб кетгунича муолажани кечиктириб туринг, чунки тромбоэмболия хавфи кучаяди.

Қуйидаги ҳолатлар аёллар жарроҳлик стериллаши учун қарши кўрсатмадир:

- Қандли диабет (оғир хили).
- Юрак касалликларининг аломатлари.
- Қон босимининг юқорилиги (КБ 160/100 мм дан юқори бўлиб, қон айланиши бузилишини курсатувчи аломатлар борлиги).
- Қон ивувчанлигини бузилиши билан ўтаётган қон системасининг касалликлари.
- Ортиқча вазнлик.
- Қорин ёки қиндик чурраси.
- Кичик чаноқда бир талай чандиқ ва битишмалар борлиги.
- Яна фарзанд кўриш истаги.
- Депрессия ҳолати.
- Бепуштлик.

Шошилинч контрацепция (ШК)

ШКни қўллаш мумкин бўлган ҳолатлар

- Зўрлаш
- Презервативнинг йиртилиши
- аёл МЛА га риоя қилмасдан боласини кўкрак сути билан боқса/ЛАУ
- ҳимояланмаган тасодифий жинсий алоқа
- АОК қабул қилинаётганда таблетка ичиш эсдан чиқса

ШК турлари

- Механик: БИВ
- Гормонал: АОК, СПТ

Таъсир механизми:

- Гормонал (уруғланишни олдини олиш)
- Овуляцияни издан чиқаради
- Сперма функцияси ва ҳаракатини ўзгартиради
- БИВ: имплантациянинг олдини олади.

АОК:

ЭЭ 50мкг Аврал,Эугинон,Неогинон сақланмаган жинсий алоқадан кейин биринчи 72 соат давомида 2 таблетка+2 таблетка 12 соатдан кейин

ЭЭ 30-35мкг Лоаврал, Микрогинон, Марвелон сақланмаган жинсий алоқадан биринчи 72соат давомида 4 таблетка+4 таблетка 12 соатдан кейин.

Самарадорлиги юқори (Перл кўрсаткичи - 2%)

Ножўя таъсирлари:

- кўнгил айниш (1кундан ортик эмас)
- қайт қилиш
- сут безлари оғриқлиги
- 3 ҳафта давомида ҳайз бўлмаса шифокор кўригидан -ҳомиладорлик бор ёки йўқлигига кўрикдан ўтиш керак
- агар ҳомиладорлик бўлса,бошқа усуллар ҳақида аёлга маслаҳат беринг.

СПТ:

Постинор (750мкг Левоноргестрел) сақланмаган жинсий алоқадан кейин 48 соат давомида 1таб + 1таблетка 12 соатдан кейин.

Овретте (75мг Норгестрел) биринчи 48 соат мобайнида 20 таб. ва 12соатдан кейин + 20таблетка Овретте. Ҳаммаси бўлиб 40таб.

Ҳайз 3 ҳафта давомида бошланади.

Ножўя таъсири: кўнгил айниш, қайт қилиш, сут без оғриқлиги (биринчи 2 соат давомида)

Ножўя таъсирини камайтириш учун: овқат маҳалида таблетка қабул қилиши (ёки уйқудан олдин).

Ҳар доим қабул қилмаслик керак (қайт қилишдан кейин самарасиз).

2 соат давомида қайт қилиш тўхтамаса:

- қайтадан қабул қилиш
- per vaginam қўллаш
- Ҳайз 3 ҳафта давомида бошланмаса ҳомиладорликни аниқлаш учун шифокорга мурожат қилиш керак.
- Агар ҳомиладорлик олдини олишининг иложи бўлмаса аёлга бошқа усуллар ҳақида маслаҳат бериш керак.

БИВ:

Сақланмаган жинсий алоқадан кейин 5 кун давомида ўрнатиш лозим.

Самарадорлиги юқори (1% омадсизлик)

Эслатма:

- ножўя таъсирлари жуда кам
- сақланмаган жинсий алоқа ва БИС ўрнатилишини орасида вақт чўзилиши билан омадсизлик эҳтимоли кўпаяди
- БИС ўрнатиши кичқина муолажа ҳисобланади ва малакали мутахассис томонидан бажарилиши лозим.
- Узоқ давомли контрацептив ҳимояни таъминлайди
- Жинсий йўл билан юқувчи касалланиш эҳтимоли бўлган аёлларга тавсия этилмайди
- Туғмаган аёллар учун тавсия этилмаслиги мумкин

Аёллар учун қўлланма:

- Агар ҳайз 3 ҳафта давомида бошланмаса ҳомиладорликни текшириш учун шифокор маслаҳатидан ўтиш керак.
- Агар ҳомиладорлик олди олинмаса аёлни бошқа имкониялар ҳақида огоҳ этиши керак.

Тўсиқ солувчи ва кимёвий контрацепция усуллари

Буларга қуйидагилар киради: 1) эркак ва аёл презервативлари,2) қин диафрагмалари, 3) цервикал қалпоқчалар, 4) спермицидлар.

Презервативлар (эркак презервативлари) эркак томонидан ишлатиладиган ягона контрацепция воситасидир. Улар аёлларнинг жинсий йўлларига сперма тушишига имкон бермайди, микроорганизмларнинг бир кишидан иккинчи кишига ўтишига йўл қўймайди.

Шу муносабат билан жинсий йўлларнинг инфекциялари, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, ВИЧ инфекциядан ҳоли бўлиш учун ҳам бу воситадан фойдаланиш мумкин.

Презервативлардан фойдаланиш болани эмизиб боқиб боришга салбий таъсир кўрсатмайди, организм системаларига кўрсатадиган ножўя таъсирлари йўқ, саломатлик учун хавф-хатар ҳам солмайди, шу нарса уларнинг афзалликларидир. Уларни дорихоналардан топиш осон, врач рецептларисиз сотилади. Презервативлар жинсий йўл билан юқадиган касалликлар ва ВИЧ\ОИТСдан ҳам ҳимоя қилиши мумкинки, буни уларнинг яна бир афзаллиги деб ҳисобласа бўлади.

Улардан фойдаланишнинг камчиликлари жумласига аввало самарадорлик даражаси ўртача эканлигини киритиш мумкин (100 нафар аёл ҳисобидан олганда 1 йил давомида ҳомиладор бўлиб қолиш ҳоллари 2-12тани ташкил этади). Леқин улардан фойдаланиш қоидаларига амал қилинганида юқори самарадорликка эришиш мумкин.

Қин диафрагмалари ва цервикал қалпоқчалар гумбазсимон шаклда ясалиб, эгилувчан халқага уланган латекс косачадан иборат, жинсий алоқадан аввал қинга киритиб қўйилади, шунда у қин билан бачадон бўйни орасида тўсиқ бўлиб туради.

Таъсир механизми - сперманинг юқори жинсий йўлларига ўтишига имкон бермай, уни ўзида олиб қолади.

Қин диафрагмаларини:

- гормонал препаратлардан фойдаланишни ёқтирмайдиган ёки тиббий сабабларга кўра улардан фойдалана олмайдиган аёллар;
- бачадон ичига қўйиладиган воситалардан фойдаланиш мумкин бўлмаган аёллар;
- эмизикли оналар;
- жинсий йўллар инфекцияларидан сақланишни истайдиган аёллар ишлатадилар.

Бу усулнинг афзаллиги дарҳол кор қиладиган, болани кўкрак бериб боқиб боришга таъсир кўрсатмайдиган бўлишидир. Диафрагмани жинсий алоқадан 6 соат илгари жойлаб қўйса бўлади, шунинг учун унинг жинсий алоқага боғликлик томони йўқ. Саломатлик учун ҳам зарари йўқ.

Камчиликлар самарадорлик даражасининг ўртача эканлигидир.

(100 нафар аёл ҳисобидан олинганида 1 йил давомида ҳомиладор бўлиб қолиш ҳоллари 6-18 тани ташкил этади). Леқин ундан билиб ва тўғри фойдаланилганида юқори самарадорликка эришиш мумкин. Аёл кишига маслаҳат берилаётганида диафрагмани олдин ўлчаб олиш учун аёлни малакали тиббий ходим махсус текширишдан ўтказиши талаб этилади. Бу усул жинсий йўл билан юқадиган касалликлардан одамни сақламайди, чунки ташқи жинсий органлар билан қин шиллиқ пардаси очиқ қолаверади.

Ҳайз вақтида диафрагмадан фойдаланиш тавсия этилмайди, сабаби шуки, башарти бачадонда инфекция бўлса, қоннинг туриб қолиши токсик шокка олиб бориши мумкин. Бачадони, қовуғи паст тушиб қолган, вагинал стенози ва генитал аномалиялари бўлган аёллар ҳам диафрагмадан фойдалана олмайди.

Спермицидлар спермани фаолмас ҳолга келтирадиган ёки ўлдирадиган кимёвий моддалардир.

Уларнинг қуйидаги турлари бор:

- аэрозоллар;
- вагинал таблеткалар;
- кремлар.

Спермицидлар таъсир механизми - улар сперматозоидлар мембранасини емириб юборади, натижада сперматозоидлар ҳаракатчанлиги сусайиб, тухум хужайрани уруғлантира олмайдиган бўлиб қолади. Спермицидлар қинга қўйиб қўйилганидан кейин 10-15 минутдан сўнг таъсир қила бошлайди.

Спермицидларни:

- гормонал усуллардан фойдалана олмайдиган аёллар:
- бачадон ичи спиралларини ишлатишни ёқтирмайдиган аёллар;
- эмизикли оналар;
- ҳомиладорликдан вақтинча сақланиб турувчилар ишлатади.

Бу усулнинг афзаллиги шуки, у дарҳол кор қила бошлайди, болани кўкрак билан эмизиб боришга таъсир қилмайди. Спермицидлардан фойдаланиш осон ва саломатликка зарар етказмайди, спермицид воситалар рецептсиз берилади ва уларни ишлатиш учун аёл кишининг тиббий текширувдан ўтиши шарт эмас.

Спермицидлардан фойдаланиш усулининг камчилиги самарадорлик даражасининг ўртача эканлигидир (шу усулдан 1 йил давомида фойдаланиб келган 100 нафар аёл хисобидан олганда ҳомиладор бўлиб қолиш ҳодисаси 3-21 тани ташкил этади). Контрацептив самарадорлиги, яъни спермицидларнинг нечоғлик яхши кор қилиши уларни ишлатишга доир йўл йўриқларга қанчалик амал қилинишига ва улардан нечоқлик тўғри фойдалана билишга боғлиқ. Спермицид ҳар сафар ишлатилганида фақат 1-2 соат давомида таъсир кўрсатиб туради, холос.

Бу воситаларни ишлатиш юзасидан кишиларга маслаҳатлар берилаётганида, спермицидларнинг жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, ВИЧ\ОИТСдан одамни сақлабқола олмаслигини, аллергик реакцияларга сабаб бўла олишини таъкидлаб ўтиш зарур. Аллергик реакциялар рўй берадиган бўлса, бўйида бўлишдан сақланишнинг бу усулидан воз кечиб, контрацепциянинг бошқа усулларидан фойдаланиш керак.

Контрацепциянинг табиий усуллари.

Календар ва симптотермал услублар.

Даврий равишда ҳайз цикли фертил фазасида жинсий сақланишга асосланган. Ҳайз цикли фертил фазаси уруғланиш юз берувчи фазаси ҳисобланади. Бу услуб ютуғи ҳайз цикли физиологияси билимига, эркак ва аёлни фертил фаза белгилай олишни билишни талаб қилади. Қишлоқ врачлик пункти вазифаси эркак-аёлга тўғри маслаҳат бериш ва бу услубни тўғри ўргатишдан иборат.

Маслаҳат бериш врач, ҳамшира ёки тиббиёт ишчиси бўлмаган яхши ўргатилган ҚВП ишчиси ва шу билан бирга ушбу услуб муваффақиятли фойдаланувчи жуфтлар томонидан олиб борилиши мумкин. Нормопоник ҳайз циклига эга бўлган аёллар учун календар услуб (Огино-Кнауса услубини) жуда қулай ҳисобланади.

Алохида аҳамият касб этувчи ҳолат:

- норегуляр ҳайз цикли
- кўкрак билан озиқлантириш
- Маслаҳат бериш ва мижозни ўқитиш қандай олиб борилади:
- 6 та кетма-кет келувчи ҳайз циклни, ҳайз 1 – кунини ҳайз цикли 1 куни ҳисоблаган ҳолда, белгилаб бориш
- 1 чи фертил кунни аниқлаш:

Бунда энг қисқа цикл кунлари сонидан 18ни айриш билан 1 фертил кун=энг қисқа цикл-18

- Охирги фертил кунни аниқлаш:

Бунда энг узун цикл кунидан 11 айрилади

Охирги фертил кун = энг узун цикл –11

- Фертил фазада жинсий алоқа бўлмаслиги зарур.

Масалан, 6та ҳайз цикли 28, 26, 29, 27, 29 ва 27 кун давом этган.

1чи фертил кун-26-18=8

Охирги фертил кун-29-11=18

Демак, ҳайз циклининг 8чи кунидан 18 кунигача жинсий алоқа тақиқланади.

Симптотермал услуб - даврий жинсий ушланиш услубларини бир неча хили қўшилиб келишидир – цервикал шиллиқни текшириш, базал ҳароратини ўлчаш ва календар услуб. Бир неча услубларни 1 вақтда қўшилиб келиши фертил фазани янада аниқроқ аниқлашга олиб келади.

Базал ҳарорат услуби – овуляциядан сўнг прогестерон ишлаб чиқарилиши хисобига; ҳароратни кўтарилишига асосланган. Овуляциядан сўнг базал ҳарорат 0,2-0,4 градусга ортади ва шу даражада цикл охиригача туради. Ҳароратни ҳар куни орал (5 дақиқа) ректал(3 дақиқа) ва вагинал (3 дақиқа) йўл билан эрталаб, ўриндан турмасдан ёки кунни хоҳлаган вақтида 3-5 соатли дамдан сўнг ўлчанади. Ҳарорат жадвалда 1та чизиқ билан бирлаштирилган нуқталар кўринишида белгиналанади. Нофертил фазани бошланишини аниқлаш учун мижозга қуйидаги маслаҳатлар берилади:

- Ҳайз цикли 1чи 4 кунлигида базал ҳароратга аҳамият бермаслик
- Нофертил фаза 6 кундан кейин 3 кун қатор ҳарорат кўтарилганда бошланади. Бошқача қилиб айтгандан « 6дан кейинги уч» қоидаси.
- Тана базал ҳарорати охирги 3 кун кўтарилгандан то кейинги ҳайз бошлангунгача қадар жинсий алоқа қилиш мумкин.

Цервикал шиллиқ текшириш услуби (Биллинг услуби) – цервикал шиллиқ консистенцияси таркибидаги эстрогенлар ҳисобига ўзгаришига асосланган услубдир. Ҳайз цикли давомида аёл қин даҳлизи соҳасида турли хил ўзгаришлар, цервикал шиллиқ консистенциясининг ўзгаришини кузатади.

- Ҳайздан сўнг дастлабки кунлар қуруқ кунлар бошланади. Қуюқ цервикал шиллиқ бачадон бўйни каналида тўсиқ ҳосил қилади. Бу вақтда шиллиқ қўзғалмайди.
- Қонда эстроген миқдори кучайган сари қинда қуюқ, ёпишқоқ, хира, ноэластик шиллиқ пайдо бўла бошлайди, аёл қин даҳлизи соҳасида намлик ва ёпишқоқлик сеза бошлайди.
- Овуляция яқинлашган сари шиллиқ кўп ушланганда сирғанувчан, тиниқ ва эластик (пишмаган тухум оқига ўхшаб) бўлиб қолади.
- Овуляциядан кейинги фазада қин қуруқлиги кузатилади.

Бу услуб билан жинсий ушланишга аҳд қилган, лекин узок вақт жинсий алоқадан бош тортгиси келмаганлар фойдаланади.

Алоҳида аҳамият берилувчи ҳолатлар:

Қинда ва бачадон бўйни яллиғланиши бўлса
Лактация вақтида шиллиқ хусусияти ўзгариши мумкин.

Мижозга тавсиялар:

Шиллиқ хусусиятини (ранги, миқдори, тиниқлиги, эластиклиги) ҳожатга боришдан аввал камида 2 марта (эрталаб, кечқурун) аниқлаш зарур.

Шиллиқни 2 бармоқ ўртасида ёки 2 ҳожат қоғози бўлаклари орасида кўриш зарур. Ҳар куни кечқурун жадвалда щиллиқ хусусият ўзгариши ва қин сезгиси белгиланади.

Бунда қуруқ кун - ҚК, шиллиқ - Ш, шиллиқ энг чузилувчан ва сирғалувчан бўлганда - Х.

Жинсий алоқа рухсат этилади:

- Ҳайздан сўнг дастлабки кунларда то қинда шиллиқ пайдо бўлган биринчи кунга
- Энг қуруқ шиллиқ пайдо бўлганда 4 кун кечкурундан то кейинги ҳайз бошлангунга қадар.
- Симптотермал давр ишлатиш учун мижозга тавсиялар:
- Жинсий алоқа учун вақт танлаш учун

- Календар услуби ёки цервикал шиллиқ услуби ёрдамида фертил фаза бошланишини аниқлаш лозим
- Шу услублар ёрдамида фертил фаза охирини аниқлаш.

Лактацион аменорея усули.

Лактацион аменорея усули эмизуклик аёлнинг физиологик йўл билан бўйида бўлмаслигига асосланган.

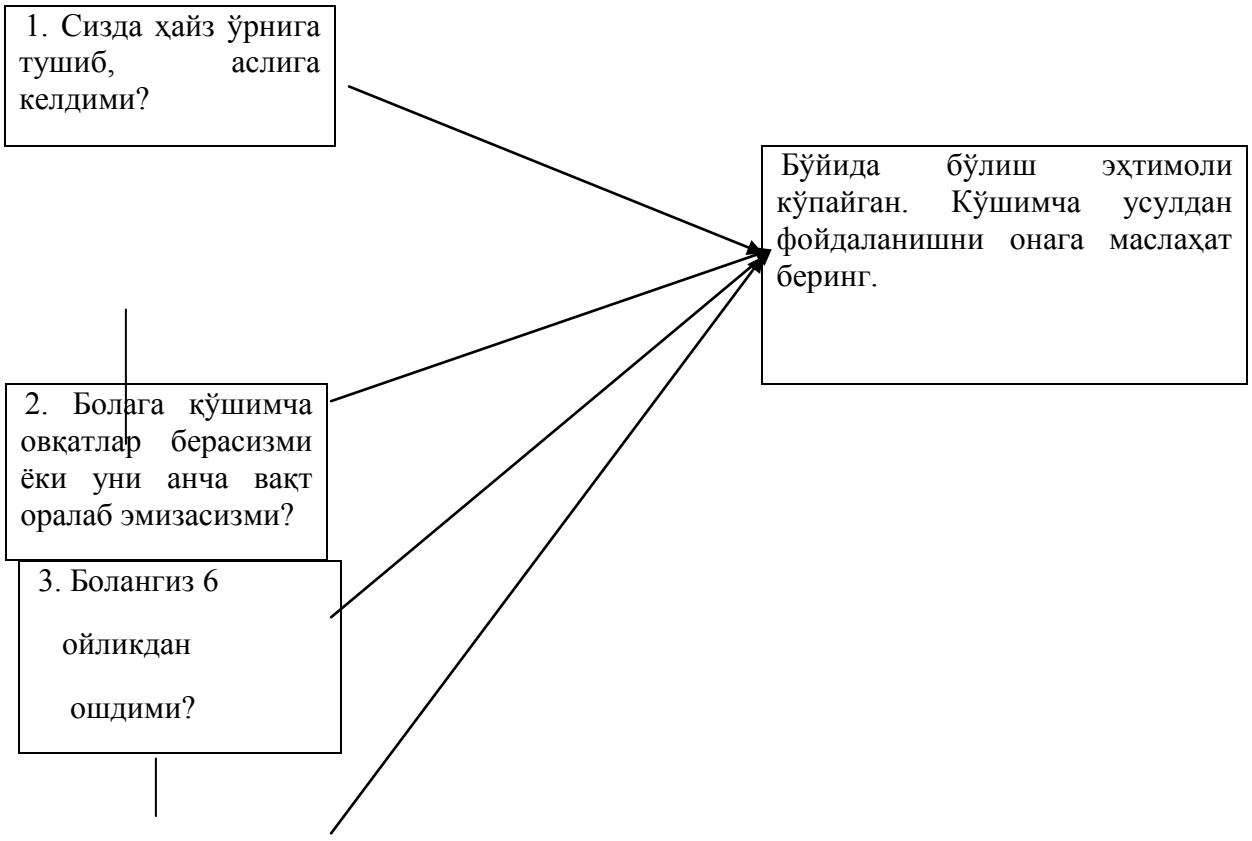
Бу усул репродуктив саломатлик хизмати ходимларининг 1989 йилдаги учрашувида батафсил ишлаб чикилган ва таьрифлаб берилган эди. Лактацион аменорея усули муайан коидаларнинг узига хос бир мажмуасидан иборат алгоритм сифатида такдим этилганки, шу қоидаларга амал қилиб бориш кўнгилдагидек натижа беради.

Лактацион аменорея усули гипоталамус билан тухумдонлар ўртасидаги тескари алоқа системасига асосланган. Боланинг кўкрак эмиши натижасида гипофизга нерв сигналлари келади ва унда фолликулларни жонлантирувчи гормон ишланиб чикиши камаяди, шу нарса уз навбатида тухум хужайра етилиб боришини тўхтатиб қўяди. Шундай қилиб, болани кўкрак билан эмизиш натижасида фолликул ривожланмай қолади ва аёл киши бўйида бўлмайди.

Модомики шундай экан, лактацион аменореядан фойдаланишни ниҳоят даражада бехатар ҳисобламок керак, бироқ ҳайзнинг аслига келиши фертиллик бошланганини кўрсатадиган энг муҳим белги бўлиб ҳисобланади.

Лактацион аменорея усули алгоритмлари

Онадан қуйдагиларни сўраб кўринг ёки саволларга жавоб беришни илтимос қилинг



Саволларнинг қайси бирига бўлмасин «Ҳа» деб жавоб беришган бўлса, ЛАУ усули самарасиз бўлади.

Болани фақат эмизиб боқиш ёки асосан эмизиб боқишнинг катта аҳамияти борлиги кўпдан - кўп текширишлардан маълум.

Болани эмизиш сонини камайтириш ва унга мунтазам равишда қўшимча овқат бериб бориш ҳайзнинг эртароқ ўрнига тушиб кетишига ҳам, ҳайз бошланишидан олдин овуляция бўлиб туришига ҳам олиб келиши мумкин. Шундай қилиб бола фақат эмизиб боқилганда ёки асосан эмизиб боқилганида лактацион аменорея усулининг нафи жуда яхши бўлади.

Туғруқдан кейин дастлабки 6 ойлик давр бўйида бўлиб қолиш эҳтимоли ҳаммадан кам бўладиган даврдир. Шу даврдан кейин болага қўшимча овқат бериб боришга киришилади-да, уни эмизиш маҳаллари камайиб боради. Шу нарса овуляциянинг аслига қайтишига олиб келади.

Бола қай тариқа эмизиб боқилаётганини аниқлаш.

Бу диаграмма болани эмизиб боқиш онанинг фертиллигига ҳам, сут ишланиб чиқишига ҳам физиологик жихатдан қандай таъсир ўтказишини кўрсатади.

Болани бекаму-кўст эмизиб боқиб боришнинг саккизта қоидаси

1. Чақалоқ туғилганидан кейин уни мумкин қадар эртароқ эмизиш учун имкон бериш ва лоақал бир неча соат мобайнида онаси билан қолдириш.
2. Бола очиққан сайин кундузи бўладими, кечаси бўладими, тез-тез эмизиб туриш.
3. Дастлабки 6 ой давомида болани фақат эмизиб боқиш.
4. Бола 6 ойлик бўлиб, унга қўшимча овқат бериб бориладиган бўлганида болани ҳамиша олдин эмизиб олиш ва кейин унга қўшимча овқат бериш.
5. Бола эмизишни у 2 ёшга тўлгунча ва бундан ошгунича давом эттириб бориш.
6. Она ва бола касал бўлиб қолса ҳам, болани эмизиб боқишни давом эттириш.
7. Болага шишачалар, пуч сўрғичлар ва бошқа нарсаларни беришдан қочиш.
8. Оналар толиқмайдиган, ёлчиб еб-ичадиган бўлишлари керак.

Лактацион аменорея усулининг контрацепцияга алоқаси бўлмаган афзалликлари қуйидагилардан иборат:

- бола пассив иммуннизацияланади – кўкрак сути оркали инфекцион касалликларга қарши таьсир кўрсатадиган ҳимояловчи антителоларни олиб туради;

- кўкрак сути бола учун ҳаммадан яхши овқат бўлиб ҳисобланади;

- бола эмизиб боқилганида сув, бошка сут ёки болалар овқатида учрайдиган ва ичак дисбактериозига сабаб бўла оладиган юқумли микроорганизмлар ўтишидан ҳоли бўлади.

Қандай бўлмасин маълум сабабларга кўра лактацион аменорея усулидан ҳамма қоидаларга риоя қилинган ҳолда фойдаланишнинг иложи бўлмаса, аёлга бемавруд ҳомиладорликдан сақланиш учун бошка усуллардан фойдаланишни маслаҳат бериш керак, лекин бу усуллар болани эмизиб боқишга таъсир кўрсатмайдиган бўлиши лозим. Юқорида баён этиб ўтилган соф прогестинли таблеткалар ва инъекция килинадиган прогестинли контрацептивлар, бачадон ичига қўйиладиган воситалардан фойдаланиш, жарроҳлик йўли билан стериллаш, тўсиқ бўладиган воситаларни ишлатиш ана шундай усуллардан бўлиши мумкин.

Амалий куникмалар руйхати.

Амалий кўникмалар:

1. Қин тозалик даражасини аниқлаш
2. Қин кўзгусида кўриш
3. Бимануал кўрик
4. БИВни киритиш
5. БИВни олиш

(ишчи дастур охиридаги Амалий куникмалар булимига каранг**)**

Вазиятли масала 1

Саида 20 ёшда, унинг 6 ойлик қизи бор. У ва турмуш ўртоғи кейинги 3 йилда фарзанд кўришни хоҳлашмайди. Унга дугонаси унинг онаси ва бувиси туғрукдан кейин 2 йил давомида ҳомиладор бўлмаганликларини айтиб берди. У радиодан БИВ қонтрацепциянинг самарали услуби эканини эшитди. У бу услуб ва дугонаси айтиб берган услуб ҳақида кўпроқ билишни хоҳлайди ва шу услублардан фойдаланмокчи.

Саволлар:

УАШ тактикаси

Текширув услублари.

Текширув натижалари таҳлили.

УАШ кейинги тактикаси.

Жавоблар:

Ҳамма қонтрацерция услублари ва БИВҳақида маълумот. Яқин орада ҳомиладор бўлиши ҳақида айтиб бериш

Кўзгулар ёрдамида ва бимануал кўрик, умумий қон таҳлили, 3 нуқтадан қин ажралмаси таҳлили

Hb кўрсаткичинормада(шунингдек 1 дар.Анемияда), қин 1ва 2дар. ТозалигидаБИВқўйиш кўрсатма. БИВ қўйиш

Тест саволлари

1. Қуйидаги аёлларга БИВ қўллаш мумкин эмас:

А) эмизикли аёлларга

Б) анамнезида ЖЙОЮЮК бор аёлларга*

В) 3 тадан ортиқ боласи бор аёлларга

Г) 35 ёшдан катта ва чекувчи аёлларга

Д) туғруқдан 2 ой кейин

2. Агар ҳайздан сўнг аёл БИВ ипчаларини топмаса:

А) ҳавотир олишга ҳожат йўқ, чунки БИВ бачадондан ташқарида бўлиши мумкин

Б) кейинги ҳайзгача кутиб ипчаларни текшириш керак

В) ҳар куни топилмагунича ипчаларни аниқлаш керак

Г) БИВ тушиб колиши мумкин, шунинг учун врачга мурожат қилиш керак*

3. БИВ қўллаганда Перль индекси тенг:

А) 0,5-1,0*

Б) 0,1

В) 0,2-0,4

Г) 1-2

Д) 3-2

4.Замонавий БИВ таркибида

А) этинил-эстрадиол (ЭЭ)

Б) мис, тилла, кумуш, прогестерон*

В) эстрадиол валерат

Д) мис

5. БИВ киритгунча қуйидаги ножўя таъсирлар кузатилиши мумкин:

А) кўнгил айнаши

Б) гиперполименорея, тўлғоқсимон оғриқлар*

В) аменорея

Г) Бош оғриғи

Д) семизлик

6. БИВ ни қуйидаги муддатларда кўйиш мумкин эмас:

А) кесар кесиш операциясидан 20 кундан кейин*

Б) абортдан сўнг (дарҳол, 7кун ичда)

В) Туғруқдан сўнг 48 соат, 6ҳафта ичида

Г) Эмизикли аёлларга 6 ойдан кейин

Д) ҳайзнинг 1-7 кунида

7 Copper T 380A БИВни қўллашнинг максимал муддати
А) 10 йил*
Б) 7 йил
В) 3 йил
Г) 5-6 йил
Д) 1-2 йил

8 даво самарасига эга спирал турларини кўрсатинг:
А) мис, тилла, прогестерон билан*
Б) с оловом
В) никелли
Г) радиоактив
Д) ҳеч қайсиси

9.БИВ асоратлари:
А) бачадон перфорацияси ва спирал экспульсияси*
Б) спирал экспульсияси
В) цервицит
Г) бепуштлик
Д) кольпит

10. БИВ афзалликларига киради:

А) юқори эффектив Перл индекси 0,5-1,0*

Б) тезкор эффектли контрацепции*

В) 10 йилгача давом этиши мумкин *

Г) жинсий алоқага боғлиқ эмас*

Д) аёл ўзи бу усулни тухтатаолмайди

Е) ЖЙОЮКдан сақламайди

Ж) БИВ ўрнатиш ва олиб ташлаш учун махсус таёрланган тиббий ходим керак

11. БИВ камчиликлари:

А) БИВ ўрнатишдан олдин махсус гинекологик кўрик ўтказилади*

Б) БИВ ўрнатиш ва олиб ташлаш учун махсус таёрланган тиббий ходим керак*

В) оғриқли ҳайздан сўнг ипчаларни текшириш лозим*

Г) аёл ўзи бу усулни тўҳтатаолмайди*

Д) арзон усул

Е) фертиллик тез тикланади

Ж) кўкрак билан эмизишга таъсир қилмайди

12. БИВни қуйидага муддатларда ўрнатиш мумкин:

А) ҳайзнинг 1 дан 7 кунигача*

Б) абортдан сўнг(дарҳол,7 кун давомида)*

В) туғруқдан сўнг 48 соат давомида ёки 6 ҳафтадан сўнг*

Г) кесар кесиш операциясидан 3 ойдан сўнг*

Д) туғруқдан 20 кун кейин

Е) туғруқдан 10 кун кейин

Ж) кесар кесиш операциясидан 20 кундан сўнг

13. БИВни қуйидаги аёллар қўллаши мумкин:

А) олдин БИВ қўллаган аёллар*

Б) эмизикли аёллар*

В) жинсий аъзолар яллиғланиш касалликлари бўлмаган аёллар*

Г) таблеткалар ичиш эсдан чиқарадиган аёллар*

Д) бир нечта жинсий алоқадор партнерлари бўлган аёллар

Е) ўсмирлар

Ж) жинсий аъзолар ривожланиш аномалиялари бор аёллар

14. БИВ ўрнатганда қуйидаги асоратлар юзага келиши мумкин:

А) бачадон перфорацияси*

Б) гиперполименорея*

В) аменорея

Г) бош оғриши

Д) семириш

Е) кўнгил айниш

15. БИВ ўрнатгандан сўнг аёл ҳушидан кетди, нима қилиш лозим:

А) пешонасига совуқ компресс қўйиш лозим*

Б) оёк томонини кўтариш керак*

В) бошини ёнбошга қаратиш керак*

Г) тоза ҳавога йўл очиб бериш*

Д) адреналин қилиш

Е) преднизолон қилиш

Ж) анальгин қилиш

З. БИВни олиб ташлаш

16. Бачадон перфорациясига шубҳа туғилганда:

А) манипуляцияни тўҳтатиб, БИВни олиб ташлаш керак*

Б) КБ, пульсни ўлчаш керак*

В) ички қон кетиш симптомлари юзага келганда хирургик ёрдам кўрсатиш*

Г) 2 соат давомида кузатиш, гемодинамикада ўзгариш бўлмаса уйига кетиши мумкин*

Д) 0.5 соатдан сўнг уйига кетиши мумкин

Е) тезкор лапаротомия операциясига олиш лозим

17. аёл қонли ажралма, қорин пастида оғриққа шикоят қилганда тактика:

А) қин кўзгуларида, бимануал кўрик, УТТ*

Б) бачадондаги ва бчадондан ташқари хомиладорликни инкор этиш*

В) ВЗОТни инкор этиш*

Г) Маслаҳат бериш

Д) антианемик препаратлар буюриш

Е) фақат УТТ

18. БИВ ўрнатишда эхтиёт чоралари

А) таҳмин қилинаётган хомиладорлик*

Б) қиндан қон кетиши*

В) ВЗОТ*

Г) Туғрукдан кейин дарҳол

Д) чекувчи аёллар

Е) репродуктив ёшдаги исталган аёл

Амалий машғулот-№18

Киндан кон кетиш. Абортлар. Ўз-ўзидан содир бўлган абортларда шошилинч ёрдам.

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машгулот давомийлиги-3 академик соат 240 мин	Талабалар сони: 8-9 киши
Ўкув машғулоти тури	Амалий машгулот
Машгулот ўтказиш жойи	ВПМ бўлимларида ва ОПда УАШ кабинети, аудитория, лаборатория, УТТ кабинети

Машгулот тизими	**24. Кириш** **25. Назарий қисм** - назарий кисм мухокамаси – кейс ечиш **26. Амалий кисм** - амалий кўникмалар алгоритми -амалий кисм мухокамаси -№191 буйрук асосида рецепт ёзиш. **4. Бахолашни амалга ошириш** - ўзини ва ўзаро бахолаш - ўкитувчининг бахоси **5.Ўкитувчининг ҳулосаси.** Билимларни баҳолаш. Кейинги машғулот (ротация буйича қаранг) мавзуси бўйича саволлар билан танишиш.
Ўкитувчининг вазифалари: - Мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш ва чукурлаштириш; - Тизимлаштириш, таккослаш, умумлаштириш, маълумотларни тахлил килиш бўйича кўникмаларни ривожлантириш; - Команда бўлиб ишлаш, киришимлилик кўникмаларини ривожлантириш.	**Талабанинг вазифаси** 6. Хомиладор ва гинекологик касал беморларни объектив ва субъектив текшириш; 7. лаборатор ва инструментал текшириш усуллари натижаларини тахлил килиш 8. Хомиладорларни ва гинекологик касалларни госпитализация килиш критерияларини аниклаш; 9. амбулатор-поликлиника ва уй шароитида Хомиладорларни кузатиш 10. Хомиладорлар ва гинекологик касал беморлар картасини тўлдириш.
Ўкитиш усуллари ва техникаси	Дискуссия, сухбат, интерфаол усуллардан фойдаланиш,, кейс-технология техникаси, талабалар презентацияси, вазиятли масалалар ва тест саволларини ечиш.
Ўкитиш воситалари	Ўкув кўлланмалари, туғруқ тарихи, методик тавсияномалар, муляж, тарқатма материаллар, флип-карталар, доска-тренога, маркерлар, скотч.
Ўкитиш шакллари	Индивидуал кичик гуруҳларда ва жамоавий ишлаш
Ўкитиш шарт- шароитлари	ВПМ кабинети, гурухий ишлаш учун шароити бўлган аудитория, муляжлар и асбоблар - стетоскоп, сантиметр лентаси, кузгу, қўлқоплар, кушетка, амалий кўникмаларни бажариш бўйича стандарт қадамлар.
Кайтар алоқа усуллари ва воситалари, мониторинг ва баҳолаш	Огзаки назорат: текширувчи саволлар, вазифаларни гурухчаларда бажариш; Ёзма назорат: мавзуга доир препаратларга №191 буйрук

	асосида рецепт ёзиш.

2. **Машғулотнинг технологик картаси**

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти 240 мин
1	Саломлашиш. Кун тартиби билан танишиш.	Илова №1.	10
2	Укитувчининг кириш сузи. (Мавзуни мухокама килиш, Машгулот максади)	ФК	10
3	Дастлабки билим даражасини текшириш ”Т-схема”усули	Илова №2	30
4	Беморларни курация қилиш	Мавзу бўйича беморлар, касаллик ва амбулатор тарихи	90
5	Мавзуни мухокама килиш –дискуссия килган холда презентация килиш.	ФК. Компьютерда презентация.	40
Танаффус			30
6.	Органайзерлар тузиш («кичик гурухда иш» уйини).	Илова№3	10
7	Укитувчининг мавзу буйича якуни.Хар бир талабанинг билимларини 100-баллик система буйича бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.(ротация буйича каранг).	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар)	20
	жами		240

Назарий қисм.

Абортлар. Таснифи, диагностикаси, давоси, реабилитация. Абортлар турлари:

Хомиладорликнинг хомила яшаш кобилияти муддатигача булган даврда (хомиладорликнинг 22 хафтасигача) уз - узидан эрта тухташи ихтиёрсиз аборт деб аталади. Ихтиёрсиз абортлар куйидаги стадиялардан иборат:

Хавф солувчи аборт (хомиладорлик давом этиши мумкин);

Жадаллашган аборт (Хомиладорлик давом эта олмайди ва чала/ тулик аборт боскичига утиши мумкин);

Чала аборт (хомила тухуми кисмлари кисман чиккан);

Тулик аборт (хомила тухуми кисмлари тулик чиккан).

Сунъий аборт деб хомиланинг яшашга лаёкати буладиган давргача хомиладорнинг тухтатилишига айтилади.

Криминал аборт деб зарур квалификацияга эга булмаган шахслар томонидан ёки минимал тиббий стандартлар талабларига жавоб берадиган шароитлар булмаган ёки хар иккала сабабга кура хомиладорликнинг тухтатилишига айтилади.

Септик аборт - бу инфекция билан асоратланган абортдир. Сепсис - генитал тракт пастки кисмларидан инфекциянинг ихтиёрсиз абортдан ёки криминал абортдан кейин таркалишидир. Сепсис бачадон ичида ҳомила тухуми кисмлари колиб кетганда ёки уни олиб ташлаш кечикканда содир булади. Сепсис - криминал аборт стерил булмаган инструментлар билан утказилгандаги куп учрайдиган асорат хисобланади.

Табл. Эрта хомиладорлик муддатларида вагинал кон кетиш диагностикаси.

Мавжуд симптомлар ва (типик) белгилар	Баъзан мавжуд симптомлари ва белгилари.	Тахминий ташхис
- Енгил кон кетиш - бачадон буйни ёпик Бачадон улчами хомиладорлик муддатига тугри келади	корин пастида спазмлар/огриклар - бачадон меъёридан юмшок	Хавф солувчи аборт.
- Кучли кон кетиш - бачадон буйни очилган бачадон улчами хомиладорлик муддатига тугри келади.	- корин пастида огрик - бачадон огрикли хомила фрагментлари билан ажралмалар йук.	Жадаллашган аборт
- Кучли кон кетиш - бачадон буйни очик - бачадон хомиладорлик муддатига мос келади	- корин пастида тулгоксимон огриклар. кисман хомила фрагментлари билан ажралма	Нотулик аборт
- Енгил кон кетиш - бачадон буйни ёпик бачадон улчами кутилаётган хомиладорлик муддатидан кичикрок -бачадон меъёридан юмшокрок	- Корин пастида енгил спазмлар/огриклар . - Анамнезида хомила фрагментлари билан ажралма мавжудлиги	Тулик аборт

ЖССТ маълумотларига кура даволаш муолажапари таркибига киради:

Хавф солувчи абортда: Одатда медикамент даволашга эхтиёж йук

Аёлга фаолликни кучайтирувчи ва жинсий алокалардан сакланиш маслахат берилади. Агар кон кетиш тухтаса , кузатишни аёллар маслахатхонасида давом эттираверинг. Агар кон кетиши такрорланса аёлнинг ахволини баҳоланг

Агар кон кетиш давом этаверса, хомилани хаётга лойиклигини (хомиладорликка тест, УТТ) ёки бачадондан ташкари хомиладорлик эхтимолини бахоланг. Давомли кон кетиш булса, айникса бачадон улчами кутилаётгандан кура катта булса, унда кўшхомилалик ёки елбугоз бўлиши мумкин.

Жадаллашган абортда:

Агар хомиладорлик муддати 16 хафтадан кичик булса, бачадон бушлиги таркибини МВД усули билан олишни режалаштиринг.

Агар бундай олиб ташлашни иложи булмаса дархол килиниши керак:

- Эргометрин 0,2 мг м/о (лозим булса 15 минутдан кейин кайтаринг) ёки мизопростол (сайтотек) 400мкг перорал (лозим булса яна 4 соатдан кейин кайтаринг) буюринг;
- Бачадон бушлиги таркибини эвакуациясига иложи борича тезрок тайёрланинг.

Агар хомиладорлик муддати 16 хафтадан ошган булса:

- Хомила тухуми спонтан экспульсиясини кутинг, кейин колиб кетган фрагментларни опиш максадида бачадон бушлиги аспирациясини утказинг;
- Зарур булса окситоцин 40 ЕД ни 1л эритмага кушиб юборинг (физиологик эритма ёки Рингер лактатида) минутига 40 томчи тезлигида, хомила тухуми экспульсиясига ёрдам

максадида.

- Олиб борилган терапиядан сунг аёлни кузатувини амалга оширинг.

Нотулик аборт:

Агар кон кетиш енгилдан уртача даражагача булса ва хомиладорлик муддати 16 хафтадан кичик булса, бачадон бушлигидан буйинчаси оркали тушган хомила тухуми кисмларини олиш учун бармоклардан ёки учи утмас кискичлардан фойдаланинг:

- МВА бундай эвакуацияда авзал усул саналади. Уткир кюреткалар ёрдамида эвакуация МВА куллаб булмаган холатларда фойдаланилади;
- Агар бачадон бушлигини тезда бушатишнинг иложи булмаса, эргометрин 0,2 мг м/о (зарур булганда 15 минутдан кейин кайтаринг) ёки мизопростол (сайтотек) 400м кг перорал (лозим булса яна 4 соатдан кейин кайтаринг) буюринг;

Агар хомиладорлик муддати 16хафтадан катта булса:

окситоцин 40 ЕД ни 1л эритмага кушиб юборинг (физиологик эритма ёки Рингер лактатида) минутига 40 томчи тезлигида, хомила тухуми экспульсиясигача;

- Зарурият булса, мизопростол (сайтотек) 200мкг вагинал, экспульсиягача 4 соат утказиб яна куйилади, бирок умумийдоза 800 мкг дан ошмаслиги керак;
- Хомила тухумининг колган кисмларини олиб ташлаш (МВА)

- Аёлнинг кейинчалик кузатувини амалга оширинг.

Тулик аборт:

- Бачадон бушлиги ушламаси эвакуациясига хожат йук.
- Кучли кон кетишни олдини олиш учун аёлни доимий кузатинг.

Аёлнинг кейинчалик кузатувини амалга оширинг.

Аборт утказган аёллар устидан кейинги назорат:

Аёлни стационардан чикариб юборишдан олдин аёлга ихтиёрсиз абортларнинг кенг таркалганлиги ва улар 15%га якин (хар 7 ичи) аникланган хомиладорликлар орасида учрашини айтиб беринг. Шунингдек аёлга навбатдаги хомиладорликларнинг мувафакиятли тугашига имкон борлигига ишонтиринг. Содир булган абортнинг сабабини аниклашгахаракат килинг, чунки у кейинги хомиладорликка хам уз салбий таъсирини утказиши мумкин. Аёлни кейинги хомиладорликка тулик согаймагунча рухсат этилмаслигига ишонтиринг.

Аёлга оилани режалаштириш айрим усуллари тугрисида маслахат беринг. Уни куйидаги шароитларда тезда (7 кун ичида) бошланг: Кейнги даволашни талаб килувчи огир асоратлар булмаганда;

Аёл оилани режалаштириш буйича тугри маслахат олганда ва тугри усул танланганда.

Бундан ташкари, баъзи аёлларда:

- Жинсий йул билан юқадиган касаллик (ЗППП)ларни даволаш;
- Бачадон буйни ракини аниклаш учун скрининг текшируви утказиш лозим

Хайз цикли бузилишлари таснифиасосида хайзнинг бор ёки йуклигига, ритм бузилишлари хуссиятига ёки йукотилган кон микдори узгаришига, огриклилигига кура гурухларга булиш асос килиб олиш тавсия килинган. Клиник жихатдан хайз цикли бузилишларининг куйидаги гурухлари фарк килинади:

1.Патологик аменорея (бирламчи ёки иккиламчи). Хайзнинг 6 ой ва ундан куп булмаслиги

Дисфункционал бачадон кон кетишлари (овулятор, сарик тана персистенцияси ёки етишмовчилиги билан ва ановулятор фолликулнинг эрта атрезияси ёки унинг персистенцияси билан).

2.Метрорагиялар (хайз цикли билан боглик булмаган кон кетишлар) ёки менорагиялар (хайз цикли билан боглик булган кон кетишлар):

-Эндометрий полипозларида;

-эндометритда;

-аденомиозда;

-фибромиомада;

4. Альгодисменорея.

Беморларнинг асосий гурухини кон кетишли пациентлар ташкил килади - 85-86%гача.

ИЛОВА№1: «Т-схема»усули

Укитувчилар томонидан олдиндан муаммоли масалалар берилади.Қарама-қарши гуруҳлар диагностика ва даволаш тадбирларини шарҳлаб беришади.

Ихтиёрсиз аборт сабаблари?

Умумий инфекцион ва ноинфекцион касалликлар, ички секреция фаолиятининг бузилиши, моддалар алмашуви ва вегетатив нерв тизимининг бузилиши; овкатланишнинг бузилиши ва гиповитаминозлар; кон касалликлари, эр-хотин уртасида коннинг изоантиген мос келмаслиги; жинсий аъзоларнинг ривожланиш аномалиялари, уругланган тухум хужайранинг патологияси.

Абортларнинг турлари?

Ихтиёрсиз аборт: хавф солувчи, жадаллашган, нотулик, тулик аборт;

Сунъий, криминал, септик аборт.

Абортдан кейинги асоратлар?

Бачадон буйнининг йиртилиши, бачадон перфорацияси, эндометрит, параметрит, бачадон ортиклари яллигланиши, пельвиоперитонит, перитонит, сепсис.

Меноррагия нима?

Бу хайз цикли билан боглик кон кетиши

Метроррагия нима?

Хайз цикли билан боглик булмаган кон кетиши

БДКК нима?

Тухумдонларнинг ва ГГС нинг гормонал фаоллигининг анатомик бузилишларсиз функционал бузилиши натижасида кузатиладиган бачадондан кон кетишига БДКК дейилади.

БДКК келиб чикишига нима мойиллик килади?

Перинатал даврнинг ёмон кечиши; эмоциональные и психические стресслар; бош - мия травмалари; гиповитаминозлар ва алиментар омиллар; аборлар; гормонал гомеостаз бузилишлари; гениталийнинг утказилган яллигланиш касалликлари ;эндокрин ва нейроэндокрин касалликлар; турли интоксикациялар;касбий зарарли омиллар.

БДКК ёшнинг кайси даврларида учрайди?

Ювенил бачадондан кон кетишиное, репродуктив ёшдаги БДКК, пременопауза давридаги БДКК.

ИЛОВА№2

КЛИНИК ХОЛАТЛАР ТАХЛИЛИ

Педагог муаммоларни ечиш ва шахслараро муносабатда малакани ошириш максадида холатлар тайлили кандай утказилишини тушунтиради. Тахлилнйнг умумий таркиби тушунтирилади (бахолаш, диагностика, олиб бориш тактикаси). Талабалар 2 гурухга булинади, хар бир гурухга клиник ситуация такдим килинади ва хар бир холатни мухокама килиш суралади. Кейин хар гурухдан бир вакил 5 дакика давомида вокеа ечимини хаммага сузлаб беради. **Клиник ситуация №1**

А. 28 ёш. У тиббий марказга киндан енгил конли ажралмаларга шикоят килиб мурожаат килганда 12 хафталик хомиладор эди. Мазкур хомиладорлик - биринчиси. Бу режалащтирилган хомиладорлик булиб, шу вактгача у узини яхши хис килган Бахолаш: •

Бирламчи бахолашга сиз нимани кушасиз ва нима'учун?

Саломлашиши, тинглаш, у шок холатидами ёки йуклигини зудлик билан аниклаш - тез ва кучсиз пульс, САБ 90мм.с.у дан паст; рангпар, терлаш ёки калтираш, тери нам; тез-тез нафас олиш; талвасалар.

Физик курикнинг кандай аспектлари ташхис куйишда ёрдам беради?

Корин сохасини куриш, вагинал курик (бачадон улчами ва консйстенцияси, бачадон буйни сезгирлиги ва очик ёпиклиги, унда кандайдир тукиманинг мавжудлиги ва кон кетиш хажми)

Кандай сабабларни инкор килиниши керак?

Аборт (хавф солувчи, жадаллашган, нотулик, тулик), елбугоз, ривожланмаётган хомиладорлик.

Бахолашдан кейин олинган маълумотлар:

Температура - 36,8 С, пулъс - 82уд/мин, АД 110/70мм.рт.ст. Тери окармаган ва курук. Унда корин пастида енгил огрик ва енгил кон кетиш мавжуд. Бачадон улчами хомиладорлик муддатига мос келади, бачадон буйни огриксиз ва ёпик..

Ташхис?

Хавф солувчи аборт.

Сизнинг тактикангиз ва нима учун?

Шу моментда тиб. даволаш талаб этилмайди. Жисмоний зурикиш ва жинсий алока рухсат этилмайди, тугри овкатланиш ва дам олиш тавсия килинади. Кон кетиш тухтагандан кейин поликлиника шароитида кузатиш. Агар кон кетиши давом этса, кайтадан бахоланади.

Клиник ситуация №2

14 ёшли киз давомли, куп микдорда кон кетиши, холсизлик, тез чарчаш, бош огриги билан мурожаат килди. Анамнезидан: тез - тез ангина, сурункали тонзиллит. Менархе 13 ёшдан, норегуляр. Кон кетиш 2 ой хайз цикли тутилгандан кейин бошланган ва 10 кун мобайнида давом этмокда. Бахолаш:

■ Бирламчи бахолашга сиз нимани кушасиз ва нима учун?

Саломлашиши, тинглаш, у шок полатидами ёки йуклигини зудлик билан аниклаш - тез ва кучсиз пульс, САБ 90мм.с.у дан паст; рангпар, терлаш ёки калтираш, тери нам;

Физик курикнинг кандай аспектлари ташхис куйишда ёрдам беради?

курик, УТТ, коннинг реологик ва коагуляцион хусусиятини текшириш.

Кандай сабабларни инкор килиниши керак?

Ювенил ёшдаги БККини кон касалликлари, тухумдон поликистози синдроми, бачадон миомаси, жинсий органларнинг хавфли усмалари билан таккослаш керак.

Ташхис кандай? Ювенил БДКК.

Сизнинг тактикангиз ва нима учун?

I- гемостаз; II. - кон кетиш профилактикаси.

Гемостаз учун:

-гормонал препаратлар; бачадон ичини кириб тозалаш кулланилади.

Кон кетишини тухтатиш куйидаги омилларга боглик: беморнинг ахволига, кон кетиш даражасига, кон кетиш давомийлигига.

Сезиларсиз анемияда купчилик муаллифлар эстероген сакловчи препаратларни ва кон тухтагандан кейин гестагенларни кабул килиш кераклигини таклиф килишади. Эстрогенлар гемостаз максадида катта дозада буюрилади: 0,1% эстрадиол дипропионат эритмаси 1 мл м/о хар 2-3 с.,ёки этинил экстрадиол (микрофоллин) 0.1 - 0.2 мгдан хар 2-Зс. Одатда гемостаз 24-48 с кейин содир булади. Кон кетиш тухтагандан кейин препарат дозаси камайтирилиб, 2 - 3 хафта давом эттирилади, ундан кейин эса, 1 хафта давомида гестаген препаратлари буюрилади. (1% раствор прогестерона по 1 мл в/м ежедневно или 1мл 12,5% растврра 17 ОПК на 21 день цикла). Циклик терапия 3-4 ой мобайнида утказилади. Гемостатик максадда эстроген - гестаген препаратлар (регивидон. микрогинон.рсгулои) кулланилади. Бунинг учун препаратлар 1 таблеткадан хар 2 соатда, овкатдан кейин, кон кетиш тухтагунча буюрилади, лекин таблеткалар сони суткасига 6 тадан ошмаслиги керак. Кейин хар купи 1 тадан камайтириб, суткасига 1 таблеткагача етказилади ва шу тарзда 21 кунгача кабул килинади.

Гормонал гемостаз ноэффектив ёки бемор ахволи огир булса, бачадон ичиниб кириш утказилади ва кириндини гистологик текширилади.

Бир вактнинг узида антианемик даво утказилади (курсатмаларга кура кон , плазма, кон урнини босувчи сукжликлар, темир препаратлари перорал ёки В/и, витаминлар: В12, В6, С. Р), хамда утеротоник воситалар, кальций препаратлари кулланилади. Иккинчи боскичда кон кетиши рецидивини олдини олиш буйича муолажалар утказилади: эстроген-гестаген препаратлари циклнинг 16 - 25- кунлари 3-4 ой мобайнида ёки юф гестагенлар: норколут

циклнинг16- 25- кунлари, 12,5% 17 ОПК эритмаси 1 млдан 3-4 ой мобайнида. Физик омиллар: эндоназал электрофорез витамин В 1 билан ёки новокаинли электрофорез, бачадон буйни электростимул яцияси кулланилади. Иглорефлексотерапия, электропунктура, лазеропунктурадан яхши натижаларга эришилган.

Тест

1. Абортни асоратига нима хос эмас? $
гипотоник кон кетиш$
инфекцияланиш$
бепуштлик$
перфорация$
Симптомли миома пайдо булиши#

2. Артифициал аборт неча хафталик хомиладорлик муддатида килинса хавфсиз ва асоратсиз кечади? $
12 хафтагача$ *
14 хафта$
16 хафта$
18 хафта$
28 хафтагача#

3. Артифициал аборт килишдан олдин кандай текширишлар утказилади $
вассерман реакцияси ,кин суртмаси$ *
кон анализи$
узи$
сийдик анализи#

4. Бола ташлаш /аборт/нинг клиник кечиш даврлари $
тулик булмаган ва тулик аборт$
бошланган,давомли тулик булмаган ва тулик аборт$
тахдидли,бошланган,давом этаетган,нотулик ва тулик$ *
12 хафтагача 20 хафтагача 28 хафтагача$
суний ва сунъий булмаган аборт#

5. Сунъий абортнинг бевосита асоратларига кирмайди $
бачадон буйнининг йиртилиши$
бачадон перфорацияси$
кон кетиш$
ДВС синдром$
жинсий аъзоланинг яллигланиши#

6. Абортнинг олдини олишнинг асосий йули $
диспасеризация$
хар йили 2 маротоба врач куригидан утиш$
контрацепция$*
хомиладорликнинг илк даврида вакуум-аспирация килиш#

7. Вакуум-аспирация качонгача килиниши мумкин? $
10-15 кунгача$
20-25 кунгача$
1 ой мухлатгача$
15-21 кунгача$*
хомиладорликнинг 3 ойлигигача#

8. Нотугри жавобни топинг:чала абортда $
тана харорати ошиши$ *
лахта-лахта кон кетиш$
бачадон буйни 1 бармок очик$
бачадон кичрайган$
бачадон юмшок#

9. Нотугри жавобни топинг:эрта муддатда бошланган абортни нима билан алмаштириб юбориш мумкин? $
асоратланган аборт билан$
асоратсиз аборт билан$
тухумдон усмаси билан$
чала аборт билан$
бачадондан ташкари хомиладорлик билан#
10. Хавф солувчи аборт давосига кирмайди? $
стационарга еткизиш$
тинчлантириш$
бачадон буйнини тикиш$
тубэктомия# *
11. Аборт деб нимага айтилади?
*хомиладорликни 22 хафтасигача сунъий еки ихтиерий тухташи
хомиладорлик 16 хафтасигача тухташи
хомиладорлик 12 хафтасига тухташи
хомиладорлик 42 хафтасида тухташи
12. Абортни асоратига нима хос эмас?
*Симптомли миома пайдо булиши
гипотоник кон кетиш
инфекцияланиш
бачадон перфорация
13. Артифициал аборт неча хафталик хомиладорлик муддатида килинса хавфсиз ва асоратсиз кечади?
*12 хафтагача
14 хафта
18 хафта
28 хафтагача
14. Артифициал аборт килишдан олдин кандай текширишлар утказилади.
*вассерман реакцияси, кин суртмаси
кон анализи
утт
сийдик анализи
15. Хомиладорликни замонавий усуллар оркали уттш.
*Бачадон бушлигини кириш
Вакуум аспирация
Простагландинлар ишлатиш
хомиладорликни сунъий уттш качон куллатилган
16. Сунъий абортнинг бевосита асоратларига кирмайди
*жинсий аъзоланинг яллигланиши
бачадон буйнининг йиртилиши
бачадон перфорацияси
ДВС синдром
17. Суньий абортнинг кайси усули доимий амалиетда куп кулланилмайди.
*гистеротомия
12 хафтали хомиладорликдан кейин бачадон ичини кириш

АМАЛИЙ МАШГУЛОТ №19

Хайз циклининг бузилиши. Бачадондан дисфункционал кон кетиши

Машгулот давомийлиги-3 академик соат 240 мин	Талабалар сони: 8-9 киши
Ўкув машғулоти тури	Амалий машгулот
Машгулот ўтказиш жойи	ВПМ бўлимларида ва ОПда УАШ кабинети, аудитория, лаборатория, УТТ кабинети
Машгулот тизими	**27. Кириш** **28. Назарий қисм** - назарий кисм мухокамаси – кейс ечиш **29. Амалий кисм** - амалий кўникмалар алгоритми -амалий кисм мухокамаси -№191 буйрук асосида рецепт ёзиш. **4. Бахолашни амалга ошириш** - ўзини ва ўзаро бахолаш - ўкитувчининг бахоси **5.Ўкитувчининг ҳулосаси.** Билимларни баҳолаш. Кейинги машғулот (ротация буйича қаранг) мавзуси бўйича саволлар билан танишиш.
Ўкитувчининг вазифалари: - Мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш ва чукурлаштириш; - Тизимлаштириш, таккослаш, умумлаштириш, маълумотларни тахлил килиш бўйича кўникмаларни ривожлантириш; - Команда бўлиб ишлаш, киришимлилик кўникмаларини ривожлантириш.	**Талабанинг вазифаси** 11. Хомиладор ва гинекологик касал беморларни объектив ва субъектив текшириш; 12. лаборатор ва инструментал текшириш усуллари натижаларини тахлил килиш 13. Хомиладорларни ва гинекологик касалларни госпитализация килиш критерияларини аниклаш; 14. амбулатор-поликлиника ва уй шароитида Хомиладорларни кузатиш 15. Хомиладорлар ва гинекологик касал беморлар картасини тўлдириш.
Ўкитиш усуллари ва техникаси	Дискуссия, сухбат, интерфаол усуллардан фойдаланиш,, кейс-технология техникаси, талабалар презентацияси, вазиятли масалалар ва тест саволларини ечиш.
Ўкитиш воситалари	Ўкув кўлланмалари, туғруқ тарихи, методик тавсияномалар, муляж, тарқатма материаллар, флип-

	карталар, доска-тренога, маркерлар, скотч.
Ўкитиш шакллари	Индивидуал кичик гуруҳларда ва жамоавий ишлаш
Ўкитиш шарт- шароитлари	ВПМ кабинети, гурухий ишлаш учун шароити бўлган аудитория, муляжлар и асбоблар - стетоскоп, сантиметр лентаси, кузгу, қўлқоплар, кушетка, амалий кўникмаларни бажариш бўйича стандарт қадамлар.
Кайтар алоқа усуллари ва воситалари, мониторинг ва баҳолаш	Огзаки назорат: текширувчи саволлар, вазифаларни гурухчаларда бажариш; Ёзма назорат: мавзуга доир препаратларга №191 буйруқ асосида рецепт ёзиш.

3. **Машғулотнинг технологик картаси**

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти 240 мин
1	Саломлашиш. Кун тартиби билан танишиш.	Илова №1.	10
2	Укитувчининг кириш сузи. (Мавзуни мухокама килиш, Машгулот максади)	ФК	10
3	Дастлабки билим даражасини текшириш”Айлана стол”усули	Илова №2	30
4	Беморларни курация қилиш	Мавзу бўйича беморлар, касаллик ва амбулатор тарихи	90
5	Мавзуни мухокама килиш –дискуссия килган холда презентация килиш.	ФК. Компьютерда презентация.	40
Танаффус			30
6.	Органайзерлар тузиш («кичик гурухда иш» уйини).	Илова№3	10
7	Укитувчининг мавзу буйича якуни.Хар бир талабанинг билимларини 100-баллик система буйича бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.(ротация буйича каранг).	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар)	20
	жами		240

4. Мавзуни асослаш:

Мазкур муаммони урганиш, хомиладорликнинг тухташлари ва абортлардан кейинги асоратлар сонининг купайиб бориши сабабли, долзарбдир. Мураккаб нейроэндокрин тизимдаги бузилишлар натижасида тавсифи ва огирлик даражаси турлича булган хайз цикли

бузилишлари - бачадондан кон кетишлардан тортиб аменореягача кузатилади. Хайз фаолиятининг бузилишлари окибатида аёлнинг репродуктив фаолияти ва мехнат кобилиятининг бузилиши кузатилади. Бундан ташкари рак олди касалликлари ва эндометрий раки ривожланиши учун хавф тугилади.

5. Фанлараро ва ичидаги богликлик:

Хомилани уз-узидан тушиши, хомилани ривожланмаслиги, хайз циклини бузилишлари ва бачадондан дисфункционал кон кетишига купинча жинсий йул оркали юкадиган касалликлар, эндокрин бузилишлар, модда алмашинуви жараёнидаги номутаносибликлар сабаб булади. Шу сабабли урганилаётган патологиянинг хусусиятларини билиш учун турли билимлар,гистология, микробиология, эндокринология ва тери ва таносил касалликлари кафедраларида олинган маълумотлар захираси булиши лозим.

Назарий қисм

Ҳайз (ой кўриш) деб, аёлларнинг бачадонидан мунтазам равишда қон келишига айтилади. Ҳайз балоғатга етиш жараёнининг дастлабки ойларида 12-15 ёшлар орасида кузатилади. Қизлар 16-17 ёшда тўлиқ балоғат ёшига етадилар. Ҳайз қон кетиш цикли бўлиб, маълум бир муддат қарийб 3-6 кун давом этади. ҳайз аёлнинг бола туғадиган ёшида қайтарилиб фақат ҳомиладорликда ва кўпинча бола эмизиш даврида ҳайз кўрмайди. Ҳайз климакс даврида (45-55) ёшда тўхтайди. Ҳар гал ҳайз кўрганда аёл 50-150 г-гача қон йўқотади. Ҳайз қони ишқорни реакцияли, қўнғир рангда, шиллиқ аралаш бўлиб, унда ивиш жараёни кам бўлади.

Қиз бола биринчи марта ҳайз кўрганда унинг организмида бир қатор ўзгаришлар содир бўлади. Тана шакли бир мунча думалоқлашади, аёлларга хос иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлади кўкрак безлари катталашади, қов устида жунлар пайдо бўлади, ташқи ва ички жинсий аъзолар тўлиқ етилади. Ҳайз цикли ҳайз кўришнинг биринчи кунидан то келгуси ҳайзнинг биринчи кунигача хисоб қилинади.

Кўпинча ҳайз цикли 28 кун, камдан- кам аёлларда 21 ёки 30-32 кун давом қилади. Ҳайз цикли мобайнида аёллар организимида турли ўзгаришлар кузатилади.

Ҳайз цикли физиологик жараён бўлиб, охирги ҳайзнинг биринчи кунидан то кейинги ҳайзнинг бошланиш кунигача бўлади. Хозирги тушунчаларга асосан ҳайз цикли 5 та боскичда ўтади: 1) бош мия пустлоғи; 2) гипоталамус; 3) гипофиз; 4) жинсий безлар; 5) периферик аъзолар (бачадон, бачадон найчалари, қин) (11- расм);

Биринчи олий босқичга бош мия пустлоғи ва экстрагипоталамик церебрал тузилмалар (лимбик тизим, гиппокалмп, бодомсимон тана) киради (12-расм).

Бош мия пўстлоғи — ҳайз циклини бошкариш ва тартибга солиш вазифасини бажаради. Бош мия оркали ташқаридаги таъсиротлар нервтизимининг пастдаги ҳайз циклида иштирок этувчи бўлимларига узатилади.

Тажриба ва клиник кузатувлар шуни кўрсатадики, асабий холатларда жинсий аъзо тизимларида бир катор ўзгаришлар бўлиб, ҳайз циклини холати ва тартиби издан чиқади. Аммо хозир ҳам бош мия пустлоғида ёки унинг бирор кисимда ҳайз циклини бошқарувчи марказ аниқланмаган.

Иккинчи босқичи - гипоталамус, оралик миянинг бўлими бўлиб, бир қатор ўтказувчи нерв толалари (аксонлар) туфайли, бош миянинг турли бўлимлари билан боғлиқ бўлади. Шунга кўра у марказий нерв тизимининг ҳайз циклини бошқаришда хам иштирок этади. Гипоталамусда барча периферик гормонлар учун, шулар қаторида тухумдонлар учун ҳам рецепторлар бор. Демак, гипоталамус организмга атроф муҳитдан узатиладиган импульсларнинг бир-бири билан мулоқат қилинишини таъминлайди. Шу билан бир қаторда у

ички секреция безларнинг фаолиятида хам иштирок этади. Гипоталамусда стимулловчи (либеринлар) ва блоқловчи (статинлар) гормонлар ишлаб чиқарилади. Шулар қаторида фоллиберин ва люлиберин гипофизга таъсир қиладиган гонадотропин-рилизинг гормон (ГнРГ), лютеинловчи рилизинг гормон (ЛГРГ) ишлаб чиқарилади.

Гипофиз — гипоталамус билан мураккаб анатомик фаолияти жиҳатидан бир-бири билан мураккаб равишда боғлиқдир ва учинчи босқични ташкил қилади.

Гипофиз олдинги бўлагининг фаолияти гипоталамусдан ажраладиган нейрогормонал секреция таъсирида назорат килинади. Гипофизнинг олдинги булаги аденогипофиз, орқа бўлаги эса нейрогипофиз деб юритилади.Аденогипофизда асосий 6 та гормонлар ишлаб чиқилади: фолликулнинг етилишини таъминловчи(ФСГ), сариқ тананинг тараққиётини таъминлайдиган (ЛГ), соматотроп(СТГ), тиреотроп (ТТГ)ва адренокортикотроп (АКТГ)гормонлар.

Ҳайз циклини бошқаришнинг тўртинчи босқичига - периферик эндокрин аъзолар киради (тухумдон, буйрак усти бези ва қалқонсимон бези.)

Тухумдон жинсий без бўлиб иккита асосий вазифани бажаради. Булардан: 1) фолликулларнининг циклик равишда тараққиёти, овуляцияси етишган тухум ҳужайрасининг ажралиши. 2) тухумдон икки хил жинсий гормон эстроген ва прогестерон ишлаб чиқаради. Бундан ташкари қисман эркаклар гормони — андрогенлар ҳам ишлаб чиқаради.

Тухумдонда дастлаб фолликул етила боради бу жараенга ФСГ ва ЛГ гормонлари ҳамда окситоцининг рефлектор таъсири ва фолликул деворига протеолитик ферментларнинг таъсирида фолликул қорин бўшлиғига ёрилади, яъни овуляция вужудга келади.

Демак бирламчи фолликул Зта: регенерация, етилиш ва овуляция босқичларини босиб ўтади. Фолликулнинг энг етилган, ёрилишга тайёрланган холатини Грааф пуфакчалари деб аталади (13-расм) ва шундан кейин овуляция рўй беради. Овуляциядан кейин ёрилган фолликул ўрнида янги тана, яъни сарик тана вужудга келади. Сариқ тананинг шаклланиши ва тараққий этиш жараёнида донадор хужайралар кўпаяди ва тухумдоннинг мезенхима стромаси қон томирлари билан биргаликда ривожланади, натижада сариқ тана вужудга келади. Сарик тана куйидаги босқичларни босиб ўтади:

1 боскичпролиферация,

2 боскичқон-томирларбилантаъминлашбосқичи,

3 боскич гуллаш босқичи,

4 босқич сариқ танағтнг суниш босқичи.

Ҳайз циклида бачадон шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар.

Ҳайз қони тўхтаб бачадон шиллиқ пардасида қайта қуриш (битиш), яъни регенерация жараёни бошланади.

Бачадон шиллиқ пардаси (эндометрий) 2 қаватдан: базал ва функционал қаватлардан иборат.

Ҳайз бачадон шиллиқ пардасининг десквамация босқичи билан бошланади ва 3-4 кун давом этади. Бу фазада без йўлларидаги эпителий аста-секин ҳалок бўлади, шиллиқ қават қисман эрийди (аутолиз), қисман парчаланиб ва яна қисман фагоцитоз натижасида шиллиқ қаватнинг устки спонгиоз қавати кўчиб тушади. Базал қисми яқинидаги бир қисми сақланиб қолади. Базал қаватлари юзасидаги кўчган спонгиоз қават ўрнида қолган яра юзасидан қон кетади. Десквамация билан бирга регенерация бошланади, шу билан цикл бошланади.

Ҳайз қони тамом бўлганидан кейин бачадоннинг юпқа базал қаватидан шиллиқ қават тез фурсатда ўса боради, бунда 4-5 кунда унинг қалинлиги4мартагача ошади. Шиллиқ қаватнинг фақат ўзи қалинлашиб қолмай, балки бағрида жойлашган безлар ҳам узунлашиб катталашади ва бурма шаклини олади, аммо без эпителий етарли даражада катталашиб узун тортишига қарамасдан секрет ажратмайди, шунга кўра без бўшлиқларида ҳали суюқлик бўлмайди. Бачадон шиллиқ пардасидаги бу хилдаги ўзгаришларни пролифераиия босқичи дейилади. 13-15 кунларда бу фазанинг етилган даври бўлади. Шундан кейин эпителий ҳужайраларида секреция ажралишнинг дастлабки белгилари кузатилади.

Бу фаза эндометрийда секрет ажратиш босқичи дейилади. 16 кундан бошлаб, без эпителийси ядросида бўлиниш жараёни тўхтайди. Ҳужайралар бўйига узунлашади, анча йириклашади, суюқлик(секрет) билан тўлинади. Пармага ўхшаган безлар яна кўпроқ эгри-бугри бўлиб қолади. 19-20 кунларда цилиндрсимон эпителий узунлашиб аррасимон шаклга киради без бўшлиғи томонга кўпроқ ўсади. Шиллиқ қават қалинлашган, худди ҳомиладорликдаги децидуал ҳужайраларга ўхшаб кетади.

Шиллиқ қаватдаги ҳужайралар шишиб катталашади. Бунда шиллиқ тўқимаси 3 қаватга: компакт, спонгиоз ва базал қисмларга бўлинади. Секретор фазанинг охирини ҳайз кўриш олди, ҳомиладорликнинг бошланиш олди деб ҳисобласа бўлади.

Бачадондаги ҳайз цикли тухумдоннинг функционал ҳолатига боғлиқ. Агар бирор сабабга кўра тухумдон олиб ташланса ёки рентген нури билан тухумдон функциясига таъсир қилинган бўлса, аёл ҳайз кўрмайди. Ҳайз циклининг 1 ярмида овуляциядан олдин, пролиферация фазасида тухумдонда ривожланаётган фолликулдан ажралган фолликулин гормони асосий вазифани бажаради. Бу гормон фолликулнинг ички қаватидан ажралади.

Овуляциядан сўнг сариқ тана гормони (прогестерон) бачадон шиллиқ пардасида секретор суюқлик чиқишига имкон беради ва бачадон шиллиқ пардасини ҳомиладорликка тайёрлайди. Бунда фақат секреция таъсир қилибгина қолмасдан, балки юзада жойлашган безларда гликоген ажралишига имкон беради.

Кўп муаллифларнинг фикрича, овуляциядан кейин ҳам сариқ танадаи ажралган прогестеронлан ташқари, оз миқдорда эстроген гормонлар ҳам мавжуд. Бачадон шиллиқ қаватининг бўртиб қалинлашишига сабаб бўлади.

Шуни айтиш керакки, тухумдондан ажраладиган фолликулин гормони бачадонни қисқартиради, прогестерон эса қисқаришни тўхтатади, натижада бачадон шиллиқ қаватида жойлашган сперматозоид билан қўшилган тухум ҳужайрасига қулай шароит яратилади.

Агар аёл ҳомиладор бўлмаса, ҳайз кўради, бунда бачадоннинг қисқариши кучаяди, чунки аёл организмида прогестерон камайиб кетади. Бачадоннинг қисқариши натижасида бачадондан ҳайз қонининг ажралиб чиқишини таъминлайди. Ҳайвонларда қилинган тажрибалар шуни кўрсатадики, агар гипофиз безини олиб ташланса, фолликуллар тараққиёти тўхтаб сариқ тана вужудга келмайди. Бунда, гипофиз безининг тухумдонга хизмати катта эканлиги маълум бўлади. Шундай қилиб, специфик бўлмаган гонадотроп гормони тухумдоннинг специфик жинсий гормонлари - эстероген ва прогестеронни тухумдонда ажралишини таъминлар экан.

Баъзи аёлларда ҳайз цикли овуляциясиз кечади. Буни овуляциясиз цикл дейилади. Овуляцияни аниқлашда турли гинекологик текширишлардан ташқари, бачадон шиллиқ қавати қириб олинганда унда секреция чиқариш фазаси бўлмай, фақат пролиферация фазаси кўринса, бу ҳолат овуляция бўлмаганига далил бўла олади. Бундай ҳолатда аёллар хрмиладор бўла олмайдилар. Бундан ташқари, бир қатор гинекологик текширишлар тўғри ичак ҳарорати (базал хароратни ўлчаш, бачадон бўйнидан ажралган шиллиқнинг чўзилувчанлиги, кристаллга айланиши ва бошқалар) ёрдамида ҳам тухумдон фаолияти аниқланади.Репродуктив тизимда анатомик бузилишларсиз, гипоталамо - гипофизар тизим (ГГС) ёки тухумдоннинг гормонал

фаоллияти бузилишлари окибатида юзага келадиган кон кетишлари дисфункционал бачадон кон кетишлари дейилади. Дисфункционал (ановулятор) бачадон кон кетишлари купинча жинсий етилиш ёки климактерик даврда учрайди, качонким ГГС ва жинсий безлар функцияси тикланади ёки тухумдон фаолияти суниб боради. Хар хил ёшда кон кетишлар умумий белгилар ва фаркларга эга, айникса бу клиника ва даволашга тегишли. ДБККда кон кетиш манбаи булиб патологик узгарган эндометрий хисобланади. Ановулятор цикллар нормал хайз фаолиятли соглом аёлларда содир булиши мумкин, бунда улар хеч кандай асоратсиз нормал цикллар билан алмашинишлари мумкин. Ановулятор цикллар, патологик кон кетишларсиз ва аёл умумий ахволида бузилишларсиз ритмик кечиши мумкин (менструациясимон кон кетишлар). Мунтазам такрорланиб турувчи ановулятор цикллар бепуштликка сабаб булиши мумкин. Бирок ановулятор жараёнлар ациклик кечади ва давомли, баъзан эса куп микдорда кон кетишлари билан боради. Хайз циклининг бундай бузилиш тури, аёллар жинсий сфераси усмалари, яллигланиш ва бошка касалликлар билан боглик булмаган, ДБКК гурухига киради.

ЮВЕНИЛ КОН КЕТИШЛАРИ

Киз болаларда балогатга етиш даврида тухумдон фаолиятининг бузилиши билан боглик кои кетишларига ювенил кон кетишлари (ЮКК) дейилади. ЮКК частотаси 10%га етади. Этиология и патогенези: ЮКК ривожланаётган организмга таъсир килувчи турли салбий таъсирларга боглик. Моиллик омиллари: ёмон хаёт шароити, нотулик сифатсиз овкатланиш, уткир ва сурункали инфекциялар ва интоксикациялар, жисмоний ва рухий зурикиш, чарчаш, куркиш, хаяжонланиш, бир вактнинг узида рухий таъсирланиш, доимий рухий жарохатлар, юрак, упка ва бошка ички аъзолардаги патологик холатлар. Хар хил касалликлар ва зарарли таъсирлар организмнинг адаптацион кобилиятининг сусайишига ва жинсий безлар фаолиятида бузилишлар пайдо булишига сабаб булади. Бу гормонал баланснинг бузилишига ва эндометрийдаги узгаришларга олиб келади.

*Клиникаси:*Асосий симптоми - давомли 7 кундан узок куп микдорда ациклик кон кетиши. Одатда кон кетиши хайзнинг 1,5-6 ой давомида тухталишидан кейин юзага келади, бирок кон кетиш охирги кон кетишдан 14-16 кун утгач хам бошланиши мумкин ва холсизлик, иштаханинг йуклиги; тез чарчаш, бош огригига шикоятлар терининг рангпарлиги тахикардия, кон реологик ва коагуляцион хусусиятларининг бузилиши билан бошланади.

Огир анемияда тромбоцитлар сони ва агрегацион кобилияти, фибриноген концентрациясининг камайиши, кон ивиш вакти узаяди

ЮККда 87% беморларда эндометрий гиперпластик жараёнлари кузатилади, кайталанувчи кон кетишларда эса, баъзан аденоматозли ва атипик гиперплазия аникланади. Бу онкологик эхтиёткорлик учун асос булади.

Дифференциал диагноз: кон касалликлари; тухумдон поликистози синдроми; бачадон миомаси; жинсий аъзоларнинг хавфли усмалари билан утказилади.

Даволаш: 2 боскичдан иборат: 1б. - гемостаз 2б. -кон кетишини олдини олиш.

Гемостаз учун: гормонал препаратлар; бачадон ичини кириб тозалаш кулланилади. Кон кетишини тухтатиш куйидаги омилларга боглик: беморнинг ахволига, кон кетиш даражасига, кон кетиш давомийлигига. Сезиларсиз анемияда купчилик муаллифлар эстероген сакловчи препаратларни ва кон тухтагандан кейин гестагенларни кабул килиш кераклигини таклиф килишади.

Эстрогенлар гемостаз максадида катта дозада буюрилади: 0,1% эстрадиол дипропионат эритмаси 1 мл м/о хар 2-3 с.,ёки этинил экстрадиол (микрофоллин) 0.1 - 0.2 мгдан хар 2-Зс. Одатда гемостаз 48 с кейин содир булади. Кон кетиш тухтагандан кейин препарат дозаси камайтирилиб, 2-3 хафта давом эттирилади, ундан кейин эса, 1 хафта давомида гестаген

препаратлари буюрилади. (1% прогестерон эритмаси 1 мл м/о кунда ёки 1мл 12,5% 17 ОПК эритмаси циклнинг 21 куни). Циклик терапия 3-4 ой мобайнида утказилади.

Гемостатик максадда эстроген - гестаген препаратлар (регивидон, микрогинон, регулон) кулланилади. Бунинг учун препаратлар 1 таблеткадан хар 2 соатда, овкатдан кейин, кон кетиш тухтагунча буюрилади, лекин таблеткалар сони суткасига 6 тадан ошмаслиги керак. Кейин хар куни 1 тадан камайтириб, суткасига 1 таблеткагача етказилади ва шу тарзда 21 кунгача кабул килинади.

Гормонал гемостаз ноэффектив ёки бемор ахволи огир булса, бачадон ичиниб кириш утказилади ва кириндини гистологик текширилади.

Бир вактнинг узида антианемик даво утказилади (курсатмаларга кура кон , плазма, кон урнини босувчи суюкликлар, темир препаратлари перорал ёки в/и, витаминлар: В12, В6, С, Р), хам да утеротоник воситалар, кальций препаратлари кулланилади.

Иккинчи боскичда кон кетиши рецидивини олдини олиш буйича муолажалар утказилади: эстроген-гестаген препаратлари циклнинг 16 - 25- кунлари 3-4 ой мобайнида ёки соф гестагенлар: норколут циклнинг16- 25- кунлари, 12,5% 17 ОПК эритмаси 1 млдан 3-4 ой мобайнида. Физик омиллар: эндоназал электрофорез витамин В 1билан ёки новокаинли электрофорез, бачадон буйни электростимуляцияси кулланилади. Иглорефлексотерапия, электропунктура, лазеропунктурадан яхши натижаларга эришилган.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ ДБКК деб менструал цикл тухтагандан кейин содир буладиган ациклик кон кетишига айтилади

Мойиллик омиллари: гормонал гемостаз бузилишлари (абортлар, Иценго-Кушинг касаллиги, тугрукдан кейинги семириш), эмоционал ва рухий стресслар, инфекция ва интоксикациялар, дори воситаларини кабул килиш (хусусан нейролептиклар).

Клиникаси: Белгилари: -давомли куп микдорда кон кетишлар, холсизлик, бош огриши, тез чарчаш, артериал босимининг пасайиши, тахикардия

Диагностикаси: -анамнез

-умумий ва махсус курик (корин пастида, елка камарида семизлик, гипертрихоз) бимануал текшириш

диагностик кириб тозалаш (киринди характерига эътибор бериш)

кириндини гистологик текшириш

гистероскопия.

Даволаш:

1.Бачадон бушлигини даво - диагностик кириб тозалаш

2.Тухумдон фаолиятини йулга куйиш: эстроген-гестоген препаратлар (орал контрацептивлар хайзнинг 5- 25 кунлари 3 ой давомида гипофиз фаолиятини ребаунд-феномен типида стимуллаш максадида; кломифен 50-75мг (1-1,5таб)дан 3 цикл давомида циклнинг 5- 9 кунлари.

3. Урин босувчи терапия максадида (сарик танача гормонлари етишмаганда) гестагенлар буюрилади: дюфастон 10-20мг; норкалут 5мг кунига циклнинг 16 - 25 - кунлари ёки 17-ОПК 125мг циклнинг 14 ва 21 кунлари 3 хайз цикли давомида).

Анемия ва гиповолемия белгилари мавжуд булса, антианемик ва инфузион терапия (реополюглюкин, гемодез, полиглюкин, желатиноль, туз эритмалари) утказилади.

КЛИМАКТЕРИК КОН КЕТИШЛАР - 45-55 ёшдаги аёлллар уртасида бачадондан кон кетиши энг куп учрайдиган касаллик хисобланиб, госпитализация буйича 1-уринда туради. Бачадондан кон кетиши пременопауза ёщида анъанага мувофик климактерик деб номланади. Бу термин унинг репродуктив тизимдаги ёш билан бог лик узгаришлар билан богликлигини курсатади. Ёш утган сайин тухумдонларнинг стероид ишлаб чикариш функцияси, фолликулаларнинг етилиши узгаради ва купинча фолликулл персистенцияси куринишида намоён булади. Бир вактнинг узида гонадотропинларнинг циклик ажралиши бузилади. Юкорида курсатилган узгаришлар марказий ва периферик органлар орасидаги тугри ва кайта алоканинг бузилишига олиб келади.

Персистенцияда фолликул тулик етилади, лекин ёрилмайди (овуляция йук) ва ундан сарик тана хосил булмайди; у бир неча ой давомида усишда давом этади ва узок муддат фолликуляр гормонларни ажратади. Эстрогенларнинг давомли таъсиридан эндометрийнинг хаддан ортик пролиферацияси кузатилади. Бачадон шиллик кавати усади, калинлашади, безлари узаяди ва уларда кистасимон кенгаймалар хосил булади (эндометрийнинг без - кистозли гиперплазияси). Шиллик каватнинг секретор трансформацияси содир булмайди. Компакт ва спангиоз каватлар хосил булмайди, томирлар усиб, уларда тромблар хосил булади. Бачадон бушлигини усиб кетган шиллик кават эгаллаб олади , тегиб турган юзаси узаро босилади. Томирдаги узгаришлар ва босилиш натижасида озикланиш бузилиб, кон кетиш билан кузатилувчи некроз ва эндометрий кучиши кузатилади. Шиллик кават секинлик билан алохида майдонлардан куча боради, шунинг учун кон кетиши давомли ва куп микдорда булади.

Уз навбатида фолликул персистенцияси ва атрезиясида патологик жараён бир йуналишда кечади. Фарки гормонал активликнинг хар хиллигида.

Дифференциал диагностика.

бачадон органик узгаришлари - бачадон миомаси, эндометрий аденокарциномаси, ички эндометриоз, тухумдонларнинг гормон ишлаб чикарувчи усмалари

Диагностикаси:

- анамез
- умумий ва махсус курик
- бачгдон ичини диагностик кириш
- гистологик текшириш
- УТТ
- гистероскопия

Даволаш: климактерик кон кетишни тухтатиш бачадон бушлигини хирургик тозалашдан бошланади. Бу метод хам даволовчи, хам диагностик усул хисобланиб, шиллик ости миомасини аниклашга имкон беради, кириндини гистологик текшириш эса-аденокарцинома, атипик гиперплазия, эндометрийнинг рецидив без - кистозли гиперплазиясини аниклашга ёрдам беради.

Консерватив даволаш учун гестагенлар кенг кулланилади, улар таъсиридан пролифератив жараёнлар тормозланади. Секретор трансформация, децидуал реакция ривожланиши ва нихоят атрофик жараёнлар юзага келади. Гестагенлар марказий звеноларга таъсир килиб, гонадотропинлар ажралишини тормозлайди.

48 ешгача булган, эндометрийнинг без- кистозли гиперплазияси мавжуд аёлларга 12,5%ли 17-ОПКнинг эритмаси 125-250 мгдан киришдан кейинги 14,17,21 кунлари

буюрилади, кейин шу схемага кура 4-ой давом эттирилади; норколут 5-10 мгдан циклнинг 16-25-кунлари 4-6 ой мобайнида кулласа хам булади.

48дан катта ёшдаги аёларда даволаш хайз фаолиятини сундиришга каратилган: 17-ОПК 250 мгдан хафтасига 2 марта узлуксиз 6 ой мобайнида буюрилади.

50 ёш ва катта аёллардаги климактерик кон кетиш андрогенлар билан даволанади, чунки кириндида гипопластик ва атрофик жараёнлар топилган. Шу максадда омнадрен-250, сустанон-250 1 млдан м/ога ойига 1 мартадан 3-4 ой мобайнида, тестэнат 1 мл 10% ли аси ойига 2 мартадан 3-4 ой мобайнида. буюрилади. Шундан сунг таблеткалар: метилтестостерон сублингвал 5-10 мгдан кунига 1-2 ой мобайнида буюрилади.

ИЛОВА№1: «Айлана стол»усули

Укитувчилар томонидан олдиндан рангли когоздан мойчечак тайёрланади. Хар бир талаба биттадан гулбаргини узади, унинг орка тарафида мазкур тема буйича у жавоб бериши лозим булган савол булади.

Ихтиёрсиз аборт сабаблари?

Умумий инфекцион ва ноинфекцион касалликлар, ички секреция фаолиятининг бузилиши, моддалар алмашинуви ва вегетатив нерв тизимининг бузилиши; овкатланишнинг бузилиши ва гиповитаминозлар; кон касалликлари, эр-хотин уртасида коннинг изоантиген мос келмаслиги; жинсий аъзоларнинг ривожланиш аномалиялари, уругланган тухум хужайранинг патологияси.

Абортларнинг турлари?

Ихтиёрсиз аборт: хавф солувчи, жадаллашган, нотулик, тулик аборт; Сунъий, криминал, септик аборт.

Абортдан кейинги асоратлар?

Бачадон буйнининг йиртилиши, бачадон перфорацияси, эндометрит, параметрит, бачадон ортиклари яллигланиши, пельвиоперитонит, перитонит, сепсис.

Меноррагия нима?

Бу хайз цикли билан боглик кон кетиши

Метроррагия нима?

Хайз цикли билан боглик булмаган кон кетиши

БДКК нима?

Тухумдонларнинг ва ГГС нинг гормонал фаоллигининг анатомик бузилишларсиз функционал бузилиши натижасида кузатиладиган бачадондан кон кетишига БДКК дейилади.

БДКК келиб чикишига нима мойиллик килади?

Перинатал даврнинг ёмон кечиши; эмоционал ва рухий зурикишлар; бош мия жарохатлари; гиповитаминозлар ва алиментар омиллар; аборлар; гормонал гомеостаз бузилишлари; гениталийнинг утказилган яллигланиш касалликлари ;эндокрин ва нейроэндокрин касалликлар; турли интоксикациялар;касбий зарарли омиллар.

БДКК ёшнинг кайси даврларида учрайди?

Ювенил бачадондан кон кетиши, репродуктив ёшдаги БДКК, пременопауза давридаги БДКК.

ИЛОВА№2

КЛИНИК ХОЛАТЛАР ТАХЛИЛИ

Педагог муаммоларни ечиш ва шахслараро муносабатда малакани ошириш максадида холатлар тахлили кандай утказилишини тушунтиради. Тахлилнинг умумий таркиби тушунтирилади (бахолаш, диагностика, олиб бориш тактикаси). Талабалар 2 гурухга булинади, хар бир гурухга клиник ситуация такдим килинади ва хар бир холатни мухокама килиш суралади. Кейин хар гурухдан бир вакил 5 дакика давомида вокеа ечимини хаммага сузлаб беради.

Клиник ситуация №1

А. 28 ёш. У тиббий марказга киндан енгил конли ажралмаларга шикоят килиб мурожаат килганда 12 хафталик хомиладор эди. Мазкур хомиладорлик- биринчиси. Бу режалащтирилган хомиладорлик булиб, шу вактгача у узини яхши хис килган Бахолаш:

Бирламчи бахолашга сиз нимани кушасиз ва нима учун?

Саломлашиши, тинглаш, у шок холатидами ёки йуклигини зудлик билан аниклаш - тез ва кучсиз пульс, САБ 90мм.с.у дан паст; рангпар, терлаш ёки калтираш, тери нам; тез-тез нафас олиш; талвасалар.

Физик курикнинг кандай аспектлари ташхис куйишда ёрдам беради?

Корин сохасини куриш, вагинал курик (бачадон улчами ва консистенцияси, бачадон буйни сезгирлиги ва очик ёпиклиги, унда кандайдир тукиманинг мавжудлиги ва кон кетиш хажми)

Кандай сабабларни инкор килиниши керак?

Аборт (хавф солувчи, жадаллашган, нотулик, тулик), елбугоз, ривожланмаётган хомиладорлик.

Бахолашдан кейин олинган маълумотлар:

Температура - 36,8 С, пулъс - 82уд/мин, АД 110/70мм.рт.ст. Тери окармаган ва курук. Унда корин пастида енгил огрик ва енгил кон кетиш мавжуд. Бачадон улчами хомиладорлик муддатига мос келади, бачадон буйни огриксиз ва ёпик..

Ташхис?

Хавф солувчи аборт.

Сизнинг тактикангиз ва нима учун?

Жисмоний зурикиш ва жинсий алока рухсат этилмайди, тугри овкатланиш ва дам олиш тавсия килинади. Кон кетиш тухтагандан кейин поликлиника шароитида кузатиш. Агар кон кетиши давом этса, кайтадан бахоланади.

Клиник ситуация №2

14 ёшли киз давомли, куп микдорда кон кетиши, холсизлик, тез чарчаш, бош огриги билан мурожаат килди. Анамнезидан: тез - тез ангина, сурункали тонзиллит. Менархе 13 ёшдан, норегуляр. Кон кетиш 2 ой хайз цикли тутилгандан кейин бошланган ва 10 кун мобайнида давом этмокда. Бахолаш:

Бирламчи баполашга сиз нимани кушасиз ва нима учун?

Саломлашиши, тинглаш, у шок холатидами ёки йуклигини зудлик билан аниклаш - тез ва кучсиз пульс, САБ 90мм.с.у дан паст; рангпар, терлаш ёки калтираш, тери нам;

Физик курикнинг кандай аспектлари ташхис куйишда ёрдам беради? курик, УТТ, коннинг реологик ва коагуляцион хусусиятини текшириш.

Кандай сабабларни инкор килиниши керак?

Ювенил ёшдаги БККини кон касалликлари, тухумдон поликистози синдроми, бачадон миомаси, жинсий органларнинг хавфли усмалари билан таккослаш керак.

Ташхис кандай? Ювенил БДКК.

Сизнинг тактикангиз ва нима учун?

I б. - гемостаз;

II.б. - кон кетиш профилактикаси.

Гемостаз учун гормонал препаратлар кулланилади.

Кон кетишини тухтатиш куйидаги омилларга боглик: беморнинг ахволига, кон кетиш даражасига, кон кетиш давомийлигига.

Сезиларсиз анемияда купчилик муаллифлар эстроген сакловчи препаратларни ва кон тухтагандан кейин гестагенларни кабул килиш кераклигини таклиф килишади. Эстрогенлар гемостаз максадида катта дозада буюрилади: 0,1% эстрадиол дипропионат эритмаси 1 мл м/о хар 2-3 с.,ёки этинил экстрадиол (микрофоллин) 0.1 - 0.2 мгдан хар 2-3с. Одатда гемостаз 24-48 с кейин содир булади. Кон кетиш тухтагандан кейин препарат дозаси камайтирилиб, 2-3 хафта давом эттирилади, ундан кейин эса, 1 хафта давомида гестаген препаратлари буюрилади. (1%ли прогестерон эритмаси 1 мл м/о хар куни ёки 1мл 12,5%ли 17 ОПК эритмаси циклнинг 21-куни).

Циклик терапия 3-4 ой мобайнида утказилади. Гемостатик максадда эстроген - гестаген препаратлар (регивидон. микрогинон, регулон) кулланилади. Бунинг учун препаратлар 1 таблеткадан хар 2 соатда, овкатдан кейин, кон кетиш тухтагунча буюрилади, лекин таблеткалар сони суткасига 6 тадан ошмаслиги керак. Кейин хар куни 1 тадан камайтириб, суткасига 1 таблеткагача етказилади ва шу тарзда 21 кунгача кабул килинади.

Гормонал гемостаз ноэффектив ёки бемор ахволи огир булса, бачадон ичиниб кириш утказилади ва киришдини гистологик текширилади.

Бир вактнинг узида антианемик даво утказилади (курсатмаларга кура кон , плазма, кон урнини босувчи суюкликлар, темир препаратлари перорал ёки в/и, витаминлар: В12, В6, С. Р), хамда утеротоник воситалар, кальций препаратлари кулланилади. Иккинчи боскичда кон кетиши рецидивини олдини олиш буйича муолажалар утказилади: эстроген-гестаген препаратлари циклнинг 16 - 25- кунлари 3-4 ой мобайнида ёки соф гестагенлар: норколут циклнинг16- 25- кунлари, 12,5% 17 ОПК эритмаси 1 млдан 3-4 ой мобайнида. Физик омиллар: эндоназал электрофорез витамин В1 билан ёки новокаинли электрофорез, бачадон буйни электростимуляцияси кулланилади. Иглорефлексотерапия, электропунктура, лазеропунктурадан яхши натижаларга эришилган.

Тест

1. Иккиламчи чин аменорея келиб чикади:

психик зурикиш$

травма$

гипофиз патологиясида#*

2. Гипоталамик аменорея к/б чикади $

синдром Киари-Фромеля$*

синдром Шихана$

синдром Отмена$

Иценго Кушинга#

3. Психоген аменорея келиб чикади? $

дисменореяда$

фолликула персистенсиясияда$

огир рухий зурикишда$*

бачадон ампутациясидан кейин#

4. Иккиламчи альгодисменорея юзага келади $

пуштсизлик окибатида$

менопауза даврида$

аменория окибатида$

гинекология касалликлардан сунг$*

инфантилизм окибатида#

5. Тухумдоннинг репродуктив фаолияти асосан нима билан амалга оширилади $

гормонлар чикариши$

хар ой тухум хужайраларини чикариши$ *

фолликулалар пайдо булиши$

прогестерон ишлаб чикариш$

хореал гонодотроп гармони чикариши#

6. Функционал диагностика тестларига киради:$

ультратовуш тулкинлари ердамида базал харорат кульдоскопия$

базал харорат кольпоскопия кольпоцитология$

кольпоцитология,базал харорат,корачиг симптоми лапароскопия$

базал харорат корачиг симптоми лапароскопия$

базал харорат, корачиг симптоми, кольпоцитология, шиллик чузилиши#

7. Гестагенларга киради $

норколут$*

регивидон$

овидон$

триквилар$

метилтестестерон#

8. Организмда огир эстроген етишмовчилигида кин суртмаси цитологиясига характерли: $

оралик хужайралар$

юкори/ороговевающие/хужайралар$

хамма кават хужайралар$

лейкоцитлар ва энг чукур /базал/хужайралар$*

хужайралар куринмайди#

9. Базал хароратнинг ошиши,хайз циклининг кайси фазасида булади $

хайз бошланишдаврида$

фолликула даврига$

овуляция$*

бачадон циклига$

десквамация#

10. Нормал хайз циклида корачик симптоми нимани курсатади? $

эстерогенларга туйинганликни$*

прогестеронга туйинганликни$

простагландинларга$

Амалий машгулот № 20 Кориндаги огрик. Бачадон миомаси. Эндометриоз. Гинекологик ва акушерлик операцияларидан кейинги аёлларни реабилитацияси. Тухумдон кистаси ва кистомаси. Ташхислаш. Олиб бориш тактикаси.

Машғулотнинг технологик модули

Машгулот давомийлиги-3 академик соат 240 мин	Талабалар сони: 8-9 киши
Ўкув машғулоти тури	Амалий машгулот
Машгулот ўтказиш жойи	ВПМ бўлимларида ва ОПда УАШ кабинети, аудитория, лаборатория, УТТ кабинети

Машгулот тизими	**30. Кириш** **31. Назарий қисм** - назарий кисм мухокамаси – кейс ечиш **32. Амалий кисм** - амалий кўникмалар алгоритми -амалий кисм мухокамаси -№191 буйрук асосида рецепт ёзиш. **4. Бахолашни амалга ошириш** - ўзини ва ўзаро бахолаш - ўкитувчининг бахоси **5.Ўкитувчининг ҳулосаси.** Билимларни баҳолаш. Кейинги машғулот (ротация буйича қаранг) мавзуси бўйича саволлар билан танишиш.
Ўкитувчининг вазифалари: - Мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустахкамлаш ва чукурлаштириш; - Тизимлаштириш, таккослаш, умумлаштириш, маълумотларни тахлил килиш бўйича кўникмаларни ривожлантириш; - Команда бўлиб ишлаш, киришимлилик кўникмаларини ривожлантириш.	**Талабанинг вазифаси** 16. Хомиладор ва гинекологик касал беморларни объектив ва субъектив текшириш; 17. лаборатор ва инструментал текшириш усуллари натижаларини тахлил килиш 18. Хомиладорларни ва гинекологик касалларни госпитализация килиш критерияларини аниклаш; 19. амбулатор-поликлиника ва уй шароитида Хомиладорларни кузатиш 20. Хомиладорлар ва гинекологик касал беморлар картасини тўлдириш.
Ўкитиш усуллари ва техникаси	Дискуссия, сухбат, интерфаол усуллардан фойдаланиш,, кейс-технология техникаси, талабалар презентацияси, вазиятли масалалар ва тест саволларини ечиш.
Ўкитиш воситалари	Ўкув кўлланмалари, туғруқ тарихи, методик тавсияномалар, муляж, тарқатма материаллар, флип-карталар, доска-тренога, маркерлар, скотч.
Ўкитиш шакллари	Индивидуал кичик гуруҳларда ва жамоавий ишлаш
Ўкитиш шарт- шароитлари	ВПМ кабинети, гурухий ишлаш учун шароити бўлган аудитория, муляжлар и асбоблар - стетоскоп, сантиметр лентаси, кузгу, қўлқоплар, кушетка, амалий кўникмаларни бажариш бўйича стандарт қадамлар.
Кайтар алоқа усуллари ва воситалари, мониторинг ва баҳолаш	Огзаки назорат: текширувчи саволлар, вазифаларни гурухчаларда бажариш; Ёзма назорат: мавзуга доир препаратларга №191 буйрук

	асосида рецепт ёзиш.

4. **Машғулотнинг технологик картаси**

№	Машгулот боскичлари	Машгулот шакли	Вакти 240 мин
1	Саломлашиш. Кун тартиби билан танишиш.	Илова №1.	10
2	Укитувчининг кириш сузи. (Мавзуни мухокама килиш, Машгулот максади)	ФК	10
3	Дастлабки билим даражасини текшириш ”Гуруҳли дискуссия”усули	Илова №2	30
4	Беморларни курация қилиш	Мавзу бўйича беморлар, касаллик ва амбулатор тарихи	90
5	Мавзуни мухокама килиш –дискуссия килган холда презентация килиш.	ФК. Компьютерда презентация.	40
Танаффус			30
6.	Органайзерлар тузиш («кичик гурухда иш» уйини).	Илова№3	10
7	Укитувчининг мавзу буйича якуни.Хар бир талабанинг билимларини 100-баллик система буйича бахолаш ва бахони эълон килиш.Кейинги мавзу буйича саволларни такдим этиш.(ротация буйича каранг).	Маълумот, мустакил тайерланиш учун саволлар)	20
	жами		240

Назарий қисм.

Бачадон миомаси деб, гормонларга мойил бўлган, мушак тўқимаси ҳамда бириктирувчи тўқималардан ташкил топган хавфсиз ўсмага айтилади. Миома кенг тарқалган касаллик бўлиб, гинекологик беморларнинг 10-27% ида, 30 ёшга етган беморларнинг 20% ида, 40 ёшдан катта беморларнинг эса 40% ида учрайди.

Бу касалга дучор бўлган беморлар организмида бир қанча аъзо ва тўқималар зарарланади, яъни юрак соҳасида оғриқ бўлиши ва унинг катталашиши (миоматоз юрак). Шунинг учун хам бу касалликни системали касаллик дейилади.

Бачадон миомасининг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши юзасидан жуда кўп олимларнинг фикр-мулоҳазалари бўлиб, улар ҳар хилдир, лекин ягона якуний хулосага келинмаган. Бу масалада бутун дунё олимлари тадқиқот ишларини олиб бормоқдалар. Бунга далил сифатида бачадон миомаси масаласида 1976 йили Кишинев шаҳрида 1978 йили Москва шаҳрида, 1980 йилда Самарқанд шаҳрида бўлиб ўтган бутун дунё олимларининг анжуманлари асосий далил бўлиб ҳисобланади.

Аёллар организмида бачадон миомасининг келиб чиқиши асосан гормонал ўзгаришлар туфайли, яъни гипоталамус-гипофиз-буйрак усти безитухумдон орасидаги муносабатнинг, бирон-бир қисмининг шикастланиши ҳамда бачадондаги ўзгаришлар натижасида хусусан миометрийнинг гиперплазияси туфайли вужудга келиши мумкин.

Гипофизнинг гонадотроп гормони текширилганда, ҳайз цикли давомида организмда прогестерон гормонининг миқдори камлиги. бу эса ўз навбатида ҳайз циклининг иккинчи даври етишмовчилигига олиб келиши аниқланган. 70-80% ҳолларда бачадон миомаси беморларда патологик хайз цикли мавжудлигини кўрсатади, хусусан ановулятор, яъни даврий еки овулятор, бироқ лютеин даврнинг етишмовчилиги сифатида намоён бўлган ҳайз циклини назорат қилган. Клиник ва экспериментал тадқиқотларга таяниб, аёллар организмида рўй бсрган гормонлар ўзгариши, хусусан эстроген гормонларнинг кўп ишланиши, бачадон миомалари пайдо бўлишида муҳим роль ўйнайди деб тахмин қилиш мумкин.

Бачадон миомаси билан касалланган аёлларнинг касаллик тарихига аҳамият берилса, уларнинг ёшлигида ҳар хил юқумли касалликлар билан, 1/3 қисми бачадон ортиқларининг яллиғланиши, бепуштлик билан касалланганлиги аниқланган ва бу ҳолатлар ўз навбатида организмда гемостаз бузилишига олиб келиб, ички секреция безларининг фаолияти ўзгаришига сабаб бўлган. Бу ҳолат ҳайз циклининг бузилишига таъсир қилиб, бир-бирига боғлиқ бўлган патологик ҳалқани ҳосил қилади. Бу бачадон миомасининг келиб чиқишига сабаб бўлган. Бачадон миомасининг келиб чиқишига фақат узоқ муддат давомида эстроген-гестаген гормонларнинг организмга таъсирининг бузилишигина эмас, балки бачадон мушакларини таъминловчи нерв рецепторларининг ғайритабиий қўзғалувчанлиги ҳам сабаб бўлади. Морфологик жихатдан миомаларнинг оддий пролифератив саркома олди турлари кузатилади. Гистологик тузилиши жиҳатидан К.П. Улезко-Строгонова фикрича, бачадон миомаси, бачадон мушак толаларидан. ҳамда қон томирларнинг мезенхимал элементларидан ривожланади. Хулоса қилиб айтганда, онкологларнинг фикрича бачадон миомаси хам организмда одатдаги ўлган ҳужайралардан етилиб чиққан деб тахмин қиладилар.

Миоманинг таснифи

Бачадон миомасининг тугунчалари рангининг оқимтирлиги билан атрофдаги бачадон мушак тўқималаридан ажралиб туради, бошқа мушак тўқималарига қараганда консистенцияси қаттиқроқ, зичроқ бўлади. Кўпинча миома тугунчалари 95% бачадон танасида ва 5% миқдорда бачадон бўйнида учрайди. Кўпинча тугунчалар бачадон тубида, айниқса бачадоннинг орқа деворида жойлашади. Бачадоннинг олдинги деворида орқа деворига нисбатан 2 маротаба кам учрайди, миома тугунлари камдан-кам бачадоннинг деворларида жойлашганлигининг шохиди бўламиз. Энг кам учрайдиган жойи 1% да бачадон бўйни ва қиндаги жойлашувидир. Миома тугунларининг ўсиш жараёни йўналиши бўйича уч хил бўлади:

Субмукоз, 15-25% шиллиқ ости қаватида жойлашиб, тугунчалар бачадон бўшлиғи томон ўсади.

Интерстициал, 30% тугунчалар бачадон деворидаги мушак қаватининг орасига жойлашади.

Субсероз, 30% ўсма қорин пардасининг остида жойлашган бўлади (46-расм). Бундай ҳолларда кўп тугунли миомаларда бачадоннинг хар томонлама бир хил катталашганини баъзан эса бир томонлама катталашганини аниқлаймиз. Бачадон катталиги хатто 3940 ҳафталик ҳомиладорликдаги даражада бўлиши мумкин.

Субсероз тугунлар эса бачадон шаклини кескин ўзгартириб юборади ва қорин бўшлиғи томонга қараб ўсиб, бачадон деворига ҳар хил узунлик ва қалинликдаги ўсма оёқчаси билан боғланади. Агар субсероз тугунлар кўп миқдорда бўлса, худди картошка туганакларига ўхшаб кетади. Шиллиқ қавати остида жойлашган тугунчалар эса бачадон бўшлиғи томон ўсиб. унинг

шакли ўзгаришига олиб келиб, кейиичалик бачадоннинг кучли қисқаришига ҳамда бачадон бўйнининг очилишига олиб келиб, тугунчаларнинг қин томонга туғилиши содир бўлади.

Ўсмалар сийдик пуфаги ёки тўғри ичак томонга қараб ўсган бўлса, шу аъзоларнинг фаолияти бузилади.

Тез ўсувчи миома патогенетик хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда ўсма ўсишининг 3 хил тури тафовут қилинади:

- чин — миоген элементларнинг пролиферацияси ва гипертрофияси ҳисобига
- сохта (62%) — сурункали яллигланиш жараёни туфайли қон-лимфа айланишининг бузилиши ва шиш оқибатида
- стимуляцияланган — бошка касалликлар (аденомиоз, саркома) нинг ривожланиши билан боғлиқ

Тухумдон: Бачадон миомасида тухумдонда ҳам ўзгаришлар содир бўлади. Хусусан тухумдон ўлчами жиҳатидан катталашади, чунки тўқималар майда-майда дистрофик ўзгарган пуфакчаларга айланиб, кўп миқдорда фиброз таначалар билан қопланган бўлади. Қон томир деворларида склероз ва гиалиноз ўзгаришлар содир бўлади. Бириктирувчи тўқима кўп миқдорда бўлиб, премордиал фолликуллар сони жуда ҳам камайиб кетган бўлади.

Миоманинг клиник белгилари

I.Баъзи вақтларда бачадон миомаси ҳеч қандай белгиларсиз кечади, хомиладор аёлларда шикоятлар бўлмайди, аммо шифокорлар профилактика мақсадида аёлларни текширишганда аниғутанади. 60-80% қолларда беморларда асосий белгиларидан бири қон кетиши ҳисобланади. Қон кетиш аломатлари ҳам турли беморларда турлича кечади. Баъзиларида ҳайз цикли узайиши ёки хайз вақтида қон микдорининг бироз кўпайиши-меноррагия кузатилса, баъзи бирларида тартибсиз, жуда кўп миқдорда тўхтовсиз қон кетиб, ҳатто оғир турдаги камқонлик касаллигига олиб келиши мумкин. (метроррагия).

Кон кетиш миқдори ўсманининг катта-кичиклигига боғлиқ эмас. Чунки катта ўлчамдаги субсероз тугунлар мавжуд бўлганда ҳайз кўриш мутлақо асоратсиз кечиши мумкин, бунга қарама-қарши ўлароқ, майда шиллиқ ости миома тугунчалари кўп қон кетишига, меноррагик ва ҳатто менометроррагик ҳайз цикли бузилишига олиб келади.

Ҳайз 10-12 кунгача давом этиб, жуда кўп миқдорда қон кетади, бунга гиперполименорея дейилади.

Бундай турдаги қон кетишининг сабаблари:

- Бачадон мушаклари қисқаришининг бузилиши
- Бачадон шиллиқ қавати юзасининг катталашиши
- Эстроген гормон метаболизмининг ўзгариши

Бачадон шиллиқ қавати регенерациясининг сусайишидан иборат. Бундай беморда бачадон шиллиқ қаватини гистологик текшириш натижасида эндометрий қаватининг гиперплазияси (қалинлашгани) аниқланади. Бачадон шиллиқ қаватининг гиперплазиясида кўп қон кетишига қуйидагилар сабаб бўлади: тухумдон фолликуллари персистенцияси натижасида организмда ҳаддан ташқари фолликулинемия (фолликулин миқдори кўпайиб кетади) кузатилади, бу эса ўз навбатида бачадон шиллиқ қаватининг узоқ муддат давомидаги пролиферацияси ва қалинлашишига олиб келади. Бунинг оқибатида бачадон шиллиқ қаватининг айрим қисмларида жиддий ўзгаришлар содир бўлиб, ҳар хил тоифадаги полиплар бачадоннинг бутун бўшлиғи катталашишига олиб келади, қалинлашган шиллиқ қават билан тўлдиради. Шу билан бирга организмдаги гиперфолликулинемия бачадон шиллиқ қавати пролифераииясининг кучайишига олиб келади. Шиллиқ қаватининг бир-бирини босиши натижасида унинг юзасида некроз аломатлари содир бўлади. Кейинчалик некроз бўлган қисмларнинг аста-секин кўчиб чиқиши узоқ муддат ва кўп миқдорда қон кетишига сабаб бўлади, бундай қон кетишига

геморрагик метропатия дейилади. Метропатия 9% касалларда учраса, қон кетиши 60% касалларда кузатилади, чунки узоқ муддат ва ациклик қон кетиши, шиллиқ ости қават ўсмалари капсуласининг ёрилишидан ҳамда ўсма тугунчаларинш некрозга учрашидан содир бўлади.

II. Миомаларда кўп учрайдиган белгилардан яна бири оғриқдир. Оғриқ худди дард тутганга, санчиққа ўхшаш бўлиб, айниқса ҳайз кўришдаи олдин ва ҳайз кўриш вақтида кучаяди, пастга тортганга ўхшаб зўрайиши яллиғланишдан кейинги битишмалар борлигидан дарак берадиган белги ҳисобланади.

Миомаларда оғриқ бўлишининг асосий сабаблари:

1.Оғриқ асосан ўсманинг катта-кичиклигига ва унинг қаерда жойлашганлигига боғлиқ. Агар ўсма бутун кичик чаноқ бўшлиғини тўлдириб турган бўлса,ўсманинг қўшни аъзоларини босиб эзишидан пайдо бўлади. Ўсма кичикроқ бўлиб, бачадоннинг кенг бойлами орасига ўсиб кирган, шу билан бирга нерв толаларига яқин жойлашган бўлса, уларни эзиши туфайли содир бўлиши мумкин. Бу холларда оғриқ доимий табиатга эга бўлади ва даволаш усуллари оғриқни пасайтира олмайди. Бундай ҳолларда эса жаррохлик йўли билан ўсмани олиб ташлаш керак.

2. Бачадон шиллиқ қавати остига жойлашган ўсмаларда хайз кўриш вақтида йиғилган қонни ҳамда шу билан бирга шиллиқ қават остидаги ўсмани қам бачадондан ташқарига чиқариш кучли дардсимон оғриқ пайдо қилади.

Шиллиқ қавати остидаги ўсманинг оёқчаси кенг бўлса, бачадон қисқарганда ташқарига чиқара олмайди, лекин бачадон ўсмани худди ёт нарсадек сиқиб чиқаришга интилади, чунки ўсма бачадон деворини доимий қўзғатиб кучли равишда қисқариши сабабли оғриқнинг зўрайишига олиб келади. Баъзан субмукоз тугунча цервикал канал оғзидан чиқиб қин бўшлиғига чиқади.

Оғриқ пайдо бўлишининг яна бир сабаби ўсманинг инфекцияланиши бўлса, иккинчидан, бачадоннинг яллиғланиши ҳисобланади. Кичик чаноқ бўшлиғидаги аъзоларнинг яллиғланиши бачадон миомаси бирга учраганда 2/3 ҳолларда беморларда оғриқ пайдо бўлади

Оғриқ субсероз ўсма оёқчаси буралиб қолган вақтларда ҳам содир бўлади. Чунки бунда ўсма оёқчаси таркибидаги қон томирлар буралиб сиқилади ва ўсманинг озиқланиши бузилади. Бу эса ўсмада яллиғланиш содир бўлишига олиб келади. Бундай вақтларда зудлик билан жарроҳлик амалиёти қилинади.

Ўсмалар жуда тез катталашиб ўсганда хам оғриқ бўлади, айниқса ўсма бачадоннинг кенг бойлами орасига ўсган хрлларда шундай бўлади, чуики бундай вақтларда оғриқўсманинг қорин пардаси нерв толаларининг рецепторларига таъсири натижасида содир бўлади.

III. Ўсманинг қўшни аъзоларни босиш белгилари кўпинча катта ҳажмдаги ўсмаларда кузатилади. Лекин кичик ўлчамдаги ўсмалар кичик чаноққа тиқилиб қолган ва қалтис жойлашган бўлса, қўшни аъзоларга салбий таъсир қилади. Агар ўсма бачадоннинг олдинги деворида жойлашган бўлса, сийдик пуфагига таъсир кўрсатади. Бачадоннинг орқа тарафида ва бачадон бўйнида жойлашган ўсма эса тўғри ичакка таъсир кўрсатади. Баъзи ҳолларда ўсма ўсиб, сийдик пуфагини юқорига кўтариб қўяди. Бундай қолларда сийдик чиқариш канали узунлашиб, каналнинг тешиги тораяди. Бунда беморларнинг сийиши қийинлашади. Агар ўсма тўғри ичакни эзиб қўйган бўлса, беморларнинг хржати қийинлашиб, тўхтаб қолиши ва қабзият бўлиши эҳтимол. Айни вақтда сийдик йўлларини эзиб қўйиб, гидроуретер ва гидронефроз ҳолатларига олиб келади.

IV. Бепуштлик. Миома тухум хужайранинг бачадон бўйлаб харакат қилишига тўсқинлик қилади. Бачадон бурчакларида жойлашган интрамурал миома бачадон найини

интерстиций қисмини ёпиб қўяди. Бундан ташқари, ановуляция бепуштликка олиб келадиган асосий сабаблардан бири саналади.

Миоманинг асоратлари

- Миома оёқчасининг буралиб қолиши:

-бунда «ўткир қорин» белгилари кузатилади: ўткир оғриқ, тил юзасининг ўзгариши, чанқаш. кўнгил айниши, қайд қилиш, Шеткин-Блюмберг белгиси пайдо бўлиши, тахикардия ва б.

- Миоманинг шишиб некроз бўлиши.

-бу ҳолатда кучли оғриқ, кўпинча қон кетиш ва тана ҳароратининг кўтарилиши ва бошқа белгилар кузатилади.

- Шиллиқ ости қавати миомасининг туғилиш аломати, қатто бачадоннинг ағдарилиши кузатилиши мумкин.
- Миома тугунларининг инфекцияланиши, йиринглаши.
- Саркомага айланиши.
- Кучли профуз қон кетиши
- Анемия (камқонлик).**Ташхис қўйиш**
- Анамнез.
- Қин орқали текшириш.
- УЗД(УТТ).
- Функционал тестлар ёрдамида синаш.
- Бачадон бўшлиғини зонд билан текшириш.
- Бачадон бўшлиғи вабачадон бўйни каналини алоҳида-алоҳида қириб гистологик текшириш, бунда эҳтиёткорлик талаб қилинади, чунки тугунчалар некрозга ва қон кетишига сабаб бўлиши мумкин
- Лапароскопия.
- Гистероскопия ва биопсия қилиш. Бунда субмукоз тугунлар асосан аниқланади.
- ГСГ-гистеросальпингография-бунда тўлиш нуқсони кузатилади. Браун шприци ёрдамида моддани 5 минут давомида юборилади.
- Компьютер ва ядро-магнит-резонанс (ЯМР) томографияси.

Бачадон миомасини даволаш

Миомаси бўлган ҳамма аёлларни умумий даволашдан бошланади: Булар қуйидагилардан иборат;

- Витамин А-200 000 ТБ, рнбий жир (балиқ мойи) ёки аевит капсуласини 1х3 маҳал; даволаш 1ой давомида ёки хайз циклининг 16-кунидан 26-кунигача
- Витамин С 0,5мг х3 маҳал ҳайзнинг иккинчи ярмида (16-кундан 26кунгача)

Калий йод-0,5 %-1ош қошиқдан 3 маҳал ичилади.

- ҳар ойда 7-10 кун нахррга нонуштадан 20-50мин аввал 1/2-1/4 стакан мева шарбатлари: олма, ўрик, олхўри, қизил лавлаги, картошка.
- Камқонликни даволаш (феррум-ЛЕК, глобекс, феркайл, космофер).
- Бачадон мушакларини енгил қисқартирувчи дориларидан тавсия қилинади (эрготал, лаголилус экстракти)
- Климактерик даврда ременс 5-10 томчидан 3 маҳаличилади, 10-30% йод эритмасини бачадонга қорин пастига электрофорез орқали 6-8 марта буюрилади.
- Нейролептиклардан седуксен, биопасит, нотта, валериана, фриналон суткасига 2,5мг, трифтазин 1-2мг

Агар яллиғланиш аломатлари ҳам кузатилса (сурункали сальпингоофорит ва б.) продигиозан, пирогенал, нурофен, ибупруфен-ТЕВА берилади.

Пирогенал 25-50мед кунора инъекция қилинади, ҳар гал 25 мед дан ошириб борилади то тана ҳарорати 38 С га кўтарилгунча, бир даволаш курсида 10-30 марта инъекция. Максимал миқдори ошмаслиги керак.

Миомаси бўлган аёлларни даволаш 4 тоифага бўлинади.

Даволаш шарт бўлмаган аёллар; бу тоифадаги аёлларни ҳар 3-4 ҳафтада назорат қилиб турилади.

Жарроҳлик йўли билан даволанадиган аёллар

- Гормонал йўл билан даволаниши лозим бўлган аёллар
- Нурлар билан даволаш зарур бўлган аёллар
- Консерватив даволаш асосан гормонлар ёрдамида олиб борилади.

Бачадон миомасини консерватив даволашда гормонал воситалардан гестагенлар, эстроген-гестаген воситалар, гонадолиберинлар агонистлари ва тестостерон ҳосилалари қўлланилади Консерватив даволашни бошлашдан олдин бачадон бўшлиғини қириб гистологик-мофологик текширилади, сўнгра гормонлар билан даволашни бошлаш зарур, чунки беморларнинг ҳайз циклини 2 даврли қилишга эришишимиз керак. Бунинг учун гестагенларни ҳайзнинг иккинчи ярмида 16-кунидан беришни бошлаймиз. Гестагенлардан прогестерон, дюфастон, норэтистерон, норколют, нористерат, депо-провера, 17-ОПКлар ишлатилади. Гестагенлар-эстроген гормонининг организмга ишлабчиқаришини сўндиради, яъни антагонист сифатида таъсир қилиб, миома ўсмасини ўсишдан тўхтатади ва бачадон эндометрийси гиперплазиясининг олдини олади.

Ҳомиладор бўламан деб ният қилган 35 ёшгача бўлган аёлларга гестогенлардан норколютни (яъни норэтистерон-5мг дан) 1 донадан 8-10 кун давомида ҳайзнинг иккинчи ярмида 15-кунидан 25-кунигача берилади ёки дюфастон 1 таблеткадан 11 -кундан 25- кунгача берилади.

Эстроген-гестаген воситалар еки комбинациялашган орал контрацептивлар репродуктив ёшдаги беморларни даволашда қўлланилади. Эстроген - гестаген препаратлар 2 хил усулда қўлланилиши мумкин: ациклик (узлуксиз) ва циклик (узлукли). Циклик усулда - гормонал воситалар кунига 1 таблеткадан ҳайзнинг 5-кунидан 25- кунигача (овулен, овидон, ригевидон, диане-35, микрогинон, марвелон, антеовин, триквилар, тризистон, трирегол ва бошқалар) 7 кунлик интервал билан берилади. Ациклик Усулда бу воситалар 3-6 ой мобайнида кунига 1 таблеткадан берилади, бу воситаларни пременопаузада қўллаш ярамайди. Бу воситаларни қўллашдан олдин жигар ва қон ивиш системаси фаолиятини текшириш талаб қилинади ва албатта қарши кўрсатмалар истисно қилиниши шарт.

Гонадолиберинлар агонистлари - бачадон миомасини консерватив даволаш учун қўлланиладиган янги воситалар ҳисобланади. Улар тухумдон фаолиятини сусайтиради, яъни сунъий гипофизэктомия чақиради. Бачадон миомасини даволашда гонадолиберинлар агонистларидан золадекс, декапептил, нафарелин, бусерелин. Бу воситалар ҳар куни бурунга томизилади ёки тери остига инъекция қилинади, ундан ташқари бу воситаларни қорин олдига депо инъекция қилиш ҳам мумкин. Бу воситалар жуда тез таъсир қилиб, миоматоз тугунлар регрессини чақиради. бироқ даволашни тўхтатгандан сўнг, қисқа вақт мобайнида ҳайз цикли тикланади, миома қайтадан ва тез ўса бошлайди. Гонадолиберинлар агонистлари таъсирининг жуда қисқалиги туфайли уларни пременопаузада ёки жаррохлик даволашдан олдин қўллаш мақсадга мувофиқдир.

1. Консерватив миомэктомия-бачадонни сақлаб қолган ҳолда бир ёки бир неча тугунни олиб ташлаш. Бу усул кўпинча ёш ва туғишга хоҳиши бўлган аёлларда қўлланилади. Миомэктомия лапароскопия, гистероскопия, ҳамда лапаротомия пайтида бажарилиши мумкин:

а) агар субмукоз миомани олиб ташлаш учун бачадон бўшлигига кирилса, кейинчалик туғруқ фақат оператив йўл билан ҳал қилинади.

б) операция вақтида ва кейин кўп қон кетиш эҳтимоли бор; кейинчалик бачадон ва ичак орасида битишмалар вужудга келиши мумкин.

в) 30% ҳолларда операциядан кейин миоманинг қайта ўсиб чиқиш ҳоллари кузатилган.

г) миомэктомиядан кейин ҳомиладор бўлиш 40% аёлларда кузатилган

д) операииядан кейиналбаттагормоналфункцияни ваҳайзциклини коррекциялаш (тиклаш) лозим.

Операция ҳажми индивидуал равишда ҳал қилинади. 35 ёшгача (40-45 ёшдаги бўлган аёлларда) операцияни реконструктив олиб бориш ва тухумдонларнинг бузилган функцияларини коррекциялаш муҳимдир.

Менопаузадан олдин кўпинча бачадоннинг қин усти ампутацияси қўлланилади. Менопаузада сўнг бачадон экстирпацияси қўлланилади. Бачадон бўйнида патологик ҳолатлар топилса (эрозия, полип, чуқур йиртилишлар, лейкоплакия ва эритроплакиялар, дисплазия, эндометриоз) ҳам экстирпация қўлланилади.

50 ёшдан ошган аёлларда кўпинча бачадон билан бирга тухумдонлар ҳам олиб ташланади, шунда қайталаниш ва рак касалликларининг олдини олиш мумкин.

Кесарча қирқиш операциясига кўрсатмалар

- миомаси кичик чаноқ ичида жойлашган бўлса.
- катта ва кўпдан-кўп тугунли миомаси бўлган хрмиладорлар бўлганда.
- консерватив миомэктомия қилинган, бачадонида чандиқ бўлган ҳомиладорлар.
- миома тугуни ҳомиланинг боши ва танасининг ўтишига тўсқинлик қилиши мумкин бўлган ҳолларда (16,5-40%).

Хулоса: тухумдон ўсмалари дастлабки пайтида клиник белгиларга эга эмас.

Уларни аниқлаш учун қизлар йилига бир марта ва аёллар йилига камида икки марта ҳар олти ойда УТТ ва гинеколог текширишидан ўтишлари керак. Бу ҳақда аҳоли орасида тушунтириш ишларини олиб бориш лозим. Шундагина тухумдон ўсмалари ўз вақтида топилиб, хавфли бўлган вақтида операция йўли билан олиб ташланади ва унинг ракка айланишига йўл қўйилмайди. Аёллар, демак, оналар ва қизларнинг ҳаёти сақланиб қолинади.

Ёш қизларни ҳозир замонавий ультратовуш аппарати билан боғча, мактаб шароитида текширилиб, кистомалар аниқланикда ва гинекологларга юбориб келинмоқда.

Гинекологик амалиётда гистерсальпингография (ГСГ) билан бир қаторда, эндоскопик усуллардан кольпоскопия кенг қўлланилади.

Бу усул бачадон бўйни қин қисмини, қин ва вульва деворларини синчиклаб текширишга ёрдам беради.

Гистероскопия-бачадон ичи патологиясини аниқлашга имконият бериб бу усулнинг асосий афзалликларидан бири саналади.

Лапароскопия-кичик чаноқ ва қорин бўшлиғи аъзоларини пневмоперитонеум фонида кўздан кечиришдан иборат. Кррин бўшлиғи CO_2 O_2 ёки хаво юбориб текширилади. Лапароскопия текшируви ёрдамида бачадон ортиқлари ва аппендиксдаги яллиғланиш жараёнларини фарқлаш, ўткир қорин симптоми сабабларини аниқлаш мукин.

Ультратовуш билан (УТТ) ноинвазив асбоблар ёрдамида текшириш усули бўлиб, бачадон касалликлари ва ўсмалари, бачадон ортиқлари хасталикларини,

бачадоннинг ривожланиш нуқсонларини аниқлашга имкон беради. Ташхислаш асбобларининг сўнгги моделлари юксак самара берадиган хусусиятга эга бўлиб, фолликуллар ўсиши, овуляция рўй беришини кузатадиган, эндометрий қалинлигини қайд этадиган, унинг гиперплазияси ва полипларини аниқлаб беради.
Тухумдон ўсмалари аёлнинг турли ёш даврларида учраб, гинекологик касалликларнинг 6-8 фоизини ташкил этади. Бу касаллик жуда ҳам хавфли, чунки аста-секин ўсиб, ҳеч қандай белги (симптом) бермайди. Асоратлар қўшилгандан кейин белгилар пайдо бўлади, афсуски шу пайтда шифо камдан-кам хрлларда ёрдам беради. Кўпгина тухумдон ўсмалари 20 ёшдан 40 ёшгача учрайди, 20-25 % ҳолларда улар хавфли ўсмаларга айланади.

Тухумдон ўсмалари келиб чиқиши ва турли-туман тузилганлиги жиҳатидан бошқа ўсмалар орасида биринчи ўринлардан бирини эгаллайди. Бунинг сабабларидан бири, тухумдон турли-туман тўқималардан тузилган, иккинчидан, тухумдонда ҳамиша бир қанча рудиментар (дастлабки, куртак ҳолидаги) тузилмалар бор, булар тухумдоннинг эмбрионал ривожланиш давридан сақланиб қолган бўлади. Ҳозирги вақтда тўпланган далилларга асосланиб, организмда гормонлар алмашинувининг бузилиши тухумдон ўсмаларининг келиб чиқиши ва ривожланишда катта роль ўйнайди деб айтиш мумкин.

Тухумдон ўсмалари таснифи

Тухумдонинг чин ўсмасини «кистома», ретенцион таркиб топганини эса «киста» деган термин билан юритилади.

а) Ретенцион (орқага қайтадиган) секрет тутилиб қолиши бўлиб, бу ўсмасимон кисталар тўқималар парчаланиши натижасида пайдо бўлган бўшлиқда суюқлик тўпланиши туфайли рўй беради ва 34% ҳолларда учрайди.(Бластоматозли эмас, пролиферацияланувчи эмас, ўсмасимон). Бундай ўсмасимон катталашган бўшлиқлар яллиғланиши, ҳайз циклини бузиши, тухумдон эндометриозлари(10%) ва бошқа касалликлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Шунга кўра фолликуляр киста (75%), сариқ тана кистаси (5%), тубоовариал, параовариал (10%), Гартнер йўли, қин кистаси ва эндометриоз кисталари (тухумдонда) учрайди. Фолликуляр кисталар кўпинча миома бўлганда, кломифен дори қўллагандан кейин, лютеин кисталар эса елбўғоз ва хорионэпителиомада учрайди. Фолликуллар эримай, сариқ тана орқага Қайтмайди, яьни шу жараён тўхтаб қолкши туфайли ҳайз циклининг издан чиқиши кузатилади. Бу кисталар шакли жиҳатидан юмалоқ, айланаси 6-8 см дан ошмайди ва кўпинча клиник белгиларсиз кечади. Камдан-кам ҳолларда ушлаб турувчи кисталар оёқчалар буралиши туфайли ўткир қорин белгилари кузатилади. Ретенцион кисталар одатда консерватив усулда даволанади (яллиғланиш жараёнига қарши препаратлар,иммунокорректорлар).

б) Бластоматоз кистомалар чин ўсмалар бўлиб, 66% ни ташкил қилади. ўсмалар ўсиши тўқималар пролиферацияси, бўшлиқларнинг суюқлик билан тўлиши туфайли кузатилади.

Тухумдон ўсмаларининг турли-туман тўқималардан ўсиши бўйича —эпителиал, бириктирувчи тўқимадан тузилган, тератоид ва гормонал ўсмаларга бўлинади. Чин ўсмалар яна хавфсиз ва хавфли ўсмаларга бўлинади.

Хавфсиз ўсмалар тухумдон ташқарисига чиқмай ўсиб боради. Хавфли ўсмалар ҳужайраларнинг атипик бўлиши, тўқимасининг кам дифференциаллашгани, тез ўсиши, атрофдаги тўқималарга тез ўсиб кира оладиган лимфа тугунлари ҳамда олисдаги аъзоларга метастазлар бера оладиган бўлиши билан фарқланади. Клиникада И.С.Краевская (1960) томонидан таклиф қилинган таснифи кенг қўлланиб келинмоқда. Тухумдон ўсмасининг ўсиш характери асосан ўсманинг тузилишига боғлиқ. Хавфсиз ўсмалар, масалан, фибромалар, дермоидлар одатда секин ўсиб, камдан кам ҳолларда катталашади, ҳолбуки хавфли ўсмалар ғоятда тез ўсади, капсула билан ўралади ва қорин бўшлиғининг бошидан оёғигача тарқалади (диссеминация). Тухумдоннинг хавфсиз ўсмаларидан тухумдон эпителиал кистомалари кўпроқ - 70% учрайди, булар чинакам хавфли ўсмаларга айланиши мумкин (малигнизация).

Сероз оддий кистомалар энг кўп учрайдиган тухумдон ўсмаларидан бири хисобланади(54 расм).

ХАВФСИЗ ЎСМАЛАР	**ХАВЛИ ЎСМАЛАР**
I. Эпителиал кистомалар 1) Цилиоэпителиал: а)оддий; б)папилляр; 2) Псевдомуциноз: а) сецерланувчи; б)пролиферацияланувчи	1.Бирламчи рак 2.Иккиламчи рак 3.Метастатик рак (Крукенберг)
II. Бириктирувчи тўқимадан Фиброма	Саркома
III.Теротоид Дермоид кистаси	Тератобластома
IV.Гормон чиқарувчи	Гранулёз хужайрали Фолликулома Текома андрабластома

Унинг ҳажми 8 см дан то 30-40 см гача катталашиши мумкин. Бутун қорин бўшлиғини эгаллаганини кўрдик. Кистома одатда бир камерали. пўстлоғи юпқа, текис шар шаклида, эластик консистенцияли. Унинг бўшлиғида сероз суюқлик йиғилади. ўсма кўпинча бир томонда - чап ёки ўнг томонда жойлашади ва қорин ичида ҳаракатчан қилиб қўяди, чунки унинг тухумдон бойламларидан иборат анатомик «оёқчаси» бор (55-расм). Булардан L.ovarii propria, L.suspensorium ovarii (ёки бошқача айтганда L.infundibulopelvici) ва L.lata нинг мезосальпинкс қисми қатнашади. Кистома ўсган сари чўзилиб бир бирига яқинлашиб ўсманинг оёқчасини пайдо қилади. Аёл юмуш қилганда, эгилганда, ёнбоши билан ётганда ўсма чапдан ўнгга ёки ўнгдан чапга силжиб туради ва кўпинча 180-360 градусга айланиб қолиши мумкин.

Бемор бунда қорин пастида бехосдан қаттиқ оғриқ сезади, кўнгил айниш, қайт қилиш пайдо бўлади, томир уриши тезлашиб. қорин пастида Шёткин —Блюмберг симптоми пайдо бўлади. Бу клиникани «ўткир қорин» деб айтилади. Бундай ҳолда беморни тезда гинекологик бўлимга ётқизиб, дарҳол операция қилиш керакбўлади. Кўпинча шу ўсмаси бўлган тухумдон олиб ташланади. Лекин операция вақтида одатда ўсманинг «анатомик» оёқчасига қисқичлар қўйилганда бачадоннинг найчаси хам киради, буни «хирургик» оёқчаси деб, операцияни «аднексэктомия» дейдилар. Кисгоманинг оёқчаси буралиб қолиши энг кўп учрайдиган асоратлардан бири(56-расм). Иккинчи ўринни малигнизация ёки ракка айланиш асорати эгаллайди. Бу энгжиддий асоратди

Тухумдоннинг эпителиал ўсмаларидан сероз (папилляр) кистома лари ва псевдомуциноз кистомалари 50% ҳолларда ракка айланиши мумкин. Папилляр кистомаларнинг катталиги ва шакли ҳам турли—туман бўлади. Одатда улар катта бўлмайди, диаметри аксари 25см дан

ошмайди. Папилляр кистомалар кўпинча бир камерали, силлиқ юзали бўлади. Кистома бир неча камерадан иборат бўлса, юзи ғадир-будур бўлиб туради (57-расм). Кистома юзасида сўрғичсимон ўсимталар бўлмаса, силлиқ ва ялтироқ бўлиб кўринади. Тухумдон папилляр эпителийсининг полиморф эканлиги таърифланади, бу эпителий кўп қаватли бўлиб, ажиб шакллар ҳосил қилади. Хавфли папилляр кистома учун типик бўлган қандайдир белгилар ҳақида фикр юритишга тўғри келмайди. Муциноз кисталарнинг хавфсиз тури, цилиоэпителиал кистомаларга нисбатан камроқ учрайди. Улар клиник белгиларининг ўтиши жиҳатидан хавфсиз хисобланади.

Псевдомуциноз кистомаларнинг шакли ва катталиги анчагина турли-туман бўлади. Камерали кистома аксари юзаси ғадир-будур бўлади. Кистома бўшлиғида аксари желесимон суюқлик бўлади. Псевдомуциноз кистоманинг пролиферацияланувчи формасини аксари клиницистлар айрим гуруҳга ажратишади, чунки бундай кистомалар кўпинча (20%) хавфли ўсмага айланиб кетади. Кистомаларнинг шу формаси одатда климактерик, постклимактерик даврда учрайди ва кўпинча асцит билан давом этади.

Эпителиал кистома рак деб айтилади. Таснифи бўйича 3 хил рак ажратилади: бирламчи, иккиламчи ва метастатик рак (Крукенберг раки, 1896). Бирламчи рак 4,5% хрлларда учрайди. «Солидли рак» - гистологияси бўйича текис, бир хилда, оқимтир рангда, ҳужайралари, томирлари, фолликулларини ажратиб бўлмайди, кам дифференциаллашган гўқима. 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди, тезда асцит рўй беради.

Иккиламчи рак 60-50 % ҳолларда сероз папилляр ўсмалар ракка айланади, тез ўсиб, суюқликлар ҳажми ошиб, асцит битишмалари пайдо бўлиб, папилломаларнинг ўсиб кетиши кузатилади. 17-20 % ҳолларда муциноз кистомалар ракка айланади. Уларнинг малигнизацияси аста секин. кўпинча 50 ёшдан кейин ўтади.

Метастатик рак (10-30%) тухумдонга асосан ошқозон ва ичак ракидан лимфа ва қон орқали ўтади. Шунинг учун тухумдонда силжимайдиган. нотекис, қаттиқ консистенцияли ўсма топилса, албатта ошқозон ичак йўлларини эндоскопия, ирригоскопия. рентгенография усуллари билан текшириш керак. Чунки метастазли ракни операция усули билан даволаб бўлмайди. Рак тарқалиши бўйича 4 даражага бўлинади:

I даража - бир тухумдонда пайдо бўлган.

II даража-иккита тухумдонга, бачадон, бачадон найчаларига ўтган.

даража— кичик чаноқдаги параметрий, регионал лимфатик тугунчаларга, қорин шиллиқ пардасига ўсиб кетган, асцит пайдо бўлган.

даража - асцит, узоқ даги ички аьзоларга (ошқозон, ичак, чарви. жигар) метастазлар, кахексия рўй берган.

I ва II даражада операция қилиб, бутун жинсий ички аьзолар олиб ташланади ва нур ҳамда кимё - терапия қўлланилади (андробластин, карбоплатин, фарморубицин, цисплатин).

III—IV даражада симптоматик даволаш: оғриқни пасайтирувчи дори — дармонлар (морфий, стадол, промедол ва ҳоказо) қўлланилади.

Лекин I ва II даражанинг клиник белғилари бўлмагани учун беморлар врачга оғриқ. қон кетиши, қин орқали суюқ ажралмалар пайдо бўлганда мурожаат қиладилар, афсуски бунда кечикган бўлади. Чунки III ва IV даражадаги рак лимфа, қон томирларни, нервларни емирган, метастаз босқичи бошланган бўлади. Тухумдон фибромаси шу аъзонинғ бириктирувчи тўқимасидан келиб чиққан ўсма деб қабул қилинган. Тухумдон фибромаси кам (7-5%), кўпинча бачадон миомаси билан учрайди. Тухумдон саркомаси ғоят кам учрайди. Одатда операциядан кейин ўсмани гистологик текширишдан ўтказиб, диагноз қўйилади. Тератомаларнинг энг типик шакллари дермоидлардир. Дермоидлар хавфсиз ўсмалардан

бўлиб, жами тухумдон ўсмаларининг тахминан 10 % да учрайди, уларнинг тузилишида одатда учала эмбрион қаватлар қатнашади. Улар шарсимон силлиқ ўсмалардан иборат бўлиб, секин ўсади, секин ҳаракатланади ва кўпинча бачадон билан қовуқ ўртасидаги бўшлиқдан жой олади. Уларнинг катталиги ҳар хил, шакли думалоқ, гухумга ўхшаш, устки сатҳи баъзан гекис, баъзан ғадир-будур бўлади. Консистенцияси бир хил эмас (бир жойи эластик, иккинчи жойи қаттиқ), рангги оқимтир ёки бироз сарғимтир бўлади. Дермоид киста кесилганда суюқлик билан тўла халтачага ўхшайди. Бу суюқлик уй ҳароратида қотиб ёғсимон масса хрсил қилади.

Даволаш:

асосан жарроқлик усулида, тухумдон олиб ташланади. Дермоид фонли хавфли ўсма камдан-кам пайдо бўлса-да, бундай хрдисалар учраб туради. Дермоиддан аксари ясси ҳужайрали раклар пайдо бўлади. Тухумдон тератобластомаси хавфли ўсмаларга киради. Тератобластомалар тез ўсади, олиб ташлангандан кейин кўпинча қайталанади. Лимфа қон томирлари орқали тарқалади. Кўпинча қорин пардасига ёйилади (диссеминация). Тератобластомалар қиз болаларда ёки 20-30 ёшлардаги жувонларда айниқса кўп учрайди, (2,5-32% гача). Тератобластомаларнинг оҳибати ҳамиша ёмон бўлади.

Даволаш асосан ўз вақтида операция қилиниб бачадонни қўшимчалари билан олиб ташланади, сўнгра рентген ва радий нурларини чуқур таъсир эттиришдан иборат. Кимётерапия ҳам қўлланилади (циклофосфан. сарколизин). Касалликнинг оқибати кўп ҳолларда жуда ёмон.

Тухумдонларнинг гормон чиқарувчи безлари асосан 2 гуруҳга бўлинади:

Феминизацияловчи (аёллаштирувчи) ўсмалар, буларга гранулёз ҳужайрали ўсмалар билан тека хужайрали ўсмалар киради.

Маскулинизацияловчи (эркаклаштирувчи) ўсмалар, буларга андробластомалар киради.

Тухумдон фолликуллардаги грунулёз ҳужайраларга ўхшаш ҳужайра комплексларидан тузилганлиги билан таърифланадиган ўсмалар «гранулёз ҳужайрали» ўсма ёки «фолликулома» деган термин билан аталади.

Қизларда эстроген чақирувчи ўсмалар жинсий ривожланишининг эрта бошланиши билан намоён бўлади ва аксари бир неча характерли симптомлар кўринади: сут безлари ва ташқи жинсий аъзолар барвақт етилади. Қовга жун чиқади ва одатда бачадондан қонли чиқинди келади, барвақт балоғатга етишда бачадондан қон келиши циклик характерда бўлса, бу касалликда қон келиш циклик характердабўлмайди.

Ўсма кекса аёлларда пайдо бўлганда ҳам аксари қон кетади. Бундан ташқари, ана шундай беморлар ёш кўринади, ҳарактчан, сут безлари тўлиша ётганини қайд қиладилар. Бундай ўзгаришлар рефеминизация дейилади. Бундай беморларни текшириб кўрилганда вульва ва қин эпителийси тушганлиги, бачадон катталашганлиги эътиборни жалб этади. Беморларнинг бачадонидан қиринди олиниб гистологик йўл билан текширилса, эндометрий гиперплазияси аниқланади. Ҳайз кўриб келган аёлларда ўсма пайдо бўлганда ҳайз цикли бузилади. Гоҳ циклик қон кетиши, гоҳаменорея рўй беради. Аксари сут безлари ўзгаради, катталашади, тўлишади.

Даволаш асосан операция қилиб олиб ташлашдан иборат. Ёш ва туғмаган беморларда якка тухумдон, 45 ёшдан кейин-пангистерэктомия қилинади.

Андробластома ғоят кам учрайди. Унинг характерли белгиси шуки, арренобластома ҳужайралари гормонлар ишлаб чиқаради, бу гормонлар дефеминизацияловчи ва маскулинизацияловчи хоссаларга эга бўлади. Адабиётларда тасвирланган арренобластомаларнинг мутлоқ кўп қисми бир томонлама катталиги ва кўриниши ҳар хил бўлиб, кўпинча тузилиши тугунлар шаклида бўлган. Юзда, кўкрак соҳасида жунлар ўсиши,

овознинг йўғонлашиш ҳолатлари кузатилади. Уни операция йўли билан олиб ташлангандан кейин клиник белгилар аста-секин йўқолади.

Тухумдон дисгерминомаси бир қанча кам учрайдиған касаллик. «Дисгерминома» терминини Р.Маейр таклиф этган, унинг тахминига қараганда дисгерминоманинг ҳужайра элементлари етилганда жинсий хужайрага айланиши керак бўлган, аммо тўла тараққий этмай қолган, яъни эмбриогенезнинг қандай бўлмасин бир фазасида на эркак ҳужайраси на аёл ҳужайраси шаклига кирмай қолган ҳужайралардан пайдо бўладн. Тухумдон дисгерминомаси одатда навқиронлик даврда 30 ёшгача бўлган аёлларда кузатилади. Дисгермииомани аниқлашга келсак диагнози операция қилингандан кейин морфологик текшириш асосида қўйилади.

Дисгерминоманинг хамиша хавфли ўсма деб ҳисобланади. Дисгерминомали беморларни бир қанча шарт-шароитларга, аввало беморнинг ёшига қараб индивидуал тартибда даволаш лозим.

Тухумдон ўсмаларини аниқлашда анамнез, беморнинг аҳволи ва икки қўллаб бимануал текшириш асосий роль ўйнайди. Қин орқали (41-расм), тўғри ичак, қорин деворини текшириш ўсманинг характери тўғрисида аниқроқтасаввур беради. Қўшимча текшириш усулларидан ультратовуш диагностикаси, компьютер томографияси ўсмаларни аниқлашда катта аҳамаиятга эга. Тухумдон кистомаларининг бачадон ўсмаларидан фарқ қиладиган белгилари қуйидагилардан иборат: Махалий белгилар:

Ўсма консистенцияси эластик.

Юзаси текис ва силлиқ.

Ўсма ҳар томонга бемалол харакат қилади (айни вақтда бачадон бўйни ҳам унга қўшилиб силжимайди).

Оддий сероз кистомалар шар шаклида бўлади.

Тухумдон ўсмаларини аниқлашда уларнинг хавфли эканлигини кўрсатувчи белгиларини назарда тутиш керак.

а) Маҳаллий белгилар: 1. Тухумдон раки кўпинча икки томонлама бўлади. 2.Дуглас бўшлиғидаги метастазлар икки қўллаб текширишда осон аниқланади. 3. Чарви ва қорин бўшлиғидаги метастазлар операцияда аниқланади. 4. Асцит (айниқса қонли асиит). Тухумдоннинг иапилляр кисталари бўлганда баъзан гидроторакс ҳам бирга кўрилади. 5. Хавфли ўсмалар консистенцияси кўпинча зич, юзаси нотекис, ғадир-будур бўлади. 6. Ўсма кўзғаланмайди.

б) Умумий белгилардан: озиб кетиш, умуман дармонсизлик, баданга шиш келиши каби ҳодисалар кузатилиши мумкин. Аммо бу белгилар одатда ўсма улғайиб кетган даврда учрайди. Ниҳоят. ўсманинг тез ўсиши ғоят муҳим ахамиятга эга бўлиб, хавфли ўсмаларга мосдир.

Тухумдон ўсмаси топилганда ҳар гал операция қилиб олиб ташлаш тавсия этилиши керак. Шу қоидага қаттиқ риоя қилингандагина тухумдонни клиник белгилари аниқланмаган хавфли ўсмасининг барвақт олиб ташлаш ёки хавфсиз ўсманинг хавфли ўсмага айланиш эҳтимолини бартараф қилиш мумкин. Бошқа асоратлар: ўсма оёқчасининг буралиб қолиши, унинг йиринглаши ёки ёрилиб кетиш эҳтимоли хам иложи борича эрта операция қилиш заруриятини туғдиради.

Тухумдоннинг хавфли ўсмаларига кўпинча қар томонлама (комплексли) даво қилинади: аввал ўсма олиб ташланади, сўнгра чаноқ соҳасига рентген нурлари тушириб даво қилинади. Нур билан дчволашнинг ўзи айниқса операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларда одатда наф

бермайди. Тухумдоннинг хавфли ўсмаларини даволаш билан бир вақтда кимё терапевтик ва гормонал препаратлар (тиотеф, сарколизин, тестостерон ва ҳоказолар) ишлатилади.

Тест

1. Бачадоннинг субмукоз миомасида огрикнинг характери $
дардсимон$ *
таркаладиган$
тугри ичакка таркаладитган$
хайзгача сим-сим огрувчи$
доимий#
2. Бачадон миомаси усишини стимуляция кулувчи дори препаратлари $
витаминлар$
биостимулаторлар$
антибиотиклар$
прогестинлар (прогестерон,нарколут....)$
эстрогенлар (эстеридиол,синестрол,фолликулин.....)#*
3. Тухумдон хафвсиз усмасининг асосий белгилари: $
тез усиши$
метастаз бериши$
кушни органларга усиб кириши$
секин усиб метастаз бермайди# *
4. Тухумдон хавфсиз усмасига кайси бири кирмайди? $
тухумдон кистомаси$
псевдомуциноз кистома$
тератома$
тухумдон раки# *
5. Бачадон миомаси жаррохлик усули билан даволаш учун куйидагиларнинг кайси бири курсатма була олмайди? $
кон кетиш$
кучли огрик$
миоматоз бачадон улчамининг какталашуви$
гидронефроз$
консерватив даво эффективлигидан сунг# *
6. Миомаларга жаррохликка курсатма купинча $
тез усувчи миома$
12 хафтадан катта миома$
симптомли миома$
хаммаси тугри# *
7. Миомани консерватив даволаш усуллари: $
физиотерапевтик$
хирургик$
антибиотика терапия$
гормонал даво# *
8. Бачадон миомасига хос булмаган белги $
гипер-полименория$
гипо-олигоменория$ *
жинсий йуллардан конли чикинди$
циклнинг хамма фазаларида доимий тортилувчи огрик$
кушни аъзоларни функциясининг бузилиши#
9. Тухумдон хафвсиз усмасининг асосий белгилари: $
тез усиши$
метастаз бериши$
кушни органларга усиб кириши$

секин усиб метастаз бермайди# *
10. Тухумдон хафвсиз усмасининг асосий белгилари: $
тез усиши$
метастаз бериши$
кушни органларга усиб кириши$
секин усиб метастаз бермайди# *
11. Тухумдоннинг гормон ишлаб чикарадиган усмаларига кайсилар киради?
*тератобластома
лютеома
миома
киста
12. Аелларда эркаклик белгиларини ривожлантирадиган усмаларга нималар киради?
*адренобластома
тератобластома
хорионэпителиома
саркома
13. Тухумдон хафвсиз усмасининг асосий белгилари:
*секин усиб метастаз бермайди
тез усиши
метастаз бериши
кушни органларга усиб кириши
14 Тухумдон кистасининг буралишида даволаш.
*оператив
яллигланишга карши препаратлар
махаллий даво
гормонал
15. Фолликуляр киста кайсидан келиб чикади:
*фолликула персистенцияси
бириктирувчи тукимадан
ег тукимасидан
мушак тукимасидан
16. Фолликуляр киста кандай куринишга эга булади
*ичи сероз суюклик билан тулган, оекчаси 3 хил хосиладан иборат
ичи сероз суюклик билан тулган, ретенцион хосила, капсуласи йук
ичи кизгиш сероз суюклик, калин капсуласи бор
ичи сарик суюклик билан тулган, капсуласи йук
17. Бириктувчи тукимадан ривожланган тухумдон хавфсиз усмасига кайси тегишли?
*фиброма
липома
миома
эпителиома
18. Тухумдон хавфсиз усмасига кайси бири кирмайди?
*тухумдон раки
тухумдон кистомаси
псевдомуциноз кистома
тератома
19. Тухумдон фибромаси кандай тукимадан иборат?
*бириктирувчи тукимадан
ег тукимасидан
эпителиал тукимадан
мушак тукимасидан
20. Тухумдоннинг кандай усмасида асцит ва гидроторакс каби белгилар

кам учрайди:
*хавфсиз усмада
хавфли усмада
21. Бачадон миомаси жаррохлик усули билан даволаш учун куйидагиларнинг кайси бири курсатма була олмайди?
*консерватив даво эффективлигидан сунг
кон кетиш
кучли огрик
миоматоз бачадон улчамининг кактталашуви
22. Тухумдон кистомасинминг мавжудлигида тез тез учраб турадиган асоратни айтинг?
*буралиши, кушни органларни кисиб куйиши
кон кетиш
йиринглаш
ерилиш
23. Кистома давоси
*оператив
консерватив
физиотерапевтик
24. Эндометрийда циклик узгаришлар булади?
*хаммаси
десквамация
регенерация
пролиферация
25. Сарик тана персистенциясида кузатилади?
*2 фаза етишмовчилиги
1 фаза етишмовчилиги
иккала фазанинг етишмовчилиги
гармонал етишмовчилик
26. Миомаларга жаррохликка курсатма купинча.
*некрозга учраган усма
тез усувчи миома
12 хафтадан катта миома
симптомли миома
27. Тухумдон кистаси ва кистомаси асоратига хос эмас:
*уз-уттдан регрессияси
оекчасининг буралиб колиши
кушни органларга усиб кириши
ерилиши
28. Хайз циклида иштирок этувчи гипофиз гормонлари кайси:
*ФСГ, ЛГ, ЛТГ
ЛГ, АКТГ
Окситоцин
Интермидин
29. Миомани консерватив даволаш усуллари:
*гормонал даво
физиотерапевтик
хирургик
антибиотик терапия
30. Кайси холатда бачадон миомасини операция килинади
*усма некрозида
1 йилда 2 хафталиккача усса
бемор гемоглобини 10,0 гр/л дан пастга тушса
агар усма бачадонни устидан усиб чикса

Мавзу №:21 Қиндаги ажралмалар. Аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, хавф омили. Жинсий йўллар оркали юқувчи инфекцияларнинг ташхислаш усуллари. Даволаш принциплари.

Ўқув машғулотида таълим технологияси модели

Вақт: 240 мин	Талабалар сони:10-12
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Клиника, гинекология бўлими, кабул булими, тематик хона «қиндан суртма олиш» амалий кўникмаларни бажариш хонаси, лаборатория.
Маъруза режаси / ўқув машғулотининг тузилиши	9. Кириш кисми 10. Назарий кисим 11. Амалий кисим - Беморлар курацияси - амалий кўникмаларни эгаллаш 12. Аналитик кисим - Вазиятли масала - тест
Ўқув машғулоти мақсади: Жинсий йул оркали юкувчи касалликларни олдини олиш ва даволашга ўргатиш.	
***Педагогик вазифалар*:** **УАШ билиши лозим:** • Жинсий йуллар оркали юкувчи касалликлар классификациясини сузлаб бериш. • Турли ёшдаги аёлларда ЖЙОЮКнинг клиникаси кечишини ургатиш. • ЖЙОЮК ташхислашси усуллари ургатиш • Қиёсий ташхислаш • ЖЙОЮК билан касалларни амбулатор ва стационар даволаш критерийлари. • Турли ёшдаги аёлларда ЖЙОЮК ни даволаш. • Клиник текширишларни ўтказа олиши, аниқ ташхислаш учун текширишнинг лаборатор ва инструментал усулларини билиши • ЖЙОЮК госпитализация критерияларини аниқлаш. • Ушбу патология билан госпиталгача бўлган босқичда бирламчи ёрдамни кўрсатиш ва бемор ахволи оғирлик даражасини бахолаш. • Комплекс давони постстационар босқичда амалга ошириш.	***Ўқув фаолияти натижалари*:** ***УАШ билиши лозим*:** • *ЖЙОЮК босқичларининг клиник кечишини;* • *ЖЙОЮК ташҳис қўйиш усулларини;* • *дифференциал ташҳисқўйишни;* • *абортларни амбулатор ва стационар даволаш мезонларини;* • *юқорида кўрсатилган ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатиш тадбирларининг кетма-кетлигини;* • *ҳомиладорликни вақтида ЖЙОЮКнинг диагностик усулларини;* • *хомиладорлик даврида ЖЙОЮКнинг эхтимолий асоратларини.* ***УАШ эгаллаши лозим:*** • *ушбу патологияга оид ҳавф гуруҳни аниқлашни;* • *клиник текширув ўтказишни, ташҳисни тасдиқловчи лаборатор ва инструментал усулларни интерпретациялашни;* • *ЖЙОЮК босқичига кўра госпитализация мезонларини аниқлашни;* • *бемор ҳолатининг оғирлигига баҳо беришни ва ушбу патологияда госпитализация қилишдан олдинги биринчи шифокор ёрдамини кўрсатишни;* • ЖЙОЮК ни бошидан кечирган аёллар учун маслаҳатлар утказишни ва тўғри контрацептивларни танлашни;
Таълим усуллари	Ҳикоя, суҳбат, кўрсатма бериш, намойиш, амалий

	иш усули, лаборатория усули, таълимий ўйин
Таълим шакли	Фронтал, жамоавий, гуруҳларда ишлаш«Ромашка уйини», клиник масала, якка тартибли
Таълим воситалари	Маъруза матни, видеофильмлар, ёзув тахтаси, муляжлар, график, эслатма, назорат варағи
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, вазиятли масалаларни ечиш; амалий куникмаларни бажариш буйича харакат алгоритмини намойиш этиш;

Машғулотнинг хронологик харитаси:

№	Машғулот босқичи	Машгулот шакли	Вакти
1	Саломлашиш. Кун тартибини муҳокама қилиш. Ақлий машғулот.	ФК	5
2	Кириш сўзи (мавзуни асослаш, мақсад)	ФК	5
3	Талабалар умидлари	ФК	10
4	Мавзунинг муҳокамаси – мунозара усулида презентация (Жинсий йўллар оркали юқадиган инфекцияларни синдромал ташхислаш ва даволаш)	ФК ва компьютерда презентация	40
5	“Стол ўртасидаги ручка” усули	Вазиятли масала ечиш (илова №1), амалий кўникмаларни ишлаш (илова №2)	30
Танаффус			30
6	Жисмоний машғулот	Талабалар ўтказади	10
7	Мавзунинг муҳокамаси (Тўсиқ усуллар, спермицидлар)	Компьютерда презентация, мунозара	50
8	Кичик гуруҳларда ишлаш	Тестлар ечиш, илова №3	40
9	Укитувчи утказилган машгулот буйича хулоса килади, 100-баллик тизим буйича хар бир талабани бахолайди. Кейинги машгулот буйича талабаларга вазифа	Маълумот, мустакил тайёрланиш учун саволлар (илова №4)	20

	бериш		
Жами			240

Мотивация

ЖЙОЮИ ни даволамаслик аёллар, экаклар ва болалар соғлиги учун хавфли бўлиб, беспуштлик, сурункали касалликлар, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, сексуал дисфункция, инфекциянинг тарқалиши ва летал оқибатлар каби асоратларга олиб келиши мумкин.Соғлом оилани шакллантириш ва репродуктив саломатликни яхшилаш учун талабаларга ЖЙОЮИни ўз вақтида аниқлаш ва даволашни ҳамда оналар ва болалар ўлимини камайтириш мақсадида турли ёшдаги аҳоли ўртасида тўсиқ усуллардан фойдаланиш бўйича маслаҳатлаш ўтказишни ўргатиш лозим.

Фанлараро богликлик.

Жинсий йул билан юкувчи касалликлар айёлларда турли асоратларга сабаб булади. Шунинг учун ЖЙОЮКни тугри ташхислаш, даволаш, хамда репродуктив саломатликни саклаш максадида турли кафедралар – анатомия, микробиология, тери – таносил касалликлари, клиник фармакологияда узлаштиришган билимлар зарур.

Машғулотнинг мазмуни

Назарий қисм

ЖЙОЮИ – бу жинсий йўллар орқали юқадиган инфекция бўлиб, ҳозирги вақтда кенг тарқалган ва 20дан ортиқ нозологик турлари мавжуд:

1. ОИТС
2. ВГВ
3. Захм
4. Гонорея
5. Шанкроид
6. Венерик лифогранулема
7. Трихомониаз
8. Хламидиоз
9. Уреаплазмоз
10. Бактериал вагиноз
11. Кандидоз
12. Токсоплазмоз
13. Папилломатоз
14. ВПГ-инфекция
15. Контагиоз моллюск
16. Донованоз
17. Уткир уретрал синдром
18. Ков бити
19. Гонококксиз уретрит
20. Чесотка ва бошкалар

ЖЙОЮИ кенг тарқалганларига вирусли гепатит В формаси бўлиб, ер шаридаги аҳолининг 0,5% (350 млн. киши) ташкил қилади.

Кенг тарқалган ЖЙОЮИлар тавсифи

Касаллик	қўзғатувчи	Тарқалиш йўли	симптомлари
гонорея	Neisseria gonorrhoeae	Жинсий, маиший, чақалоқлар туғруқ вақтида	Кўпинча симптомсиз кечади. Эркакларда уретрадан ажралмалар келиши, сийганда ачишиш, аёлларда қорин пастида оғриқ
Хламидий инфекцияси	Chlamidia trachomatis	Жинсий, чақалоқлар туғруқ вақтида	Кўпинча симптомсиз кечади. Қиндан ажралмалар келиши, сийганда ачишиш, қорин пастида оғриқ

Трихомониаз	Trichomonas vaginalis	Жинсий, маиший,	Жинсий йўллардан кўп миқдорда, кўпиксимон, сарғимтир-яшил ажралмалар келиши, сийганда ачишиш, қичишиш
Генитал герпес	Herpes simplex	Жинсий, чақалоқлар туғруқ вақтида	Қин, анал тешик ва сонлар атрофида тошмалар, сийганда оғриқ. ҳолсизлик.
Кандидоз	Candida albicans	Жинсий	Қинда ачишиш ва қичишиш, творогсимонтажралмалар
Шанкроид	Haemophilus ducreyi	Жинсий	Қин даҳлизи ва анус атрофида оғриқли. Нотуғри шаклдаги яралар.
Захм	Treponema pallidum	Жинсий, йўлдош орқали онадан болага, ифлосланган қонни қуйганда	Инфекция билан алоқа бўлган соҳаларда (гениталий, бурун, оғиз бўшлиғи, анусаторфида) оғриқли яралар.

ЖЙОЮИ дунёда кенг тарқалган бўлиб, кўпгина мамлакатларда муаммо бўлиб ҳисобланади. Ҳар куни дунё бўйича 1 млн. Янги ксалланиш ҳолатлари аниқланади.

ЖЙОЮИ ибораси икки турдаги инфекцион касалликларни ўз ичига олади:

- Репродуктив аъзоларни зарарлайдиган ЖЙОЮИ (трихомониаз, бактериал вагиноз, кандидоз, гонорея, хламидиоз, генитал герпес).
- Репродуктив аъзолардан ташқари бошқа аъзо ва тизимларни ҳам шикастлайдиган ЖЙОЮИ (захм ва ОВИ/ ВИЧ-инфекцияси).

ЖЙОЮИ ни даволамаслик аёллар, экаклар ва болалар соғлиги учун хавфли бўлиб, беспуштлик, сурункали касалликлар, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, сексуал дисфункция, инфекциянинг тарқалиши ва летал оқибатлар каби асоратларга олиб келиши мумкин. ЖЙОЮИ бўлиб даволанмаган ҳомиладор аёлларда ҳомиласи соғлигига, чақалоққа, таъсир қилиб, кам вазнли болалар туғилишига, муддатидан олидниги туғруқларга сабаб бўлиши мумкин. Гонококк ва хламидий инфекциялари, захм ва ОВИ/ ВИЧ чақалоққа юқиши мумкин.

ЖЙОЮИ мавжудлиги симптомлари ёки физик белгилари

Аёлларда:

- Қорин пастида оғриқ,
- Ҳайз бузилиши,
- диспаренурия;
- қиндан ажралмалар келиши.

Эркакларда:

- уретрадан ажралмалар келиши;

- дизурия;

- халқасимон баланит

- Тухумларда оғриқ

Эркак ва аёлларда:

- гениталий соҳасидаги яралар;

- тўғри ичакда оғриқ ва ажралмалар;

- моно-ёки полиартрит;

- конъюнктивит.

ОИТС/СПИД (орттирилган иммун танқислиги) ОВИ билан зарарланиш ратижасида ривожланади. Бунда одамнинг иммун тизими зарарланиб, организм инфекция билан кураша олмайди. Касалланган одам бир умрга ташувчи бўлиб қолади. ОИТС/СПИД даврига ўтганда барча аъзоларнинг инфекцион зарарланиши кузатилади ва ўлим билан якунланади. Кўпгина аёллар қуйидаги сабабларга кўра керакли тиббий хизмат олмайди ва ЖЙОЮИ ни даволамайди:

- Касаллик симптомсиз кечади.
- Баъзи белиглар акасаллик узоқ кечганлии сабабли одатий ҳолга айланади (м-н, патологик ажралмалар)
- ЖЙОЮИ га гумон бўлганда аёллар:
  - ЖЙОЮИ асоратлари жиддийлигини тушунишмайди
  - Клиникага мурожаат этишга уялишади.
  - Жамоат ўртасида гап-сўз бўлишдан қўрқишади
  - Даволаш муассасига бориш имкони йўқ бўлади
  - Иқтисодий жиҳатдан даволана олмайдилар.

Оилани режалаштириш хизматининг ЖЙОЮИни даволаш ва олдини олишдаги роли.

Оилани режалаштириш хизмати (ОРХ) ва ҚВП ЖЙОЮИ билан курашишда асосий ўринни эгаллайди:

- Кўпинча аёл мурожаат этиши мумкин бўлган ягона тиббий муассаса бўлиб қолади
- ОРХ ва ҚВП контрацепция учун мурожаат этган ва ЖЙОЮИ билан зарарланган аёлларда скрининг иблан шуғулланади
- Кутиш хоналарида аёллар ЖЙОЮИ ҳақидаги маълумотлар билан танишишлари мумкин.
- Мавжуд касалхоналарда ЖЙОЮИ бўйича хизматларни ташкил этиш янги ЖЙОЮИни давловчи касалхоналар қуришга нисбатан харажатни кам талаб қилади.

ОРХ ва ҚВПларнинг ЖЙОЮИнинг олдини олишдаги хизмат миқёси қуйидагилардир:

- ЖЙОЮИнинг олдини олиш ва белгиларини аниқлаш бўйича масалалар бўйича сан-оқартув ишлари.
- ЖЙОЮИ муаммолари бўйича маслаҳатлаш.
- ЖЙОЮИ мавжудлигига, қин орқали текширув билан бирга скрининг ўтказиш.
- ЖЙОЮИ бўлагн мижозларни кузатиш ва даволаш.
- Мижозларни ЖЙОЮИни даволашга мўлжалланган махсус муассасаларга йўллаш.

ЖЙОЮИнинг олдини олиш учун нотаниш ҳамроҳ билан жинсий алоқада бўлганда ёки соғлом турмуш тарзини олиб боришда презервативлардан фойдаланиш ўринлидир.

Кўпгина ЖЙОЮИнинг клиник белгилари:
- Қиндан/уретрадан ажралмалар келиши
- Қорин пастида оғриқ
- Генитал яралар
- Лимфа тугунлар катталашиши

Клиник кечиши - ўткир, аниқ клиникадан торпид кечишгача, латент, яширин ва бирламчи сурункали кечиши мумкин.
Гинекологияда ЖЙОЮИнинг асосий белгиси қин ажралмалари бўлиб ҳисобланади
Лабораторияларда ИФА, ПЦР, РПГА, РИФ, РИТ, бак. Экма билан текширишнинг имкони бўлмаганда ЖССТ синдромал диагностикани тавсия этади.

Жадвалдан кўриниб турибдики, кўпгина касалликларнинг белгилари ўхшаш. Объектив(шифокор аниқлаган белгилпр) ва субъектив (мижознинг шикоятлари) симптомлар йиғиндиси синдром дейилади.

Синдром	ЖЙОЮИ
Уретрадан ажралмалар ажралиши	Гонорея,хламидиоз
Қиндан ажралмалар ажралиши	Трихомониаз,хламидиоз, Кандидоз, гонорея
Қорин пастида оғриқ	Гонорея, хламидиоз
Генитал яралар	захм, шанкроид

Бу диагностика куп йиллар давомида ўтказилган клиник текширувлар лаборатор текширувлар билан тастикланган.

Масалан, қиндан сузмасимон ажралмалар ва қичишиш шикоятлари билан мурожаат қилган аёллар қин кандидози билан зарарланган. Этиотроп даво ўтказилади – замбуруғга қарши воситалари, шахсий гигиена ва турмуш ўртоғи билан биргаликда даволанади. Даво даврида жинсий алоқалардан сақланиб турилиши шарт. Агарда қин ажралмалари кўпиксимон, бадбўй ҳидли ва кўкимтир кўринишда бўлганда – трихомониазга қарши даво ўтказилади. Йирингсифат суюқ ҳолларда – гоноряедан, балиқ ҳидли ажралмалар эндоцервицит билан биргаликда кузатилса – хламидиядан даволанади.

ЖЙОЮИларни даволаш

ЖЙОЮИ	Ҳомиладорликдан ташқари	Ҳомиладорликда
Бактериал вагиноз	1. Антибиотиклар (кпиндамицин – маҳаллий ва умумий) 2. Синтетик микробларга қарши препаратлар (метранидазол) 3. Эубиотиклар (маҳаллий ва умумий) 4. Иммуномодуляторлар (ликопид, полиоксидоний ва б.) 5. Витаминлар	1. Антибиотиклар (клиндамицин - маҳаллий ва умумий) 2. Синтетик микробларга қарши препаратлар (метранидазол) 3. Эубиотиклар (маҳаллий ва умумий) 4. Адаптоген ўсимлик табиатли 5. Витаминлар, курс дозалари бироз камайтирилган
рогенитал ндидоз	Маҳаллий даво**:** • Клотримазол, вагиналтаблетка, 500 мг бир марта ёки 200 мг 1 кунда 1 марта 3 кун(рецидив кандидозда 500 мг 1ҳафтада 1 марта); • Миконазол, вагинал овула, 1200 мг бир марта ёки 400 мг 1 кунда 1 марта 3 кун; • Кандибене, вагинал свеча, • Дифлюкан, вагинал таблетка **Перорал даво:** • Флуконазол 150 мг бир марта;	Во время беременности можно применять только местные препараты 1. Антибиотиклар (натамицин (пимафуцин), нистатин) 2. Имидазол қатори препаратлари, фақат маҳаллий (клотримазол

	• Итраконазол, 200 мг 1 кунда 2 марта 1 кун; • Флуконазол 100 мг 1 ҳафтада 1 марта рецидив кандидозда. • Дифлюкан, 150 мг бир марта, ёки 50 мг 1 кунда 1 марта 3 кун <u>Альтернатив схема</u> • метронидазол гели (0,75%) интравагинал 1 кунда 1 марта 5 кун ёки • Крем клиндамицин (2%) 1 кунда 1 марта 7 кун ёки • Клиндамицин 300 мг перорал 1 кунда 2 марта 7 кун	(бифоназол, канестен), миюназопл (гино-дактарин), эконазол (гино-певарил), изоконазол (гино-травоген)) 3. Аралаш препаратлар, маҳаллий (полижинакс, пимафукорт, клион Д) 4. Носпецифик воситалар (тетраборат натрий глицерин билан, Кастеллиана.) 5. Эубиотиклар (маҳаллий ва умумий) 8. Адаптоген ўсимлик табиатли 9. Витаминлар
Микоплазмоз	1. Антибиотиклар (доксициплин, эритромицин, макропен, азитромицин, пефмоксацин), умумий. Маҳаллий - далацин 2. Эубиотиклар (маҳаллий ва умумий) 3. Иммуномодуляторлар (ликопид, полиоксидоний ва б.) 4. Витаминлар	1. Антибиотиклар (эритромицин, кўтара олмасликда - макропен, азитромицин), умумий. Маҳаллий - далацин 2. Эубиотиклар (системно и местно) 3. Адаптоген ўсимлик табиатли 4. Витаминлар
Хламидиоз	1. Антибиотиклар (тетрациклин, доксициклин, макропен, азитромицин (сумамБИР), эритромицин, спирамицин (ровамицин), рулид, кларитромицин (клацид) 2. Синтетик микробларга қарши препаратлар (офлоксацин) 3. Замбуруғга қарши воситалар 4. Иммуномодуляторлар (ликопид, полиоксидоний ва б.) 5. Эубиотиклар (маҳаллий ва умумий) 6. Витаминлар 7. Гепатопротекторлар (эссенциале-форте, корсил, метионин) 8. Маҳаллий даво	1. Антибиотиклар (эритромицин, вильпрафен, ровамицин, азитромицин (сумамБИР), рулид, макропен, кларитромицин (клацид) 2.Замбуруғга қарши воситалар 3. Адаптоген ўсимлик табиатли 4. Эубиотиклар (маҳаллий ва умумий) 5. Витаминлар 6. Гепатопротекторлар (эссенциале-форте, корсил, метионин) 7. Ҳомиладорлик асоратларини даволаш 8. Йўлдош

		етишмовчилигини даволаш 9. Маҳаллий даволаш
Герпетик инфекция	1. Вирусга қарши воситалар (ацикловир, фамвир, валацикловир, алпиразин, флокозид, рибамидин ва б.) 2. Интерферон ва индукторлари (интерлок, полудан, альфа2-интерферон (реаферон), циклоферон (комБИРон), ридостин; виферон - шамчалар) 3. Витаминлар С, Е 4. Иммуномодуляторлар (ликопид ва б.) ва Адаптоген ўсимлик табиатли 5. Ташқи қўллаш учун воситалар (ацикловир, мегосин, госипол, оксолин мази, теброфеин мази, алтеразин мази, эпиген интимо) 6.Герпетик вакциналар <u>Тавсия қилинган схема</u> (5 кунга): • Ацикловир 200 мг 5 марта 1 кунда ёки • Фамцикловир 250 мг 3 марта 1 кунда ёки • Валацикловир 500 мг 2 марта 1 кунда	1. Вирусга қарши воситалар (тарқалган шаклида- ацикловир) 2. Интерферонлар (виферон-1 28-34 ҳафталикдан, виферон-2 35-40 ҳафталикдан) 3. Витаминлар С, Е 4. Адаптоген ўсимлик табиатли 5. Ташқи қўллаш учун воситалар (ацикловир, мегосин, госипол, оксолин мази, теброфеин мази, алтеразин мази, эпиген интимо Онада герпетик тошмалар бўлганда неонатал герпеснинг олдини олиш учун туғруқ муддатидан 2 ҳафта олдин кесар кесиш йўли билан туғдирилади.
Захм	1.Бензилпенициллин 24 млнБИР в/и ҳар куни, 4 млн БИР ҳар 4 соатда 21 кун давомида. 2.Бензилпенициллин 0,15 млн БИР/кг/кунига в/и, ҳар 4 соатда 14кун. 3.Прокаин пенициллин 2,4 млн БИР м/о ҳар кунио плюс пробенецид 500 мг перорал кунигу 4 марта, 21 кун давомида. *4.Ҳар бир курсда специфик терапия, витаминлар, умумқувватловчи ва стимулловчи терапия ўтказилади.* 5.Пенициллинга аллергия бўлса, ёки парентерал даводан бош тортса,: 6.Доксициклин 300 мг 2 марта 1 кунда перорал 40 кун.	1.Бензатин пенициллин (Пенидурал®, экстенциллин, ретарпен) 2,4 млн БИР м/о (ҳар бир думбага 1,2 млн БИР) 1 ҳафтада 1 марта 1- ва 8-й кунлар. 2.Прокаин пенициллин 600 000 ёки 1,2 млнБИР м/о хар куни 10-14 кун. Пенициллинга аллергия бўлса: Альтернатив вариант: -Азитромицин, 500 мг 1 кунда 1 марта перорал 10 кун

		-Цефтриаксон, 250-500 мг м/о хар куни 10 кун -Оксациллин 1 млн БИР м/о суткада 4 марта, 14 ёки 28 кун. **ЎзССВ № 660 кўрсатмаси асосида ҳомиладорларга профилактик даво усули**: - Бензилпенициллин натрий 400 000 БИР суткада 8 марта 14 кун - бензилпенициллин новокаинтузи 600 000 БИР суткада 14 кун. - Бициллин 3 ва 5 1,8 млнва 1,5 млн БИР ҳафтада 2марта 1 курсга 7 инъекция
Сўзак	*- цефтриаксон 250мг м/обир марта ёки* *- ципрофлоксацин 500мг ичишга ёки* *- спектиномицин (тробицин) эркакларга 2,0г, аёлларга 4,0г м/о бир марта.* *<u>Альтернатив</u> схема:* *- офлоксацин (таревид) 400мг ичишга бир марта ёки* *- норфлоксацин 800мг ичишга бир марта ёки* *- метоциклин (рондомицин) 1,2 2 марта ичишга овқатдан кейин 8 соат оралиқ билан курсга 2,4.* *Стационарда 24-48 соат даволанади. <u>Тавсия қилинган</u> схема:* *- цефтриаксон 1,0 м\о ёки в\и ҳар 24соатда.* *- Спектиномицин (тробицин) 2,0 м\о ҳар 12соатда.* *<u>Альтернатив даво</u>:* *- канамицин 1млн БИР. м\о ҳар 12соатда ёки* *- ципрофлоксацин 500мл в\и ҳар 12 соатда ёки* *- пефлоксацин (абактал) 0,6дан суткада 1 марта в\и.* *Парентерал терапия стационарда 7 кун ва клиник белгилари йўқолгандан сўнг 24-48 соат давом этади.* *- ципрофлоксацин 500мг ичишга ҳар 12 соатда ёки* *- офлоксацин (таривид) 400 ичишга ҳар 12 соатда.* *Хламидийнинг профилактикаси учун:* *- Азитромицин (сумамед) 1,0 ичишга 1 марта ёки* *- Доксициклин 100 мг ҳар 12 соатда 10 кун.*	*<u>Рекомендуемые</u> схемы:* *- цефтриаксон 250мг в\м однократно или* *- цефотаксим 1,0 в\в каждые 8 часов до разрешения клинической симптоматики, после чего продолжать не менее 24-48 часов или* *- пенициллин по схеме – 1ая инъекция 600.000БИР. послБИРующая по 400.000 БИР. каждые 3 часа на 12-15 млн. БИР.* *<u>Альтернативные</u> схемы:* *- эритромицин 500.000 БИР. 4 раза в сутки, курсовая доза 14-16 млн. БИР.* спектиномицин 2 г в\м каждые 24 часа в течение 2 дней.

Хламидия	*<u>Тавсия этиладиган</u> схема:* *- азитромицин (сумамед) 1,0 ичишга 1 марта ёки* *- доксициклин 1 ичишга 300мг, сўнг 100мг суткада 2 марта 5-7 кун ёки* *- ровамицин 3млн БИР 3 маҳал 10 кун ёки* *- эритромицин 500мг суткада 4 маҳал 7 кун ёки* *-азитромицин 1г перорал, бир марта ёки* *- доксициклин 100мг перорал, 2 маҳал кун.* *<u>Альтернатив</u> схема* *- рокситромицин (рулид) 150мг перорал 2 маҳал 10 кун ёки* *- офлоксацин (таривид) 300мг ичишга 2маҳал 7-10 кун,ёки 400мг 1маҳал 7-10кун ёки* *- тетрациклин (окситетрациклин) 500мг 4 маҳал 7-10 кун.* *- эритромицин 500мг перорал 4 маҳал 7 кун ёки* *- офлоксацин 200мг перорал 2 маҳал 7 кун ёки* *- рокситромицин 150мг перорал 2 маҳал 7кун ёки* *- кларитромицин 250мг перорал 2 маҳал*	*<u>Тавсия қилинган</u> схема* *- эритромицин 500мг перорал 4 маҳал 7 кун ёки* *- амоксициллин 500мг перорал 3 маҳал 7 кун ёки* *- джозамицин 750мг перорал 2 маҳал 7 кун ёки* *<u>Альтернатив</u> схема.* *- эритромицин 250мг перорал 4 маҳал 14 кун ёки* *- эритромицин этилсукцинат 800мг перорал 4 маҳал 7 кун ёки* *- эритромицин этилсукцинат 400мг 4 маҳал 14 кун ёки* *азитромицин 1г перорал, бир марта.*
Аногенитал тошмалар	***Уй шароитида беморларнинг ўзлари даволаниши:*** • Подофиллотоксин (0,15% крем ёки 0,5% эритма); Эпиген-спрей, крем • Имиквимод (5% крем). ***Тиббий муассасаларда даволаниш:*** •Электрокоагуляция/лазеротерапия/қириш/қайчи билан кесиш; • Криотерапия; • *Трихлоруксус кислота*	

Тўсиқ солувчи ва кимёвий контрацепция усуллари

Буларга қуйидагилар киради: 1) эркак ва аёл презервативлари,2) қин диафрагмалари, 3) цервикал қалпоқчалар, 4) спермицидлар.

Презервативлар (эркак презервативлари) эркак томонидан ишлатиладиган ягона контрацепция воситасидир. Улар аёлларнинг жинсий йўлларига сперма тушишига имкон бермайди, микроорганизмларнинг бир кишидан иккинчи кишига ўтишига йўл қўймайди. Шу муносабат билан жинсий йўлларнинг инфекциялари, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, ВИЧ инфекциясидан ҳоли бўлиш учун ҳам бу воситадан фойдаланиш мумкин. Презервативлардан фойдаланиш болани эмизшга салбий таьсир кўрсатмайди, организм системаларига кўрсатадиган ножўя таъсирлари йўқ, саломатлик учун хавф-хатар ҳам солмайди, шу нарса уларнинг афзалликларидир. Уларни дорихоналардан топиш осон, врач

рецептларисиз сотилади. Презервативлар жинсий йўл билан юқадиган касалликлар ва ВИЧ\ОИТСдан ҳам ҳимоя қилиши мумкинки, буни уларнинг яна бир афзаллиги деб ҳисобласа бўлади. Улардан фойдаланишнинг камчиликлари жумласига аввало самарадорлик даражаси ўртача эканлигини киритиш мумкин (100 нафар аёл ҳисобидан олганда 1 йил давомида бўйида бўлиб қолиш ҳоллари 2-12 тани ташкил этади). Лекин улардан фойдаланиш қоидаларига амал қилинганида юқори самарадорликка эришиш мумкин.

Қин диафрагмалари ва цервикал қалпоқчалар гумбазсимон шаклда ясалиб, эгилувчан халқага уланган латекс косачадан иборат, жинсий алоқадан аввал қинга киритиб қўйилади, шунда у қин билан бачадон бўйни орасида тўсиқ бўлиб туради. Таъсир механизми шуки, сперманинг юқори жинсий йўлларига ўтишига имкон бермай, уни ўзида олиб қолади.

Қин диафрагмаларини:

- гормонал препаратлардан фойдаланишни ёқтирмайдиган ёки тиббий сабабларга кўра улардан фойдалана олмайдиган аёллар;

- бачадон ичига қўйиладиган воситалардан фойдаланиш мумкин бўлмаган аёллар;
- эмизикли оналар;
- жинсий йўллар инфекцияларидан сақланишни истайдиган аёллар ишлатадилар.

Бу усулнинг афзаллиги дарҳол кор қиладиган, болани кўкрак бериб боқишга таъсир кўрсатмайдиган бўлишидир. Диафрагмани жинсий алоқадан 6 соат илгари жойлаб қўйса бўлади, шунинг учун унинг жинсий алоқага боғлиқлик томони йўқ. Саломатлик учун ҳам зарари йўқ. Камчиликлари самарадорлик даражасининг ўртача эканлигидир. (100 нафар аёл ҳисобидан олинганида 1 йил давомида бўйида бўлиб қолиш ҳоллари 6-18 тани ташкил этади). Лекин ундан билиб ва тўғри фойдаланилганида юқори самарадорликка эришиш мумкин. Аёл кишига маслаҳат берилаётганида диафрагмани олдин ўлчаб олиш учун аёлни малакали тиббий ходим махсус текширишдан ўтказиши талаб этилади. Бу усул жинсий йўл билан юқадиган касалликлардан одамни сақламайди, чунки ташқи жинсий органлар билан қин шиллиқ пардаси очиқ қолаверади.

Ҳайз вақтида диафрагмадан фойдаланиш тавсия этилмайди, сабаби шуки, башарти бачадонда инфекция бўлса, қоннинг туриб қолиши токсик шокка олиб бориши мумкин. Бачадони, қовуғи паст тушиб қолган, вагинал стенози ва генитал аномалиялари бўлган аёллар ҳам диафрагмадан фойдалана олмайди.

Спермицидлар спермани фаолмас ҳолга келтирадиган ёки ўлдирадиган кимёвий моддалардир. Уларнинг қуйидаги хиллари бор:

- аэрозоллар;
- вагинал таблеткалар;
- кремлар.

Спермицидлар таъсир механизми шуки, улар сперматозоидлар мембранасини емириб юборади, натижада сперматозоидлар ҳаракатчанлиги сусайиб, тухум ҳужайрани уруғлантира олмайдиган бўлиб қолади. Спермицидлар қинга қўйиб қўйилганидан кейин 10-15 минутдан сўнг таъсир қила бошлайди. Спермицидларни:

- гормонал методлардан фойдалана олмайдиган аёллар:
- бачадон ичи спиралларини ишлатишни ёқтирмайдиган аёллар;
- эмизикли оналар;
- ҳомиладорликдан вақтинча сақланиб турувчилар ишлатади.

Бу усулнинг афзаллиги шуки, у дарҳол кор қила бошлайди, болани кўкрак билан эмизиб боришга таъсир ўтказмайди. Спермицидлардан фойдаланиш осон ва саломатликка зарар етказмайди, спермицид воситалар рецептсиз берилади ва уларни ишлатиш учун аёл кишининг тиббий текширувдан ўтиши шарт эмас.

Спермицидлардан фойдаланиш усулининг камчилиги самарадорлик даражасининг ўртача эканлигидир (шу усулдан 1 йил давомида фойдаланиб келган 100 нафар аёл ҳисобидан

олганда бўйида бўлиб қолиш ҳодисаси 3-21 тани ташкил этади). Контрацептив самарадорлиги, яъни спермицидларнинг нечоғлик яхши кор қилиши уларни ишлатишга доир йўл йўриқларга қанчалик амал қилинишига ва улардан нечоғлик тўғри фойдалана билишга боғлиқ. Спермицид ҳар сафар ишлатилганида фақат 1-2 соат давомида таъсир кўрсатиб туради, холос. Бу воситаларни ишлатиш юзасидан кишиларга маслаҳатлар берилаётганида, спермицидларнинг жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, ВИЧ\ОИТСдан одамни ҳимоя қилмаслигини, аллергик реакцияларга сабаб бўла олишини таъкидлаб ўтиш зарур. Аллергик реакциялар рўй берадиган бўлса, бўйида бўлишдан сақланишнинг бу усулидан воз кечиб, контрацепциянинг бошқа усулларидан фойдаланиш керак.

Назорат учун саволлар:

1. ЖЙОЮИ– нима?
2. ЖЙОЮИ билан боғлиқ қандай белгиларни биласиз?
3. ЖЙОЮИни ташхислаш усулларини айтинг.
4. ЖЙОЮИни даволаш усулларини айтинг.
5. ЖЙОЮИнинг олдини олиш усулларини айтинг
6. ЖЙОЮИ билан зарарланиш хавф гуруҳига кимлар киради?
7. Тўсиқ усуллар билан маслаҳатлашнинг тамойилларини айтинг.
8. Тўсиқ усуллар ва Спермицидларнинг таъсир механизмини айтинг.
9. Тўсиқ усуллар ва Спермицидларнинг афзалликлари қандай?
10. Тўсиқ усуллар ва Спермицидларнинг камчиликлари қандай?

Тестлар:

1.Лаборатория бўлмаганда ЖЙОЮИни ташхислаш:
А) қон таҳлилида
Б) АҚБ ва тана ҳароратини ўлчаб
В) мижозга саволлар бериш ва ЖЙОЮИ белгиларига қараб аниқлаш*
Г) мумкин эмас

2. Аёллар ЖЙОЮИнинг белгиларини санаб беринг:
А) Вагинал ажралмалар
Б) Генитал яралар
В) Қорин пастида оғриқ
Г) Барчаси*

3. Презервативларнинг энг асосий афзаллиги нима?
А) тез смара бериши
Б) Тизимли ножўя таъсирлари йўқлиги
В) арзонлиги
Г) ЖЙОЮИ ва жинсий аъзолар инфекцияларидан ҳимоя қилиши*

4. Спермицидларнинг камчиликларидан бири:
А) қинда қичишиш ва ачишиш*
Б) Эстроген билан боғлиқ тизимли ножўя таъсирлари
В) Эмизишга таъсир қилиши
Г) қўллашдан олдин чаноқни кўздан кечириш

5. Сексуал фаол одам ўзини ОИТСдан сақлашнинг энг қулай усули?
А) ҳамроҳи ОИТС билан касалланганлигига гумон қилганда презервативни қўллаши
Б) Ҳар бир жинсий алоқада презервативни қўллаш*
В) 1 ойда биттадан кам ҳамроҳ алмаштириш
Г) бир вақтда бир ёки бир нечта жинсий ҳамроҳи бўлиши

6. ЖЙОЮИнинг юқиш йўллари қандай?
А) онадан болага (ҳомиладорликда, туғруқда ва бола туғилгандан сўнг
Б) Жинсий йўл билан
В) Қон ва қон маҳсулотларини қуйганда
Г) Барчаси*

7. ЖЙОЮИ:

А) ЖЙОЮИга 20 дан ортиқ касалликлар киради*
Б) ҳамроҳидан зарарланмаганда ҳам жинсий йўллардан ажралмалар келиши мумкин
В) ЖЙОЮИ фақат ташқи жинсий йўлларда бўлади

8. ЖЙОЮИнинг тарқалиши:

А) ЖЙОЮИ фақат маълум мамлакатларда тарқалган
Б) ЖЙОЮИ тиббий асбоблар орқали юқиши мумкин
В) тўғри жинсий хулқ ЖЙОЮИнинг юқиш эҳтимолини камайтиради*

9. Презерватив қайси категориядаги шахсларга тўғри келмайди?

А) Контрацепцияга ҳисса қўшишни истаган эркаклар
Б) Кам жинсий алоқада бўладиган жуфтликлар
В) Жинсий алоқа билан боғлиқ усулни қўллашни истамаган жуфтликлар*
Г) ЖЙОЮИюқиш хавфи юқори бўлган эркак/аёллар

10. ЖЙОЮИлардан ҳимоя қиладиган контрацепциянинг 2 та турини кўрсатинг

А) эркаклар презерватива*
Б) аёллар презерватива*
В) фарматекс
Г) диафрагма

11. Лаборатория бўлмаганда ЖЙОЮИни ташхислаш:

А) мижозга саволлар бериш ва ЖЙОЮИ белгиларига қараб аниқлаш*
Б) мумкин эмас

12. Аёллар ва эркакларда ЖЙОЮИнинг 4та асосий гуруҳ белгиларини санаб беринг:

А) вагинал/уретрал ажралмалар*
Б) генитал яралар*
В) қорин пастида оғриқ*
Г) моякларда шиш/оғриқ*
Д) тана ҳароратининг ортиши
Е) терида тошмалар
Ж) бепуштлик
З) кўнгил айниши ва қусиш

13. Яқинда ЖЙОЮИ ўтказган аёлга мос келадиган 3та контрацепция усулини айтинг

А) БИВ*
Б) ИЖС*
В) тўхтатилган жинсий алоқа*
Г) Депо-Провера
Д) презервативлар
Е) АОК

14. Мижозларга ОИВ/ОИТСдан сақланиш ҳақида маслаҳатлашда асосий 3та ҳолатни айтинг:

А) ОИТС қандай юқади ва қандай юқмайди*
Б) Мижознинг қанақа ҳаракати зарарланиш хавфини оширади*
В) ОИТС ҳар доим ўлим билан якунланади*
Г) ОИТСни даволаш мумкин
Д) Ҳамроҳига содиқ бўлса ОИТС билан зарарланмайди
Е) Тиббий ходимлар ОИТСдан муҳофазаланган

15. Сексуал фаол одам ўзини ОИТСдан сақлашнинг энг қулай усули:

А) Ҳар бир жинсий алоқада презерватив қўллаш*
Б) Наркотикларни истеъмол қилмаслик*

В) Спермицидлар билан бирга АОК ни ишлатиш
Г) Жинсий алоқадан сўнг жинсий аъзоларини яхшилаб ювиш

Вазиятли масала №1:

Жуфтликлар контрацепция усулини қўллаш мақсадида шифокорга мурожаат этди. Қин орқали текширганда аёлда творошсимон ажралма аниқланди. Қин суртмасини текширганда замбуруғли яллиғланиш аниқланди.

Савол:

1. Тахминий ташхис
2. Бу ҳолатда контрацепция усулини қўлласа бўладими, агар бўлса, қандай усулни қўллаш мумкин?
3. Даволаш

Жавоб:

1. Вагинал кандидоз
2. Ҳа – тўсиқ усуллар, АОК, СПК
3. Клотримазол, вагинал таблетка 500 мг, бир марта ёки 100 мг дан кунига 1 марта 7 кун давомида. Ҳамроҳида инфекция бўлса, уни даволаш.

Вазиятли масала№2:

25 ёшли аёл оилавий поликлиника шифокорига қин соҳасида майда, оғриқли ва ёрилиб, ярачаларга айланган тошмалар тошишига шикоят қилиб келди.

Савол:

1. Тахминий ташхис
2. Қўзғатувчини аниқлашнинг самарали усули
3. Поликлиника шароитида текшириш ҳажми
4. УАШ тактикаси ва даволаш

Жавоб:

1. Генитал герпес
2. ИФА усулида серологик текшириш
3. Уч нуқтадан суртма олиш, бактериологик экма, қонда RW, ВИЧни текшириш

Ацикловир перорал 200мг кунига 5 марта 7-10 кун давомида. Бир вақтда жинсий ҳамроҳини ҳам даволаш. Даволаниш давомида жинсий алоқадан сақланиш ёки презерватив қўллаш.

Вазиятли масала №3

Мижоз 36 ёш. Контрацепция усулини танлаш учун УАШга мурожаат этди. Анамнезида: 1 ўз-ўзидан ҳомила тушиши ва 3 та туғруқ. Охирги туғруғи оғир кечган. Анамнезида сурункали персистирловчи гепатит циррозга ўтиши билан, Анемия 2 даража. Жуфтликлар юқори самарали контрацепция усулини танлашни хоҳлашади. Бимануал кўрик – ўзгаришсиз. Эри презерватив ишлатишни хоҳламайди.

Савол:

1. Контрацепциянинг энг қулай усулини аниқланг
2. Ихтиёрий жарроҳлик усулини танлашди, бу усулни қачон қўллаши мумкин.
3. Бу мижозни олиб бориш тактикаси

Жавоб:

1. ИЖС – бачадон найларини боғлаш ёки Вазэктомия. СПК.
2. Чаноқ инфекцияси белгилари бартараф этилгандан сўнг
3. Антибактериал ва яллиғланишга қарши даволашдан сўнг ИЖС ўтказиш мумкин.

Вазиятли масала№4

Мижоз 20 ёшда. Контрацепция усулини танлаш учун УАШга мурожаат этди. Анамнезида: 1 ўз-ўзидан ҳомила тушиши ва 20 кун олдин туғруқ бўлган.Анемия 2 даража. Бимануал кўрик – ўзгаришсиз. Эри презерватив ишлатишни хоҳламайди.

Савол:

1. Тактикангиз.
2. Бирламчи маслаҳатлашдан сўнг мижозЛАУни танлади, лекин ҳомиладор бўлиб қолишдан қўрқади. Тактикангиз.

Жавоб:

1. Бирламчи маслаҳатлаш ўтказиб, барча қизиқтирган саволларга жавоб бериш
2. Аниқ усул - ЛАУ бўйича маслаҳатлаш ўтказиш, профилактика учун қалтис кунларда қўшимча усулни – тўсиқ усулни қўллаш

Амалий машгулот № 22. Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар: предменструал, климактерик ва посткастрацион синдромлар. Ташхислаш. Текшириш. Дифференциал диагностика ва УАШ тактикаси.

Ўқув машғулотида таълим технологияси модели

Вақт: 240 мин	Талабалар сони:10-12
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Клиника, гинекология бўлими, кабул булими, тематик хона , амалий кўникмаларни бажариш хонаси, лаборатория.
Маъруза режаси / ўқув машғулотининг тузилиши	13. Кириш кисми 14. Назарий кисим 15. Амалий кисим - Беморлар курацияси - амалий кўникмаларни эгаллаш 16. Аналитик кисим - Вазиятли масала - тест
Ўқув машғулоти мақсади: Гинекологияда нейроэндокрин синдромларни олдини олиш ва даволашга ўргатиш.	

***Педагогик вазифалар*:** **УАШ билиши лозим:** • Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар классификациясини сузлаб бериш. • Турли ёшдаги аёлларда нейроэндокрин синдромларнинг клиникаси кечишини ургатиш. • Нейроэндокрин синдромлар ташхислашси усуллари ургатиш • Қиёсий ташхислаш • Нейроэндокрин синдромлар билан касалларни амбулатор ва стационар даволаш критерийлари. • Турли ёшдаги аёлларда нейроэндокрин синдромларни ни даволаш. • Клиник текширишларни ўтказа олиши, аниқ ташхислаш учун текширишнинг лаборатор ва инструментал усулларини билиши • Нейроэндокрин синдромлар госпитализация критерияларини аниқлаш. • Ушбу патология билан госпиталгача бўлган босқичда бирламчи ёрдамни кўрсатиш ва бемор ахволи оғирлик даражасини бахолаш. • Комплекс давони постстационар босқичда амалга ошириш.	***Ўқув фаолияти натижалари*:** ***УАШ билиши лозим**:* • *Нейроэндокрин синдромларни босқичларининг клиник кечишини;* • *Нейроэндокрин синдромларни ташҳисқўйиш усулларини;* • *дифференциал ташҳисқўйишни;* • *Нейроэндокрин синдромларни ларни амбулатор ва стационар даволаш мезонларини;* • *юқорида кўрсатилган ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатиш тадбирларининг кетма-кетлигини;* • *Нейроэндокрин синдромларнинг диагностик усулларини;* • *Нейроэндокрин синдромларнинг эхтимолий асоратларини.* ***УАШ эгаллаши лозим:*** • *ушбу патологияга оид ҳавф гуруҳни аниқлашни;* • *клиник текширув ўтказишни, ташҳисни тасдиқловчи лаборатор ва инструментал усулларни интерпретациялашни;* • *Нейроэндокрин синдромларбосқичига кўра госпитализация мезонларини аниқлашни;* • *бемор ҳолатининг оғирлигига баҳо беришни ва ушбу патологияда госпитализация қилишдан олдинги биринчи шифокор ёрдамини кўрсатишни;* • Нейроэндокрин синдромлар ни бошидан кечирган аёллар учун маслаҳатлар утказишни ва тўғри контрацептивларни танлашни;
Таълим усуллари	Ҳикоя, суҳбат, кўрсатма бериш, намойиш, амалий иш усули, лаборатория усули, таълимий ўйин
Таълим шакли	Фронтал, жамоавий, гуруҳларда ишлаш«Ромашка уйини», клиник масала, якка тартибли
Таълим воситалари	Маъруза матни, видеофильмлар, ёзув тахтаси, муляжлар, график, эслатма, назорат варағи
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, вазиятли масалаларни ечиш; амалий куникмаларни бажариш буйича харакат алгоритмини намойиш этиш;

Машғулотнинг хронологик харитаси:

№	Машғулот босқичи	Машгулот шакли	Вакти

1	Саломлашиш. Кун тартибини муҳокама қилиш. Ақлий машғулот.	ФК	5
2	Кириш сўзи (мавзуни асослаш, мақсад)	ФК	5
3	Талабалар умидлари	ФК	10
4	Мавзунинг муҳокамаси – мунозара усулида презентация (Жинсий йўллар оркали юқадиган инфекцияларни синдромал ташхислаш ва даволаш)	ФК ва компьютерда презентация	50
5	“Ечимлар дарахти” усули	Вазиятли масала ечиш (илова №1), амалий кўникмаларни ишлаш (илова №2)	30
Танаффус			30
6	Жисмоний машғулот	Талабалар ўтказади	10
7	Мавзунинг муҳокамаси (Тўсиқ усуллар, спермицидлар)	Компьютерда презентация, мунозара	40
8	Кичик гуруҳларда ишлаш	Тестлар ечиш, илова №3	40
9	Укитувчи утказилган машгулот буйича хулоса килади, 100-баллик тизим буйича хар бир талабани бахолайди. Кейинги машгулот буйича талабаларга вазифа бериш	Маълумот, мустакил тайёрланиш учун саволлар (илова №4)	20
Жами			240

Назарий қисм

«**Гинекологияда нейроэндокрин синдромлар**»

Нейроэндокрин гинекологик синдромлар умумий патогенезга эга – аёл организми махсус функцияларини бошқарувчи муҳим бўғин бўлган гипоталамо-гипофизар тизимнинг бузилиши. Бу патологияларнинг патогенези умумий бўлса ҳам уларнинг ўзига хос белгилари устунлиги билан бир-биридан фарқ қилади. Умумий амалиёт врачи кўп ҳолларда ҳайзлоди, климактерик ва посткастракцион синдромларга дуч келади.

Ҳайзолди синдроми (ҲОС) – ҳайздан олдидан ҳайз циклининг иккинчи фазасида юзага келадиган нейропсихик, вегеттив-қон томир ва алмашинув-эндокрин бузилишлар билан кузатиладиган мураккаб патологик симптомокомплекс бўлиб ҳисобланади.

Турли ёшдаги гуруҳларда ҲОСнинг учраш сони турлича 19-20 ёшда – 20%, 30ёшдан кейин – 47%, 40-49 ёшдан кейин – 55%.

Этиологияси ва патогенези. ҲОС келиб чиқишидаги омилларга стресс ҳолатлар, нейроинфекциялар, асоратли туғруқ ва абортлар, турли жароҳат ва жарроҳлик амалиётлари. Оғирлашган гинекологик анамнез ва экстрагенитал патологиялар преморбид фон бўлиб хизмат қилади. ҲОС ривожланиши ҳақида назариялар кўп: гормонал, «сув билан

заҳарланиш»назарияси, психосоматик бузилишлар, аллергик ва б. ҲОСнинг патогенезида гиперэстрогения ва у билан боғлиқ натрия ҳамда суюқликнинг тўқималарда, асосан марказий асаб тизимида йиғилиб қолиши етакчи ўрин эгаллайди.

Клиник шакллари:

- нерв-психик (эмоционал лабиллик, таъсирчанлик, йиғлоқилик, уйқусизлик, жаҳлдорлик, атрофдагиларга нисбатан апатия, депрессив ҳолатлар, ҳолсизлик, тез чарчаш, хотира сусайиши, сексуал бузилишлар ва б.);
- шиш (юз, болдир, бармоқлар шиши, сут безлари таранглашуви ва оғриқлиги – мастодиния, тери қичиши, терлаш, чанқаш, тана вазни ортиши, меъда-ичак йўллари фаолияти бузилиши, бош оғриғи, таъсирчанлик ва б.);
- цефалгик (вегетатив-қон томи рва неврологик симптоматика устунлиги: мигренсимон бош оғриғи, кўнгил айниб, қусиш ич кетиши, бош айланиши, юрак уриб кетиши, таъсирчанлик, ҳидга сезгирлик ортиши);
- кризли (симпато-адренал кризлар устун бўлиб, АҚБ кўтарилиши, тахикардия, ЭКГўзгаришсиз юрак оғриқлари. Одатда кризлар чарчоқ ва стресс ҳолатлардан сўнг кузатилади).

Патологик симптомлар сони, интенсивлиги ва давомийлиги бўйича ҲОСнинг учта шакли фарқланади: енгил, ўрта ва оғир. *Енгил шакли* – ҳайздан 2-10 кун олдин 3-4 симптомлари пайдо бўлиб, шундан 1-2 симптомлар кучлироқ ривожланган бўлади; *оғир шакли* – ҳайздан 3-14 кун олдин 5-12 симптомлар пайдо бўлиб, шундан 2-5таси ёки барчаси кучли ривожланган бўлади.

ҲОС уч босқичда кечади:

- компенсирланган – пайдо бўлган симптомлар ҳайз бошланиши билан йўқолиб, йиллар ўтган сари ҲОС авж олмайди..
- Субкомпенсирланган – йиллар ўтган сари оғирлиги авж олади, муддати , сони ва ривожланиш даражаси ортади..
- Декомпенсирланган – оғир кечиб, «ёруғ» оралиқлар камаяди..

ҲОСнинг ташхиси белгиларнинг циклигига асосланади.Органик патологиянинг йўқлигини аниқлаш учун калла суяги ва турк эгари, умуртқўйин қисми рентгенографияси, буйрак, меъда-ичак йўлларини текшириш, ЭЭГ, ЭКГ функционал синамалар билан, кўз туб ива кўриш майдонини, кўкрак безида оғриқ бўлганда ҳайзнинг 1 фазасида маммография ўтказиш тавсия этилади.

Касалликни даволаш унинг давомийлигига, клиник шаклига, беморнинг ёши ва йўлдош экстрагенитал патологияга боғлиқ. Даволашнинг биринчи босқичида психотерапия (ўзаро суҳбат, касаллик маъносини тушунтириш, аутотренинг, дам олиш ва ишлаш тартиби, парҳез бўйича маслаҳатлар). Нейропсихик белгиларни ҳисобга олиб седатив ва психотроп воситалар – тазепам, рудотель, седуксен, амитриптилиин ва б. тайинланади. Дорилар ҳайзнинг 2 фазасида белгилар пайдо бўлишидан 2-3 кун олдин берилади. Антигистамин воситалар шиш турида самара беради. МАТда қон айланишини яхшилаш учун ноотропил, грандаксин (1 кап. 3-4 марта кунига), аминалон (0,25 дан 2-3 ҳафта). Цефалгик ва криз шаклида пролактин миқдори юқори бўлганда парлодел (1,25-2,5 мг кунига) ҳайзнинг 2 фазасида узлуксиз тартибда берилади. ҲОСнинг шиш шаклида верошпирон берилади, 25 мг 2-3 марта кунига ҳайзнинг 2 фазасида беолгила пайдо бўлишидан 3-4 кун олдин берилади. ҲОСнинг патогенезида простагландинлар рол ўйнашини ҳисобга олиб, антипростагландинлар – напросин, индометацин ва б. тавсия этилади.

Гормонал терапия ҳайзнинг 2 фазаси етишмовчилигида берилади. (ҲОСнинг оғир шаклида гестагенлар 16-дан 25 кунгача – дюфастон, норколут 10-20 мг кунига ёки аралаш эстроген – гестагеннлар берилади).

ҲОС 6-9 ой давомида даволанади. Даволаш цикл билан ҳар 2-3 ойда 3ой давомида ўтказилади.

Альгодисменорея. Бирламчи (функционал) - огрик хайз келишидан 1-2 кун олдин, кунгил айнаши, бош огриги, кайд килиш, ич кетиш.

Даволаш:

- простогландин ингибиторлари (индометацин, бруфен, метиндол, аспирин, напросин хайз циклидан 3 кун олдин бошлаб-3-5 ой давомида,
- новокаин билан электрофорез,
- КОК -3-4 ой,
- иглорефлексотерапия,
- транквилизаторлар

Иккиламчи (жинсий органларни патологик узгаришлари билан боглик- эндометриоз, миома, жинсий органларинг яллигланиши, аденомиоз, БИВ)

Даволаш-асосий касалликка боглик.

Посткастрацион синдром (ПС) – бу вегетатив-қон томир, нейроэндокрин ва нейропсихик симптомлар комплекси бўлиб, репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон билан ёки бачадонсиз тотал ёки субтотал овариоэктомия (кастрация)дан кейин ривожланади.

Жарроҳлик қилинган аёллар ичида 60-80%да синдром кузатилиб, 25%да ПС оғир ўтиб, аёлнинг меҳнат қобилияти бузилади. Икки томонлама овариэктомия ўтказган тахминан 25% аёлларда оғир ва тез-тез иссиқлик қуйилиши, тез чарчаш, таъсирчанлик, безовталик, қайфиятсизлик, хотира сусайиши кузатилади. Иссиқлик қуйилишлари онадолиберин ишлаб чиқарилиш тезлиги ва амплитудаси ортиши билан ифодаланади.

ПСнинг патогенезида адаптациянинг бузилиши ётади. Тухумдонлар олиб ташлангандан сўнг жинсий гомонларнинг тўсатдан камайиши гонадотропинлпр ва жинсий стероид гомонлар ўртасидаги тескари боғланиш механизмининг бузилишига олиб келади.

Клиник манзараси: касаллик белгилари жарроҳликдан сўнг 1-3 ҳафтада бошланиб, 2-3 ой ва ундан суг тўлиқ ривожланади.

Клиникасида вегетатив-қон томир бузилишлари устун бўлади (73%) – исссиклик қуйилиши, терлаш, тахикардия, аритмия, юракда оғриқ, гипертоник кризлар; алмашинув-эндокрин бузилишлар (15%) – семизлик, гиперлипидемия, гипергликемия; психоэмоционал (12%) – таъсирчанлик, йиғлоқилик, уйқу бузилиши, эътибор бузилиши, агрессив-депрессив ҳолатлар. 3-5 йилдан сўнг жинсий ва сийдик йўллари тизимида эстроген дефицити белгилари бошланади: атрофик кольпитлар, циститлар, цисталгия, остеопороз.

Касаллик патогенезини ҳисобга олиб даволашда гормонал воситалар муҳим ўрин тутади: орал контрацептив, ЎБГТ гормонал препаратлар (климен, климонорм, дивина, трисеквекс).

Посткастрацион синдром бу вегетатив-қон томир, нейроэндокрин ва нейропсихик симптомлар комплекси бўлиб, репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон билан ёки бачадонсиз тотал ёки субтотал овариоэктомия (кастрация)дан кейин ривожланади. Организмнинг адаптацияси бузилиши.

Патогенез:

- Тухумдонлар олиб ташлангандан сўнг жинсий гомонларнинг тўсатдан камайиши
- гонадотропинлар ва жинсий стероид гормонлар ўртасидаги тескари боғланиш механизмининг бузилишига олиб келади.

Клиника: касаллик белгилари жарроҳликдан сўнг 1-3 ҳафтада бошланиб, 2-3 ой ва ундан суг тўлиқ ривожланади.

Клиникасида вегетатив-қон томир бузилишлари устун бўлади (73%) – иссиклик қуйилиши, терлаш, тахикардия, аритмия, юракда оғриқ, гипертоник кризлар;

- алмашинув-эндокрин бузилишлар (15%) – семизлик, гиперлипидемия, гипергликемия;
- психоэмоционал (12%) – таъсирчанлик, йиғлоқилик, уйқу бузилиши, эътибор бузилиши, агрессив-депрессив ҳолатлар.
- 3-5 йилдан сўнг жинсий ва сийдик йўллари тизимида эстроген дефицити белгилари бошланади: атрофик кольпитлар, циститлар, цисталгия, остеопороз.
- алмашинув-эндокрин бузилишлар (15%) – семизлик, гиперлипидемия, гипергликемия;
- психоэмоционал (12%) – таъсирчанлик, йиғлоқилик, уйқу бузилиши, эътибор бузилиши, агрессив-депрессив ҳолатлар.
- 3-5 йилдан сўнг жинсий ва сийдик йўллари тизимида эстроген дефицити белгилари бошланади: атрофик кольпитлар, циститлар, цисталгия, остеопороз.

Даволаш усуллари:

- Патогенетк терапия – гормонал урунбосувчи терапия (ЗГТ).
- Терапияни максади – тухумдон гормонал функциясини дори-дармон ёрдамида тиклаш.
- Терапияни давомийлиги камида – 5-7йил.

Климактерик синдром.

Климактерик давр қариш билан кечади, ҳайз тўхташи ҳайзолди, менопауза ва постменопаузага бўлинади. Климактерик синдром (КС) – бу климактерик даврнинг табиий кечишини асоратлайдиган ва ўтиш даврида организмнинг биологик трансформацияси билан ривожланадиган ўзига хос симптомокомплекс бўлиб ҳисобланади.

КС ўтиш давридаги 40-70 % аёлларда кузатилади. Унинг ривожланиши жинсий гормонлар ишлаб чиқилишининг бузилиши билан боғлиқ.

Клиник белгилари ва патологик ҳолатнинг келиб чиқиш муддатига қараб КС 3 гуруҳга ажратилади:

1 гуруҳ – эрта симптомлар. Бу вазомотор ва эмоционал - психик бузилишлар: иссиқлик қуйилиши, кўп терлаш, юрак уриб кетиши, қалтираш, бош оғриғи, гипо- ёки гипертензия, таъсирчанлик, уйқучанлик, ҳолсизлик, ташвишланиш, депрессия, хотира бузилиши, эътибор камайиши, либидо сусайиши.

КСнинг енгил шаклида иссиқлик қуйилиши бир суткада 10мартагача, ўрта даражасида – 20гача, ғир шаклида – 20 дан ортиқ бўлади.

2-гуруҳ - ўртача симптомлар, менопаузадан 3-5 йилдан сўнг пайдо булади, урогенитал бузилишлар, тер ива ортиқлари ўзгариши билан кузатилади.

3- гуруҳ – кечки алмашинув бузилишлари - остеопороз, юрак-қон томир касалликлари.

КСни даволаш комплекс, индивидуал ва номедикаментоз ҳамда медикаментоз терапияни (гормонал ва ногормонал) ўз ичига олади.

Пременопаузада тухумдонлар фаолияти сўниши соматик ва психологик ўзгаришлар билан кечади ва 45 ёшдан кейин бошланади ва 90% аёлларда кузатилади.

Менопауза – бу табиий қариш жараёни бўлиб, тухумдонлар фаолияти сўнади. Менопаузанинг ўртача ёши – 51 ёш. Менопауза чеквчи ва туғмаган аёлларда эртароқ кузатилади.

Постменопауза менопаузадан кейин давом этади ва аёл ҳаётининг учдан бир қисмини ташкил этади. Тухумдонлар учун бу нисбатан дам олиш даври. Постменопаузада гормонал ва метаболик ўзгаришлар секин-аста юз беради. Постменопаузада тухумдонлар ўзининг эндокрин функциясини давом эттиради ва баъзи бир гормонлар секрециясини давом эттиради. Эстрогенлар концентрацияси тўлиқ тўхтайди. Аёллар қони зардобидаги эстрадиол ва эстрон периферик тўқимада буйракусти безлари ишлаб чиқарадиган андрогенлардан ҳосил бўлади. Эстрогенларнинг катта қисми андростендиондан ҳосил бўлади. Бу асосан мушак ва ёғ тўқималарида юз беради. Шу сабабли семиз аёлларда зардобдаги эстроген миқдори кўпайиб, прогестерон йўқолганлиги сабабли бачадон танаси раки хавфи ортади. Озғин аёллар қони зардобида эстрогенлар миқдори кам бўлиб, остеопороз хавфи ортади. Постменопаузада прогестерон секрецияси тўхтайди.

Иссиқлик қуйилишлар – гипоэстрогениянинг кўп кузатиладиган белгиларидан бири. Иссиқлик қуйилишлари одатда 1–3 мин давом этади ва бир суткада 5–10 марта такрорланиши мумкин. Оғир ҳолатларда 30 мартагача кузатилади. Табиий менопаузада бу ҳолатлар камроқ, сунъийсида – кўпроқ кузатилади. Енгил ҳолатларида кўрсатма бўлмаса, ЎБГ терапия қилинмайди. Иссиқлик қуйилишлар 3–5 йилда ўтиб кетади. Қин, сийдик йўллари ва қовуқнинг асосдаги эпителий эстрогенга боғлиқ бўлиб, менопаузадан 4–5 йилдан сўнг 30% ЎБГТ олмаган аёлларда уларда атрофия кузатилади. Атрофик вагинит, диспареуния ва рецидивланувчи бактериал ва замбуруғли вагинитлар ЎБГТдан сўнг йўқолади. Гипоэстрогения туфайли сийдик йўллари эпителийси атрофияси ва клталашиши аёлларда сийдик тутаолмасликка сабаб бўлади, ЎБГТ олган 50% беморларда Самара беради.

ЎБГТ Альцгеймер касаллигининг олдини олиш ва даволашда ҳам муҳим рол ўйнайди. Репродуктив ёшдаги аёлларда ЮИК (юрак ишемик касаллиги) сабабли ўлим 3 марта камроқ бўлиб, постменопаузада бу кўрсаткич камаяди, яъни ЮИК сабабли аёллар ўртасида ўлим кўпаяди. ЎБГТ олган аёлларда бу патология 2 марта камаяди. Менопауза табиий ёки сунъий бўлишидан қатъий назар остеопорозга олиб келади. ЎБГТ олмаган постменопаузадаги аёллар бир йилда 3–5%гача суяк тўқимасини йўқотади. Айниқса биринчи 5 йилда сон суяги бошчасида 20% компакт ва ғовак тўқимаси йўқотилади. Постменопаузада ЎБГТ олаётган аёллар кальций воситасини 500 мг/сут қабул қилишлари лозим.

Даволаш. ЎБГТ климактерик синдромда 80–90% ҳолатларда Самара беради. ЮИК ва инсульт хавфини 2 марта камайтиради, эстрогенлар атеросклеротик пилакчалар ҳосил бўлишининг олдини олади.

Таркибида эстроген ва прогестин тутувчи ЎБГТ воситалари кенг тарқалган бўлиб, улар монофазали, иккифазали ва уч фазали турларга бўлинади.

Клиогест – монофазали препарат, 1 таблеткасида 1 мг эстрадиол ва 2 мг норэтистерон ацетати бор.

Ҳозирги кунда икки фазали воситаларга қуйидагилар киради:

Дивина. Календар тўплами 21 таблетка: 11 таблеткаси оқ рангда 2 мг эстрадиол валерати, 10 таблеткаси ҳаво рангда бўлиб, 2 мг эстрадиол валерати ва 10 мг метоксипрогестерон ацетати тутади.

Климен. Календар тўплами 21 таблетка: 11 таблеткаси оқ рангда 2 мг эстрадиол валерати, 10 таблеткаси пушти рангда бўлиб, 2 мг эстрадиол валерати ва 10 мг ципротерон ацетати тутади.

Цикло–прогинова. Календар тўплами 21 таблетка: 11 таблеткаси оқ рангда 2 мг эстрадиол валерати, 10 таблеткаси оч жигар рангда бўлиб, 2 мг эстрадиол валерати ва 0,5 мг норгестрела тутади.

Климонорм. Календар тўплами 21 таблетка: 9 таблеткаси сариқ рангда 2 мг эстрадиол валерати, 12 таблеткаси оч кўк рангда бўлиб, 2 мг эстрадиол валерати ва 0,15 мг левоноргестрел тутади.

Уч фазали дорилар – Трисеквенс ва Трисеквенс–форте. Фаол моддалари: эстрадиол ва норэтистерон ацетат.

Монокомпонентли перорал воситалар:

Прогинова–21 (календар тўплами 21 драже 2 мг эстрадиол валерати ва Эстрофем (1 таблеткада 2 мг эстрадиол, 28 дона).

Юқорида санаб ўтилган дори воситаларини қўллаганда ҳайзсимон қонли ажралмалар келади, бу кўп аёлларга нохушлик тугдиради. Кейинги йилларда мамлакатимизда Фемостон ва Ливиал қўлланилмоқда, булар таъсирида қонли ажралмалар кузатилмайди ёки 3-4 ойда ўтиб кетади.

Климактоплан – табиий, комплекс восита бўлиб ҳисобланади. Таркибидаги ўсимлик табиатли компонентлар терморегуляцияга таъсир қилади, МАТ жараёнларини нормаллаштиради. Дори 1–2 таблеткадан кунига 3 марта овқатдан ярим соат олдин ёки бир соатдан кейин оғизда эриб кетгунича сўрилади.

Климадинон – бу ҳам табиий дори. Таблеткалар тўпламда 0,02 гдан 60 дона. Ичиш учун томчилар – 50 мл флаконда. Климактерияни даволашда Янги йўналиш селектив эстроген–рецептор модуляторлари бўлиб ҳисобланади. Ралоксифен эстрогенон рецепторларини стимуллаб, бир вақтда антиэстроген хусусиятга ҳам эга. Бу восита сут бези ракини даволаш учун ишлаб чиқилган, тамоксифен гуруҳига киради. Ралоксифен остеопороз, инсульт ва миокард инфаркти хавфини камайтиради, сут бези раки хавфини оширмайди.

Назорат саволлари:

1. Нейроэндокрин синдромлани турлари ва олиб келувчи омиллар
2. Хайз олди синдромнинг сабаблари ва клиник белгилари
3. Климактерик синдром этиология ва патогенези, клиник белгилари ва даволаш асослари
4. Кастрациядан кейинги синдром (этиология, патогенези)
5. Нейроэндокрин синдромларни даволаш усуллари.

Тест саволлари

1. Климактерик синдромнинг илк ва яккол белгиларини аникланг

*вегетатив томир узгаришлари
гипотония
рухий узгаришлар
кунгил айниши

2. Нормал хайз циклида корачик симптоми нимани курсатади?

*эстерогенларга туйинганликни
прогестеронга туйинганликни
простагландинларга
андрогенларга

3. Хайз цикли 21-куни корачик симптоми мусбатлиги нимадан далолат беради?

*фолликула персистенцияси
хомиладорликдан
эстерогенларга туйинганликдан

хайз цикли бузилганда
4.Функционал диагностика тестларига киради:
*базал харорат, корачиг симптоми, кариопикнотик индекс
ультратовуш тулкинлари ердамида базал харорат кульдоскопия
базал харорат кольпоскопия кольпоцитология
кольпоцитология, базал харорат,корачиг симптоми лапароскопия
5. Менструация кайси гонодотроп гармонлар таъсирида юзага келди
*ФСГ,ЛГ,ЛТГ
ФСГ,прогестрон фолликулин
эстрогенлар ва гестагенлар
ФСГ,АКТГ,ТТГ
6. Хайз олди синдромини даволаш?
*седатив, гормонал даво, умумий кувватловчи
гипертония
диуретик, холиноблокатор
оператив
7. Нейроэндокрин синдром учун хос эмас?
*бачадон яллигланиши
вегетатив томир узилишлар
асаб рухий зурикишлар
эндокрин узгаришлар
8.Гипофизар аменорея куйидагига боглик?
*троп гормонларнинг ишлаб чикармаслиги
бачадон яллигланиш касалликлари
тухумдон кистаси
калконсимон без гиперфункцияси
9. Хайз циклини регуляция килишда гипофизнинг кайси гормнолари иштирок этади?
*ФСГ, ЛГ, ЛТГ
ЛГ, прогестерон
ЛТГ, окситоцин
окситоцин, лейкотрин
10. Ички эндометриозга шубха булганда гистероскопияни утказган маъкул
*хайз циклининг 2 ярмида
хайз циклининг биринчи 5 кунлигида
хайз циклининг 1 ярмида
гистероскопия килинмайди
11. Гистероскопия утказиш учун карши курсатмалар
*жинсий аъзолари яллигланиши
эндометриоз
субмукоз усма
бачадон фибромаси
12. Гормонал гемостаз качон килинади?
*ювенил кон кетганда
бачадон буйни ракида
хомиладорлик вактида
фолликуляр киста булганда
13. Гистероскопия утказиш учун асосий курсатма?
*истмико цервикал етишмовчилик, субмукоз миома
жинсий аъзоларинг яллигланиш касалликлари
бачадон буйни эрозиялари
параметрит, сальпингоофарит
14. Гистеросальпингография гидротубация олдида кандай афзалликга эга?
*яккол намоен булади

аник маълумот бера олмайди
диагностик ахамиятга эга эмас
яккол намоен булмайди
15. Кайталанувчи гиперпластик жараен куйидагига тегишли
*тухумдон функцияси бузилиши
хайзнинг ултра товуш текширувига
ювинил кон кетиш
яллигланишга
16. Бачадондан дисфункционал кон кетишда патогенетик даво?
*циклик гормонал препаратлар
физиотерапия
оператив
кутиш тактикаси
17. Хайз цикли чукур ултра товуш текширувига кайси сохадаги бошкарилиш ултра товуш текшируви сабаб?
*нерв-гуморал бошкарилиш
тухумдон
рефлектор бошкарилиш
орка миядаги
18. Эндометрий безсимон гиперплазияси качон кузатилади?
*овуляция булмаганда
сарик тана персистенциясида
яллигланиш
кесар кесишдан кейин
19. Хайз цикли 2-фаза етишмовчилигини даволаш?
*прогестерон
регивидон
микрофолин
морвелон
20. Балогатга етган даврда бачадондан дисфункционал кон кетишда даволаш
*гормонал
оператив
физиотерапевтик
махаллий
21. Фолликула атрезиясида эндометрий холати
*атрофик узгаришлар
гипоплазия
гиперплазия
усма усиши
22. Сарик тана персистенциясида кузатилади
*базал харорат 37 гр. эндометрий безли гиперплазияси
базал харорат 36 гр.
яллигланишда
хомиладорликдан кейин
23. Бирламчи аменорея сабаби була олмайди
*хомиладорлик
инфантилизм
тухумдон атрезияси
миома
24. Узлуксиз тартибда синтетик прогестинларнинг тухумдонларга таъсири
*тухумдон фаолияти вактинча тухтаб кейинги ишини таъминлайди
хомиладорликни тутатади
тухумдонни фаолиятини активлаштиради
фолликуляр фазани узайтиради

25. Климактерик кон кетиш кайси ешда юзага келади?
*40- 50 еш
20- 30 еш
50- 60 еш
35 -55 еш
26. Климактерик кон кетиш сабаби?
*тухумдон гипофункцияси
тухумдон гиперфункцияси
фолликула персистенсияси
бачадон миомаси
27. Бачадон ациклик кон кетиш боглик
*бачадондаги органик узгаришга
тухумдондаги ултра товуш текширувига
ешга
хомиладорликга
28. Андроген гемостастаз кулланилади
*климактерик кон кетишда
ювинил кон кетишда
яллигланишда
алгодисменореяда
29. Иккиламчи чин аменорея келиб чикади:
*гипофиз патологиясида
психик зурикиш
жарохат
ошкозон ичак яраси
30. Гипоталамик аменорея келтириб чикади
* Киари-Фромел синдроми
Шихан синдроми
Адреногенитал синдром
Иценго Кушинга
31. Психоген аменорея келиб чикади?
*огир рухий зурикишда
дисменореяда
фолликула персистенсиясияда
бачадон ампутациясидан кейин
32. Кайталанувчи гиперпластик жараён куйидагиларнинг кайсисига оид?
*фолликула персистенсиясида
бачадондан дисфункционал кон кетиш
бачадон миомасида
ювенил кон кетиш
33.Бачадондан дисфункционал кон кетишда ишлатилади
*эстроген гестогенлар
бачадонни кириш
андроген оператив
оператив
34. Бачадондан кон кетганда кайси холда кириб ташлаш шарт?
*климактерик ешда
ювинил ешда
бола ташлаш хавфида
аменореяда
35. Эстерогенли гемостаз кулланилади
*ювенил кон кетишда
климактерик кон кетишда
аменореяда

альгодисменореяда
36. Гонодотропин билан циклни регуляция килиш муваффакиятли булади
*гипофизар патологияда
яллигланишда
бачадон патологиясида
бачадон миомаси
37. Тугрукдан кейинги нейроэндокрин синдромда нима кузатилмайди
*перитонит
аменорея
жинсий безлар атрофияси
эндокрин безлар фаолиятининг сусайиши
38. Аменорея туфайли текшираетганда нима ахамиятга эга эмас
*спермограмма
фукнционал диагностик тестлар
гормонал синама
гистеросальпингография
39. Ташкаридан эстероген юборишнинг узок кулланилиши нимага олиб келади?
* Инкор синдроми
Киари-Фромел
Иценго-Кушинга
Шихана
40. Аменореяда кераксиз текшириш
*функционал диагностик тестлар
гормонал синама
гистеросальпингография
рентген

Амалий машғулот №23: Сут бези яхши сифатли усмалари.Бачадон танаси ва буйни фон ва раколди касалликлари.

Таълим бериш технологиясининг модели.

Укув соати: 240 мин.	Укувчилар сони: 8-10киши
Ўқув машғулоти жойи	ВПМ, КВП,ОП, ўқув хонаси
Укув машгулоти тузилиши	33. Кириш 34. Назарий кисм 35. Амалий кисм - беморлар курацияси - амалий куникмалар алгоритми 36. Тахлилий кисм - вазиятли масалалар - тестлар тахлили
Машгулот мақсади: Хавф омилларининг ишлаб чиқишини, беморларни мустақил олиб боришни, анемияда госпитализация ва постстационар реабилитация мезонларини билишни ўргатиш.	
***Педагогик вазифалар*:** • Касаллик клиник кечиши хусусиятлари буйича билимларини ошириш. • Диспансер кузатув тамойилларини очиб бериш. • Ушбу касалликда контрацепция	***Укув фаолияти натижалари*:** **УАШ билиши керак:** • Касалликнинг клиник кечиши хусусиятларини тушунтириш. • Диспансер кузатув тамойилларини кетма-кет очиб бериш.

усулларини танлашни ургатиш. • Касаллик асоратларни аниклашни ургатиш. • Касаллик да хавф гуруҳини аниқлаш махоратини ошириш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширув ўтказишни такомиллаштириш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаб беришнит ургатиш. • Ушбу касалликларда госпитализация мезонларини аниқлаш мезонларини очиб бериш.	• Ушбу касалликда контрацепция усулларини танлаш махоратини ишлаб чикиш. • Касаллик асоратлари мезонларини очиб бериш . **УАШ бажара олиши керак:** • Касалликда хавф гуруҳини аниқлашни билиш. • Лаборатор ва асбоб-ускунали усуллар ёрдамида клиник текширув ўтказишни курсатиб бериш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаб беришни билиш. • Ушбу касалликларда госпитализация мезонларини аниқлашни билиш.
Таълим усули	Дискуссия, сухбат, видеокурик, ургатувчи уйинлар
Укув фаолиятини ташкиллаштириш шакллари	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, жамоа булиб ишлаш
Таълим жихозлари	Укув дарсликлари, укув материаллари, касаллик тарихи, таркатма материаллар, амалий куникмалар кадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескари алока усул ва жихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятли масалалар ечиш, амалий куникмаларни намойиш килиш

Укув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги
1.	Ўқитувчини кириш сўзи (мавзуни асослаш, машғулот мақсади).		10 мин.
2.	Уй вазифасини бажарилиши «Дискуссия” усули билан таҳлил қилинади.	Илова № 1	40 мин
3.	Поликлиника ва кундузги шифохонада тематик беморларни қабул қилиш	Аёлларни амбулатор қабулива анализлар таҳлили	60 мин
4.	Кичик гуруҳларда ишлаш.	Талаба докладива унинг таҳлили.	60 мин
5.	Машғулот бўйича ўқитувчининг якуни, талабалар билимига 100 баллик система бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Талабаларга келгуси машғулот мавзусини эълон қилиш	“Муаммоларни ечиш усули” ўйини,вазиятли масалалар ечиш. Илова №2	60 мин

	(Ротацияга мувофиқ мавзу саволларининг рўйхати)	Илова №3	
6.	Адабиёт билан мустақил ишлаш.	Синов жаридаси, ишчи дастур	10 мин
7.		жами.	240 мин

2.Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқликлар

Сут безининг хавфсиз усмалари, бачадон танаси ва буйни фон ва рак оли касалликларининг бошка орган ва системаларга булган таъсири ва богликлигини аниклаш ва узаро таъсирининг окибатларини олиб бориш.

3.Мотивация

Бизнинг республикамизда хозирги кунда сут безининг бутун дунё хамжамиятидаги каби ошиб бораятган хавфсиз усма касалликлари, бачадон танаси ва рак олди касалликларини вактида даволаш ва келиб чикиши мумкин булган асоратларни олини олишга алокадор тадбирларни олиб бориш.

4.Дарснинг таркиби.Назарий қисм

Мастопатия-аеллар уртасида энг куп таркалган касалликлардан бири булиб, 40-90% ни ташкил этади. Мастопатия фиброз-кистоз касаллик хисобланиб, дисплазия билан характерланади. Унинг асосида организмни гормонал статусини бузилиши етади ва шунинг учун мастопатия еки дисплазия сут безини дисгормонал гиперплазиясига киради.

Мастопатия этиопатогенези

Мастопатия этиопатогенезида гормонал гипоталамо-гипофизар-тухумдон система бузилиши етади. Бу эса усиш факторлари ва гормонлар микдорини тебраниши (эстероген, прогестерон, дегидроэпиандростерон, трийодтиронин, тироксин,ЛГ, хорионик гонадотропин), шунингдек концентрациясини узгариши ва цитоплазматик рецепторлар активлигини узгариши билан кузатилади.

Таснифи

Клиник амалиетда мастопатияни куйидаги таснифи кабул килинган:

1.Диффуз (майда учокли ва йирик учокли)

2.Тугунли

3.Аралаш

Д.В.Головин (1969) диффуз мастопатияни 5 вариантга булади:

1.Маалоплазия (масталгия);

2.Фиброаденаматоз;

3.Фиброзланувчи аденоз;

4.Цистоаденопапиллома;

5.Катта сут йуллари эктазияси.

Фиброаденоматозни 2 асосий варианти фаркланади:

1.Пролеферацияланмайдиган

2.Пролеферацияланувчи.

Клиник мастопатияни 3 формаси фаркланади:

фиброз, кистоз, фиброз-кистоз.

Сут бези хавфсиз усмаларини гистологик таснифи (ВОЗ 1978-1981)

1.Эпителиал усмалар:

1.1.Интрадуктал папиллома;

1.2.Сургич аденомаси;

1.3.Аденома:

1.3.1.Тубуляр;

1.3.2.Лактирловчи.

2.Аралаш бириктирувчи тукимали ва эпителиал усмалар:

2.1.Фиброаденома:

2.1.1.Периканаликуляр фиброаденома;

2.1.2.интраканаликуляр фиброаденома;

2.1.2.1.Оддий тип;

2.1.2.2.Хужайравий фиброаденома.

2.2.Филлоид усма.

3.Аралаш усмалар:

3.1. Юмшок тукима усмалари;

3.2. Тери усмалари.

4. Классификацияланмайдиган усмалар.

5. Сут бези дисплазияси.

6. Усмасимон жараёнлар:

6.1. Сут йуллари эктазияси;

6.2. Яллигланишли псевдоусмалар;

6.3. Гамартома;

6.4. Гинекомастия

Клиник куриниши

Мастопатиянинг биринчи симптоми сут безларида огрик булиб, бу менструал цикл билан боглик ёки боглик эмас. Пальпацияда диффуз ёки локал характердаги каттикланиш аникланади. Каттикланиш учоклари аник контурга эга булмасдан, улчам ва консистенция буйича турлича булиши мумкин. Мастопатияда сут безидан кулранг ёки сарик рангли, сувли ёки шилликсимон ажралмалар келиши мумкин. Агар диффуз – кистоз мастопатия фонида

алохида тугунлар аникланса, демак, буни мастопатиянинг тугунли формаси дейилади. Тугунли формасида патологик жараён купинча чегараланган сохаларда каттик конгломератлар куринишида жойлашади. Морфологик сут бези тукимаси хамма элементларида пролиферация кузатилади. Шунингдек морфологик кистоз хосилалар, яккол пролиферация ва эпителий атипияси кузатилган тугунлар аникланади. Консерватив даволаб булмайдиган мастопатияни локализацияланган формаларида хирургик даволаш тавсия этилади: усмани кесиб олиб ташлаш ва сут безининг секторал резекцияси.

Диффуз мастопатияда гормонал ва ногормонал терапия принциплари

Мастопатияни даволаш комплекс характерда булиши керак:

1. Эндокринотерапия:

Фитопрепаратлар терапияси (мастодинон);

Антиэстерогенлар терапияси (кломифен, тамоксифен, торемифен);

Гипофизни гонадотроп функциясини пасайтирувчи ва ановуляцияга олиб келувчи ёки хаттоки менструал функцияни тухтатувчи препаратлар билан даволаш (даназол);

Кам дозада эстроген терапия;

Кам дозада андроген терапия;

Гипофизда пролактин секрециясини пасайтиришга каратилган эндокринотерапия (парлодел, леводофа);

Тиреотроп воситалар ва калконсимон без гормонлари терапияси (тиреоидин);

18–34 ёшда–даврий эстроген ва прогестин, орал контрацептивларни кабул килиш;

35 – 47 ёшда - эстроген ва прогестинларни кабул килиш;

2. 48 – 54 ёшда - прогестин, андроген ва антиэстроген кабул килиш;

55 ёшдан катталар – антиэстроген; климактерик давргача булган ёшдаги аёллар – артигонадотропин (бусерелин, даноген).

3. Витаминлар.
4. Тинчлантирувчи воситалар.
5. Сийдик хайдовчи воситалар.
6. Ёндош касалликлар терапияси.
7. Диспансер кузатув.

Бачадон буйни ва танасининг фон ва усма олди касалликларни клиникаси, ташхиси.

Интерактив усул: Кичик гурухларда ишлаш-вазиятли муаммони ечиш, «Ким яхши, ким тез».

Мустакилиш- 3 соат

1. Аёл жинсий аъзолари анатомияси ва физиологияси.
2. Бачадон ва тухумдоннинг хавфли ва хавфсиз усмалари.
3. Бачадон буйни ва танасининг фон, усма олди касалликлари мавжуд аёлларни диспансеризация килиш тамойилларини аниклаш.

Амалий куникма:

1. Госпитализацияга булган даврдаги гинекологик касалларда бачадондан кон кетишини тухтатиш.
2. Бачадондан кон кетиш сабабини аниклаш.

3. Кон кетишни тухтатиш усуллари: утеротониклар, кон тухтатувчиларни тавсия этиш.

4.Бачадондан дисфункционал кон кетиши.

5.Папаниколау буйича цитологияга суртма олиш

Илова № 1. « Дискуссия» усули

Талабалар тартиб буйича катнашадилар.

Ўқитувчи томонидан берилган муаммоли масалалар кичик гуруҳларда шарҳлаб берилади.

Саволлар:

1. Бачадон буйни фон ва рак олди касалликлари классификацияси:

Клиник-морфологик таснифига кўра бачадон бўйнининг касалликлари фон, раколди ва рак касалликларига бўлинади.

1. Фон жараёнлари.

А. Гормонал бузилишлар билан боглик гиперпластик жараёнлар.

- Псевдоэрозия.
- Полип
- Папиллома
- Лейкоплакия.
- Эритроплакия

Б. Жарохатдан кейинги жараёнлар:

- хакикий эрозия
- Бачадон бўйни эктропиони

2 Раколди холатлари.

- Дисплазия
-Лейкоплакия хужайра атипияси билан.

3. Бачадон бўйни раки.

2. Псевдоэрозия нима?

Жавоб: Цилиндрик эпителий билан копланган куп каватли ясси эпителий дефекти.

3. Лейкоплакияга тушунча беринг?

Лейкоплакия – бу жинсий аъзолар пастки кисмининг тери ва шиллик каватлари шикастланиши булиб, куп каватли ясси эпителийнинг йугонлашиши ва турли даражадаги мугузланиши билан характерланади.

4. Эритроплакияга тушунча беринг?

Эритроплакия – бу копловчи эпителийнинг юпкаланиши булиб, бунинг натижасида кон томирларининг юза жойлашиб колиши ва кизил рангда булиши характерли.

1. Эндометрий гиперпластик жараенининг классификацияси?

Жавоб: 1) Эндометрийнинг безли гиперплазияси; 2) Безли-кистоз гиперплазия; 3) Эндометрийнинг атипик гиперплазияси; 4) эндометрий полипи.

1) Эндометрий гиперпластик процессларини даволаш усуллари;

Эндометрийнинг гиперпластик жараёнларини даволаш кўпгина омилларга боглик – беморнинг ёши, гиперплазия сабаби ва характери, клиник белгилари, даволаш усулларига монеликлар, даволаш воситаларини кўтара олиши, йўлдош экстрагенитал ва гинекологик касалликлар.

Гормонотерапия тайинланганда маълум бир шартлар ва монеликларга амал килиш лозим. Эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари ювенил кон кетиши бўлган ўсмир кизларда кузатилиши мумкин. Пубертат ёшда гормонотерапия аралаш эстроген-гестагенлар билан хайзнинг 5-кунидан 25-кунигача 3-4 ой давомида ўтказилади. Бу воситаларни тўхтатгандан сўнг гонадотроп гормонлар ажралиши кучайиб, (феномен "ажралиш"), овуляцияни юзага келтиради.

Репродуктив ёшдаги аёлларда гормонотерапия эстроген-гестаген воситалари (регивидон, регулон, ва б.) ёки гестагенлар (норколут, дюфастон, 17-ОПК ва б.) билан ўтказилади. Гормонларни кўллаш давомийлиги гиперпластик жараёнларнинг характерига боглик бўлади. Безли-кистоз гиперплазияда эстроген-гестаген воситалари циклик равишда (хайзнинг 5-кунидан 25-кунигача) 3- 4 ой давомида., рецидивланувчи гиперплазияда - 6-8 ой (шу тартибда) берилади.

Рецидивланувчи безли-кистоз гиперплазияда 17-ОПК 3 ой давомида хайзнинг 14-, 17-, 21- кунларида, сўнг 3 ой давомида 17-21-кунлари ва уч хайз циклида - 21-куни берилади.

Атипик гиперплазияда гестагенлар кўлланилади. 17-ОПКни узлуксиз тартибда 1 хафтада 3 марта 500 мг дан 2 ой давомида берилади; сўнг - 2 ой 500 мгдан 1 хафтада 2 марта ва яна 2 ой 250 мгдан 1 хафтада 2 марта берилади. Норколут хайзнинг 5-кунидан 25-кунигача 5-10 мг 6-8 ой давомида, сўнг 16- 25-кунлари 3 ой берилади.

Рецидивланувчи безли (безли-кистоз) гиперплазияда даволашдан 6 ойдан сўнг, атипик гиперплазияда эса 3 ойдан кейин назоратли гистологик текшириш ўтказилади.

Тухумдонлар поликистози билан боглик гиперплазияда биринчи навбатда тухумдонлар понасимон резекция килинади. Тухумдонлар резекцияси етарли бўлмаганда, кўшимча гормонотерапия хам ўтказилади.

Пременопауза ёшидаги аёлларда гормонотерапия ўтказиш бироз муаммо тугдиради, чунки бу ёшда эстроген-гестаген воситаларини кўллаб бўлмайди, чунки улар таъсирида гемокоагуляция кучайиб кетади. Эстроген-гестагенлар семизликда, артериал гипертензияда, миокард ишемик касаллигида, жигар касалликларида, веналарнинг варикоз кенгайишида, тромбофлебит ва эмболиялар ўтказганларда кўллаб бўлмайди.

Гестагенларга монеликлар камрок, улар жигар касалликлари ва веноз тизим касалликларида мумкин эмас. Бу ёшдаги аёлларга гормонотерапия ўрнига жаррохлик усулини кўллаш мумкин (бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси).

Жаррохлик усули рецидивланувчи безли-кистоз гиперплазия ички секреция безлари фаолияти бузилиши билан (диабет, предиабет), семизлик, гипертоник касаллик, жигар ва вена касалликларида яхши Самара беради. Жаррохлик усули эндометрий раколди касалликларида (аденоматоз, аденоматоз полиплар), айникса Ушбу патология аденомиоз ва бачадон миомаси билан тухумдон патологик жараёнлари билан бирга келганда тавсия этилади.

Кейинги йилларда эндометрийнинг гиперпластик жараёнларини даволаш ва олдини олишда гистерорезектоскоп ёрдамида эндометрий аблацияси кенг қўлланилмоқда [Адамян Л.В., Кулаков В.И., 1998].

Атипик гиперплазия (раколди) жаррохлик даволаш максадга мувофикдир, жаррохликка карши кўрсатмалар бўлганда узок муддат 17-ОПК - 125-250 мг 1 хафтада 2 марта 10-12 ой давомида берилади.

Криодеструкция усулини кейинги норколут (5 мгдан узлуксиз тартибда 3 ой) ёки 17-ОПК (125 мгдан 1 хафтада 2 марта 3ой) кўллаш билан хам самара беради.

2) Бачадон буйни эрозиясини даволаш усуллари.

1. Тугма эрозияларни даволаш шарт эмас ва назорат килиб туриш лозим.;
2. Хакикий эрозий ва псевдоэрозияларни уларни келтириб чикарган йўлдош касалликлар(эндоцервицит, цервицит, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит, эктропион, эндокрин бузилишлар) билан бирга даволаш лозим.;
3. яллигланишли этиологияли псевдоэрозия (эрозия)ларда кўзгатувчини аниклаб, трихомоноз, хламидиоз, гонорея ва бошка инфекцияларни даволанади.;
4. Хакикий эрозия ва псевдоэрозия кучли яллигланиш билан келганда эхтиётлик билан облепиха ёки вазелин суртмаси, эмульсияси, антибиотикли воситалар бўлган тампонлар кўйиб даволанади;
5. Хакикий эрорзияда физиотерапия кўллаш тавсия этилади: бачадон бўйнини киска тўлкинли УФ-нурлар билан тубус-локализатор (аппарат ОКУФ-5) ёрдамида нурлантириш ёки сантиметр диапазонли микротўлкинлар (аппарат "Луч-2") билан таъсир килиш мумкин. Шунингдек, рух билан электрофорез килиш мумкин.

Диатермокоагуляция 75-98 % беморларда клиник самара беради.

Криокоагуляция (криодеструкция) псевдоэрозияларни даволашда етакчи ўринни эгалламокда. Унинг хусусиятлари: окриксиз муолажа, консиз, цервикал каналда чандик улиб сикилиш кузатилмайди.

Бачадон бўйнини лазер билан нурлантириш хам яхши Самара беради. Жарохат юзаси 10-21 кунда эпителизацияланади.

Диатермокоагуляция, криодеструкция ва лазер нурлантириш дисплазия ва малигнизациянинг йўклигини аниклаш учун кенгайтирилган кольпоскопия ва биопсия дан сўнг килинади (кўрсатма бўйича).

Юкоридаги даволаш усуллари ўтказилгандан сўнг аёл албатта диспансер назоратида туриши лозим.

57 ёшли беморла 5-йиллик постменопаузал давр фонида жинсий йўллардан конли суркалувчи ажралмалар келган. Бемор гипертония касаллиги билан касалланган. Вагинал теширишда – бачадон нормал ўлчамда.

Тахминий ташхис:

1. аденомиоз
2. бачадондан дисфункционал кон кетиши
3. бачадон бўйни раки
4. эндометрий раки

5. бачадон миомаси

жавоб – 4.

27 ёшли беморнинг чап сут безининг юкори квадрантларида 2 смгача катталикдаги ўчоклар бўлиб, терига ёпишмаган ва хайздан олдин огрикли бўлади.

Тахминий ташхис:

а) Педжет раки
б) фиброаденома.
в) липома
г) тугунли мастопатия
+ д) галактоцеле – сут безининг тугунли дисгормонал гиперплазияси

Тест саволлари

1. Тухумдон фибромаси кандай тукимадан иборат? $

ег тукимасидан$
эпителиал тукимадан$
бириктирувчи тукимадан$ *
мушак тукимасидан#

2. Тухумдоннинг кандай усмасида асцит ва гидроторакс каби белгилар кам учрайди: $

хавфсиз усмада$ *
хавфли усмада#

3. Бириктувчи тукимадан ривожланган тухумдон хавфсиз усмасига кайси тегишли? $

липома$
фиброма$ *
миома$
эпителиома$
кистома#

4. Усмада ег,соч,суяк топилиши - бу:$

цилиоэпителиал киста$
тухумдон фибромаси$
оддий цирроз кистома$
тухумдон эндометриози$
дермоид киста# *

5. Купинча малиглизацияга учрайди $

оддий цирроз кистома$
псевдомуциноз кистома$*
цилиоэпителиал кистома$
дермоид кистома$
тухумдон фибромаси#

6. Миоматоз тугун некрози еки оекгасининг буралишида кузатилади: $

кучли огрик$*
кучли кон кетиш$
бепуштлик$
пульс тезлашади$
хеч нарса кузатилмайди#

7. Миоматоз бачадон катталиги хомиладорликнинг неча хафтасида тугри пастида огрик келса буйраклар фаолияти бузади: $

12 хафта$
7-8 хафта$
20 хафта$*
16 хафта$
4-5 хафта#

8. Миоманинг жаррохлик даволаш турлари нимага боглик: $

миома белгилари ва келажакда фарзанд куриш истагига$*
миоманинг жойлашган жойига$
клиник кечишига$

аел ешига#
9. Бачадон буйни рак касаллигига шубха булганда кайси текширув усулл ари кулланилади /замонавий/ $
"зонд"пробаси,Шиллер пробаси$
кольпоцитология,кольпоскопия$
УЗИ кольпоцитология$
кольпоскопия,биопсия$*
кольпоскопия кольпоцитология#
10. Аденамиознинг клиник симптомлари
а/ хайздан олдин ва хайз даврида огрик
б/ менометрорагия
в/ тухумдоннинг катталашиши
г/ хайздан кейин бачадон улчамининг кичрайиши
д/ хайздан олдин ва хайз даврида бачадон хажмининг кичрайиши$
а,б,в$
б,в,г$
в,г,д$
а,б,г$
а,г# *
11. Фолликуляр киста кайси хосилага киради?
*ретенцион хосила
эпителиал хосила
бириктирувчи хосила
ег хосила
12. Тухумдоннинг шоколад кистаси кандай хосила булади?
*эндометриоз
киста
миома
тератобластома
13. Эндометриоз усиш характери:
*генитал, экстрагенитал усади
тез усади
рецидив беради
атрофияга учрайди
14. Эндометриозда бепуштлик сабабларига киради:
*хайз циклининг бузилиши
имплантация булмайди
тухум хужайра функциясининг бузилиши
кон кетиш
15. Эндометриознинг куп учраш жойи.
*бачадон танасида
бачадон ортикларида
бачадонга якин булган аъзоларда
бачадон тубида

Амалий машғулот №24: Бепуштлик нокоҳ. Текшириш усуллари. Амбулатор ва стационардаги текширувлар ва даволаш критериялари.

1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти – 240 мин	Талабалар сони : 10
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.

1.Бепушт никох клиникаси, ташхиси. 2.Профилактикаси ва даволаш.	Бепушт никохга олиб келувчи сабаблар, диагностика мезонлари, олиб бориладиган текширув усуллари, даволаш методлари. Эркакларга алокадор бепуштлик. Аёлларга алокадор бепуштлик. Даволаш усулларининг эффективлигини бахолаш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий максади: Бепуштлик ташхиси, дифференциал ташхиси, хавф гурухларини аниклаш ва уларни поликлиника шароитида даволашга ургатиш. Тарбиявий максади: Талабаларда бепуштлик туфайли келиб чикадиган миллат такдири олдида маъсулиятни, жинсий аъзоларида фон ёки раколди касаллиги булган хар бир аёл саломатлигига нисбатан маъсулият хиссини тарбиялаш, акс холда касалликни кечикиб аниклаш, бажарилган даво чораларининг туликсиз булиши огир асоратларга олиб келиши мумкин. Ривожлантириш максади: Бепуштлик ривожланиш хавфини кучайтириши талабаларда клиник ва мантикий фикр юриш кобилиятини оширади, ишга жиддий карашга ундайди.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,суҳбат
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Машғулотнинг хронологик харитаси:

№	Машғулот босқичи	Машгулот шакли	Вакти
1	Саломлашиш. Кун тартибини муҳокама қилиш. Ақлий машғулот.	ФК	5
2	Кириш сўзи (мавзуни асослаш, мақсад)	ФК	5
3	Талабалар умидлари	ФК	10
4	Мавзунинг муҳокамаси – мунозара усулида презентация (Жинсий йўллар оркали юқадиган инфекцияларни	ФК ва компьютерда презентация	50

	синдромал ташхислаш ва даволаш)		
5	“Балиқ скелети” усули	Вазиятли масала ечиш (илова №1), амалий кўникмаларни ишлаш (илова №2)	30
Танаффус			30
6	Жисмоний машғулот	Талабалар ўтказади	10
7	Мавзунинг муҳокамаси (Тўсиқ усуллар, спермицидлар)	Компьютерда презентация, мунозара	40
8	Кичик гуруҳларда ишлаш	Тестлар ечиш, илова №3	40
9	Укитувчи утказилган машгулот буйича хулоса килади, 100-баллик тизим буйича хар бир талабани бахолайди. Кейинги машгулот буйича талабаларга вазифа бериш	Маълумот, мустакил тайёрланиш учун саволлар (илова №4)	20
Жами			240

2.Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқликлар

Бепуштликнинг эркаклар ва аёлларга алокадо касалликларининг бошка орган ва системаларга булган таъсири ва богликлигини аниклаш ва узаро таъсирининг окибатларини олиб бориш.

3.Мотивация

Бизнинг республикамизда хозирги кунда бепушт никохларга алокадор касалликларни вактида даволаш ва келиб чикиши мумкин булган асоратларни олини олишга алокадор тадбирларни олиб бориш.

Дарс таркиби.Назарий қисм.

1. **Бепуштлик бу нима?**

Бепуштлик бу – жинсий ҳаёт кечирувчи, контрацепция воситаларидан фойдаланмайдиган жуфтликнинг бир йил давомида ҳомиладорликка эриша олмаслигидир. Жуфтликнингбепуштлигига 40 фоиз ҳолатларда эркак, 40 фоиз ҳолатларда эса аёл сабабчи бўлади. Қолган 20 фоиз жуфтликларда бепуштлик аёл ва эркакда мавжуд қатор омиллар туфайли юзага келади.

Эркаклар бепуштлиги омиллари	**Аёллар бепуштлиги омиллари**
сперматозоидлар сонининг камлиги (олигоспермия) – бир миллилитр спермага 15 миллиондан кам сперматозоидларнинг тўғри келиши Спермаларнинг кам ҳаракатчанлиги (астеноспермия) – сперматозоидлар тухумҳужайрага етиб бориб, уни уруғлантиришга қодир эмаслиги Шаклининг номақбуллиги (морфология) – сперматозоидларнинг тухумҳужайра қобиғини ёриб	Тухумдон билан боғлиқ муаммолар – гормонал бузилишлар. Мазкур омил натижасида тухумдондаги фолликулалар етилмаслиги оқибатида овуляция юзага келмайди. Ёш ўтган сари (35 ёшдан кейин) тухумҳужайралар сони табиий равишда камаяди. Қиз бола туғилганида унинг тухумхужайралари сони максимал даражада бўлади. Туҳумҳужайралар умр давомида бошқа

киролмаслиги Эякулятда сперматозоидларнинг бўлмаслиги (азооспермия) –сперматогенезнинг мавжуд эмаслиги ёки сперматозоидлар ҳаракатининг бузилиши сабабли бўлиши мумкин Эрекция билан муаммолар – эякуляция ёки потенция билан муаммолар Генетик муаммолар – хромосомаларнинг бузилиши, киста фибрози... Шамоллаш, перациялар, жароҳатлар, онкологияга доир терапевтик муолажалар туфайли юзага келадиган эркаклар бепуштлиги...	юзага келмайди. Найчалар сабабли – бачадон найчалари ёпилиб қолганлиги сабабли (аксарият ҳолларда аёллардаги гинекологик шамоллаш ёки эндометриоздан сўнг) ёки бачадон найчалари мавжуд эмаслиги туфайли юзага келадиган бепуштлик Эндометриоз – эндометрия (бачадон девори ички қатлами) тўқималари шу қатламдан ташқарисига қараб ўсиб кетиши билан ифодаланадиган касаллик. Эндометриоз бачадон найчалари, спайкаларнинг ёпилиб қолиши, ўтказувчанлигининг камайишига, иммунологик муаммоларга сабаб бўлиб, уруғланиш жараёни ва эмбрион имплантациясига салбий таъсир кўрсатади. Иммунологик омил – иммунологик антитаначаларнинг мавжудлиги сперматозоидларнинг ҳаракатига салбий таъсир кўрсатади, шунингдек уруғланиш вақтида жинсий ҳужайраларнинг бирлашиш жараёнини издан чиқаради ва эмбрионнинг эрта ривожланишига таъсир этиши мумкин. Генетичик бузилишлар – хромосомалар таркибининг ўзгариши .

Аёллар бепуштлиги – бу соғлом, ҳаракатчан, етарли миқдорда бўлган сперматозоидларнинг тухум ҳужайрани уруғлантира олмаслиги бўлиб, бунда аёл бир йил давомида жинсий алоқада бўлган ва вояга етган бўлса ҳам ҳомиладор бўла олмаслигидир. Бундан ташқари бепуштлик деб ҳомиладорликининг ҳомила ташлаш билан тугашига ҳам айтилади. Бепуштликка дучор бўлган никоҳ 10-20 % ҳолларда учрайди.

Аёллар бепуштлигини ҳомиладорликни тўхташи билан фарқлаш керак, бунда сперматозоидлар тухум ҳужайрани уруғлантира олади лекин аёл организми ҳомилани ушлаб қололмайди ва у эмбриогенез даврида нобуд бўлади.

Бепуштлик муаммоси ҳозирги кунда энг долзарб муаммолардан биридир. Чунки жинсий аъзолар касалликлари кундан-кунга кўпаймоқда. Бепушт оилаларни 100 % деб олсак, уларнинг 33,3 % ига эркаклар сабабчи, 33,3 % ига эса аёллар, қолган ҳолларда иккала жинс аъзоси ҳам сабабчи бўлади.
Бепуштликка жисний аъзолар етилмаганлиги, уларнинг функцияси бузилиши, кучли интоксикация, умумий организмдаги сурункали касалликлар ҳамда психо-неврологик камчиликлар сабаб бўла олади. Бепуштлик мустақил касаллик эмас, у ҳар доим бошқа бирор бир касаллик натижасида келиб чиқади, аёлларда кўпинча яллиғланиш касалликлари сабабли бепуштлик келиб чиқади.

Бепуштликка сабаблардан бири ҳайз циклининг бузилиши ҳам бўлиши мумкин. Нормада ҳайз цикли 21-35 кун давом этади ва 3 та фазадан иборат.

1. Фолликуляр фаза – тухум ҳужайра етилиши (7 кундан 22 кунгача);
2. Овуляция фазаси – тухум ҳужайра етилиши ва ажралиб чиқиши, уруғланишга тайёр даври;
3. Лютеин фазаси – сариқ танача даври (13 кундан 15 кунгача).

Ушбу даврлар ичидан аёлларнинг ҳомиладор бўлиш имконияти, овуляция даврида энг юқори даражада бўлади.

Бепуштлик классификацияси

Бирламчи – ҳомиладорлик умуман кузатилмаган. Туғма гинекологик аномалиялар, аёллар жинсий аъзолари касалликларида ҳайз кўргандан кейин ҳомиладор бўлиш қобилияти йўқ.
Иккиламчи – аввал ҳомиладор бўлган, лекин ҳозирги пайтда ҳомиладор бўла олмаяпти. Умуман давосиз ёки даволаб бўладиган хиллари бор.
Баъзи адабиётларда аёллар жинсий тизими физиологияси ва патофизиологиясига асосланиб бепуштликнинг қуйидаги таснифи ҳам бор:

Физиологик. Вояга етмаган ва климакс ёшидан кейин ҳомиладор бўла олмаслик норма ҳисобланади.
Ихтиёрий. Бепуштликни аёл ўз хоҳишига кўра амалга оширади, яъни контрасептив воситалардан фойдаланиб.
Вақтинчалик. Узоқ муддатли стресс, бирор бир касаллик натижасида аёл организмининг кучсизланиши, лактацион аменорея – овуляциянинг тўхташи, ҳайз циклининг чўзилиши сабабли.
Доимий. Жарроҳлик амалиёти йўли билан аёл жинсий аъзолари олиб ташланганда.

Бепуштлик белгилари

Бепуштлик асосий белгиси нормал жинсий ҳаётга риоя этган ҳолда, бир йил давомида ҳомиладор бўла олмаслигидир. Бунда эркак спермограммаси нормада, мунтазам жинсий алоқа, контрасептив воситалардан фойдаланмаган ҳолда, аёл ёши 20 дан 45 ёшгача бўлсаю аёл ҳомиладор бўла олмайди.

Бепуштликда патологик белгилар кузатилмайди, яъни унинг яққол симптомлари йўқ, бу касаллик анамнез, умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширувлар орқали аниқлаб олинади.

Анамнез. Ҳайз цикли билан боғлиқ камчиликлар сўралади: муддати, давомийлиги, оғриқлилиги, ҳажми, қўшимча ажралмалар борлиги, инфекцион, ноинфекцион касалликлар, жарроҳлик амалиётлари ҳақида маълумот йиғилади.
Физикал кўрувда қуйидагилар аниқланади:

- Гипофиз безида ўсмаларни истисно қилиш учун МТана вазни индекси 20-26 дан юқори ёки кам бўлмаслиги;
- Тери қопламаси ва эндокрин безлари камчиликлари;
- Сут безлари ривожланганлиги;
- Кичик чаноқ соҳасидаги оғриқли ҳолатлар, бимануал палпация усулида текширилади;
- Колпоскоп, қин ойнаси ёрдамида текширувда гинекологик касалликлар аниқланади;
- Лаборатор ва инструментал текширувга қуйидагилар киради:
- Гормонал текширув;
- Кичик чаноқ аъзолари, қалқонсимон без УТТ (УЗИ) текшируви;
- Гистеросалпингография – бачадон найининг беркилиб қолганлигини истисно қилиш учун рентгенологик текширув ўтказиш;
- ЖЙБЙК ни инфекцион текшириш;РТ текшируви;
- Лапроскопия қорин бўшлиғи визуал текшируви;
- Гитероскопия – бачадон ичи деворларини рентгенологик текшируви.

Аёлларда бепуштлик сабаблари

Бепуштликка сабаблар жуда кўп, улар гоҳида белгиларсиз келиб диагноз қўйишда ва даволашда қийинчиликлар туғдиради.

Улар қуйидаги катта гуруҳларга бўлинади:

- Жинсий аъзолар туғма аномалиялари;
- Орттирилган жинсий аъзолар касалликлари;
- Анатомик-морфологик ўзгаришлар;

- Функционал ўзгаришлар.
- Моддалар алмашинувида дисбаланс.
- Гинекологик касалликларга боғлиқ бўлмаган сабаблар:
- Физиологк жиҳатдан ёш ўтганлиги;
- Ҳомиладорликка қарши препаратларни узоқ муддат қўллаш.

Контрасептив препаратлардан узоқ муддат фойдаланганда эстероген гормонининг ишлаб чиқарилиши камайганлиги сабабли, бу муолажалардан сўнг ҳомиладор бўлиш қобиляти пасайиб кетади. Бундай муаммоларга дучор бўлмаслик учун шифокор-гинеколог маслаҳатлари асосида контрасепсия усулини танлаш зарур.

Аёлларда иккиламчи бепуштликка сабаблар

Аввал ҳомиладор бўлиб, фарзанд кўрган аёллар ҳам, ҳомиладорликни режалаштириб фарзандли бўла олишмайди. Бунга асосий сабаб, жинсий аъзолар инфекцион ва ноинфекцион касалликларидир.

Бепуштликка олиб келувчи факторлар

- Бепуштликни чақирувчи касалликнинг анатомик жойлашуви;
- Патофизиологик характерига кўра (эндокрин бузилишлари, жинсий ҳужайраларга қарши аутоиммун реакциялар);
- Генетик аномалиялар;
- Салбий турмуш тарзи натижасида келиб чиққан психо-неврологик ҳолатлар;

Эркаклар сабаб бўладиган бепуштлик

Нормада тухум ҳужайра уруғланиши учун эякулат таркибида камида 10 млн сперматозоидлар бўлиши керак. Аёл қинининг муҳити физиологик барер бўлиб, ҳар қандай ёт моддалардан ҳимоя қилиб туради. Қиндаги яллиғланишли касалликлар натижасида шу ерга тушган сперматозоидлар ўлиб кетади. Нормал ҳолатда эса тушган сперматозоидлар, бачадон шиллиқ қаватларидан ишлаб чиқариладиган махсус суюқлик билан ўралган ҳолда бачадон бўйинчасидан ўтади.

Сперматозоидларнинг бачадондан ўтишида қуйидагилар муҳим роль ўйнайди:

- Сперматозоидлар активлиги ва ҳаракатчанлиги;
- Ишлаб чиқарилган шиллиқнинг кимёвий-физик хусусиятлари.

Шиллиқ таркиби ва хусусияти бузилганда актив ва ҳаракатчан сперматозоидлар ҳам бачадон орқали ўта олмайди. Бундай омил бачадон бўйни шиллиқ қавати билан боғлиқ фактор дейилади.

Шиллиқ таркиби ва хусусияти ўзгариши сабаблар қуйидагилар бўлиши мумкин:

- Жинсий гормонлар ишлаб чиқарилишидаги камчиликлар;
- Бачадон бўйинчасидаги яллиғланишли касалликлар;
- Бачадон бўйинчаси микрофлораси бузилиши.

Бачадон найи омиллари

Бачадон найи орқали етилган тухум ҳужайра бачадон бўшлиғига ўтади, бачадон найи киприкчали ҳужайралардан тузилган. Тухум ҳужайра ҳаракатланишида қуйидагилар муҳим роль ўйнайди:

- Бачадон найининг перисталтикаси ҳисобига;
- Киприкчали эпителийларнинг бир томонлама ҳаракати ҳисобига.

Ушбу киприкчаларнинг ҳаракатланиши бузилиши ҳисобига тухум ҳужайра бачадон найида туриб қолиши ва бачадондан ташқари ҳомиладорликка олиб келиши мумкин. Бундан ташқари бачадон найининг беркилиб қолиши ҳисобига тухум ҳужайранинг бачадон бўшлиғига ўта олмаслиги ҳам кузатилади – бу эса бачадон найи омили дейилади.

Бачадон найининг беркилиб қолиши (обтурацияси) қуйидагича бўлиши мумкин

- Воронкасимон қисмида – бачадон найининг дистал қисмидаги беркилишлар;
- Бачадон найининг проксимал қисмидаги беркилишлар;
- Найнинг умумий беркилиши.

Бачадон найининг беркилиб қолиши спазм ёки най бўшлиғининг беркилиб қолиши (яллиғланишдан кейин спайкалар ҳосил бўлиши, ўсма, киста) ҳисобига келиб чиқади. Бачадон найининг баъзи касалликларида, у ерда транссудат (суюқлик) йиғилиб қолиши ҳам кузатилади ва у гидросалпинкс деб аталади.

Гидросалпинкс сабаблари

- Салпингит – найнинг яллиғланиши;
- Салпингоофорит – най ва тухумдоннинг яллиғланиши;
- Аднексит – бачадон найи, тухумдон ва унинг боғламлари яллиғланиши.

Тухум ҳужайранинг йўли беркилиб қолиши, қорин бўшлиғида оғриқ чақиради. Гидросалпинксни диагностикасида рентгенологик текширув (гистеросалпингография) ва лапроскопия ўтказилади.Бепуштликнинг бачадон бўйни омили

Бачадон бўйни – қин ва бачадонни боғлаб турувчи «канал» бўлиб, унинг функцияси қуйидагилардан иборат:

- Бачадонни ёт моддалардан ҳимоя қилиш;
- Бачадонга сперматозоидларни ўтказиш;
- У ишлаб чиқарадиган шиллиқ функцияси эса:
- Сперматозоидларни шу жойда маълум муддат сақлаш;
- Кучсиз сперматозоидларни ўтказмаслик;
- Сперматозоидлар ҳаракатини кучайтириш.

Бачадон шиллиқ қавати функцияси у ишлаб чиқарадиган суюқ шиллиқ ҳисобига амалга ошади, ушбу шиллиқ ҳайз циклининг турли даврларида физик-кимёвий хусусиятларини ўзгартириб туради. Тухум ҳужайра уруғланиши учун овуляция вақтида, бу жойдаги муҳит пҲ кислоталидан нейтрал ва кучсиз ишқорий муҳитга ўтади, шу йўл билан сперматозоидлар ўлиб кетмайди. Агар бачадон бўйни ишлаб чиқарадиган шиллиқ патология сабаб ўзгарса сперматозидлар бачадонга кира олишмайди ва бу бўйин омили деб аталади.

Бачадон бўйни ташқи қисми – қин ойнаси ёрдами визуал кўрув билан текширилади, ички қисми эса оддий текшириш усуллари ёрдамида кўринмайди.

Бепуштликка олиб келувчи бачадон бўйни омилида колпоскопия текшируви натижасида «қорачиқ симптоми» аниқланади. Бунда бачадон бўйинчасига кириш жойида шаффоф ҳайз олди шиллиқ суюқлиги аниқланади.

Лаборатор текширувда

- Шиллиқ таркибининг биокимёвий ва реологик текшируви;
- Жинсий алоқадан сўнг сперматозоидлар ва шиллиқнинг бир-бирига таъсирини текшириш, одатда уларнинг таъсирлашиши 9-24 соат ичида амалга ошади;
- Куртсрок-Миллер синамаси.

Бепуштликнинг перитонеал омили

Қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар перитонеум (қорин парда) билан ўралган бўлиб, аъзолар бир-бирдан ажралиб туради. Қорин парда икки қаватдан иборат:

1. Париетал қават – ташқи томондан қоплаган парда;
2. Виссерал қават – органларга ёпишган ички парда.

Бачадон ва бачадон найи қорин парда билан осилиб туради. Қандайдир патоген фактор таъсирида қорин парда ва бачадон найи ўртасида спайка ҳосил бўлади (чандиқ). Бунинг натижасида бачадон найи: ҳаракатчанлиги, қон билан етарлича таъминланиши, унинг тўлиқ

иннервацияси бузилади. Бачадон найи функцияси бузилади ва бу бепуштликнинг перитонеал омили деб аталади.

Бундай ҳолатга олиб келувчи сабаблар қуйидагилар:

- Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликларининг сурункалига ўтиши, кўпинча ЖЙБЙКда;
- Кичик чаноқ аъзоларидаги жарроҳлик амалиётлари ва абортлардан сўнг;

Диагноз қўйиш учун УТТ (УЗИ), лапроскопия, эхография текширувлари ўтказилади.

Бепуштликнинг иммунологик омили

Нормада аёл организмига бегона оқсил яъни сперматозоидлар тушганда, иммун тизими уларга қарши реакция бермайди. Сперматозоидларнинг иммун тизимини қўзғатиб юборишининг сабаби яхши ўрганилмаган. Иммун тизими томонидан сперматозоидларга қарши махсус антитело ишлаб чиқарилиши, аллергик реакциянинг 2 типи асосида кечади. Бундай вазиятларда даво чораси иммунодепрессив усуллар билан олиб борилади.

Бепуштликка олиб келувчи иммунологик омилнинг яна бир тури – аёл организми иммун тизими ўзининг тухум ҳужайраларига қарши антитело ишлаб чиқаради. Бунинг давоси ҳам барча аутоиммун касалликлардаги каби олиб борилади.

Бепуштликнинг эндокрин омили

Гормонал дисбалансда ҳайз циклининг бузилиши ёки умуман бўлмаслиги келиб чиқади. Эндокрин тизими камчиликларига эса қуйидагилар сабаб бўлади:

- Гипотоламо-гипофизар соҳадаги ўсмалар, бош мия жароҳатлари;
- Андроген гормонларнинг эстероген гормонлар устидан «ҳукмронлиги», тухумдон ёки буйрак усти бези жароҳатларида, поликистозларида келиб чиқади;
- Қалқонсимон без функциясининг пасайиши (гипотериоз) – ҳайз цикли бузилишига таъсир қилади;
- Эстероген гормони етишмаслиги, ҳайз цикли ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватига таъсир қилади;
- Ёғ алмашинувининг бузилиши, уларнинг кўп ёки оз тўпланиши натижасида тухумдон функциясининг издан чиқиши;
- Эрта бошланган климакс ҳисобига келиб чиққан гормонал ўзгаришалар;
- Туғма эндокрин аномалиялари, жинсий аъзолар тўлиқ шаклланмаслигига олиб келади.

Бепуштликнинг психологик омили

Стресс – ташқи муҳит омилига бўлган организмнинг умумий таъсирланишидир. Стрессга олиб келувчи сабаблар индивидуал бўлиб, улар қуйидагилар кириши мумкин:

- Салбий ахборотнинг кўплиги;
- Мунтазам эмоционал зўриқишлар;
- Организмнинг физиологик ёки патофизиологик реакциялари.

Сурункали стресс олиш натижасида организмнинг ҳимоя мослашувчанлиги пасайиб кетади. Биорегулятив функция (вегетатив нерв тизими, буйрак усти безлари, гипофиз гормонлари) бузилиб, организм адаптацион механизми ишдан чиқади. Бунинг натижасида гормонал алмашинув бузилиб, аёллар бепуштлик дардига дучор бўлишади.

Психологик омилдан қутулиш учун

Стресс факторларга бошқа тарафлама ёндашиш. Жисмоний тарбия, ҳоббилар, дам олиш, ижобий эмоциялар ва руҳий тарбиялар ёрдамида гормонал дисбалансларни тўғрилаш;

Малакали психолог тавсияларини олиш ҳам стресссдан қутулишга ёрдам беради. Бепуштликнинг генетик омили:

- Аёлларда бепуштликка олиб келувчи омиллар кам ўрганилган, уларга қуйидагилар киради:
- Гиперандроген синдроми (аёлларда эркаклик гормони кўплиги);
- Эндометриоз (бачадон шиллиқ қавати қалинлашиши);
- Эрта келадиган климакс ёши;
- Бирламчи аменорея синдроми (Шершевский-Тернер синдроми).

Бундай омилларни бартараф этиш анча мушкул.

Бепуштликни даволаш

Мутахассислар тухум ҳужайранинг уруғланиши учун энг қулай давр ҳайз циклининг 11 кунидан 18 кунигача бўлган вақт ҳисобланади. Ушбу кунларда эркак спермаси камида икки марта аёл жинсий аъзоларига тушса, максимал ҳисобланиб ҳомиладор бўлиш даражаси юқори бўлади. Жинсий алоқадан кейин аёл киши дарҳол душ қабул қилмаслиги керак, ўз жойида 10-15 дақиқа ётиши ва тиззаларини букиб олиши зарур.

Агар шундай усуллар билан ҳомиладорликка эриша олмасалар, эркак киши ва аёл киши махсус даво чоралари олишлари керак. Шунда ҳам ҳомиладорлик кузатилмаса, ЭКО (бачадондан ташқари уруғланиш) ўтказиш мумкин.

Натижалар олингач даволовчи шифокор бепуштлик билан муаммога эга жуфтликка мазкур ҳолатда энг мақбул даволаш усулларидан бирини таклиф этади. Бепуштликни даволашда шифокор одатда энгоддий усуллар ва услубларга (жинсий алоқа кунини режалаштириш, БИИга) мурожаат қилади, зарур ҳолатларда эса, агар эркак уруғи патологияси кузатилмаса ёки бачадон найчаси ёпилиб қолмаган бўлса, ёки эркак ва аёлнинг ёши катта бўлмаса, мураккаброқ усуллар (ЭКУ, ИКСИ, ПИКСИ ва бошқалар) қўлланилади.

1. Овуляциия индукцияси
2. ЭКУ минимал стимуляцияси
3. Бачадон ички инсеминацияси (БИИ)
4. Фолликула ичи инсеминацияси (ФИИ)
5. Экстракорпорал уруғлантириш (ЭКУ)
6. ИКСИ
7. ПИКСИ
8. Ностандарт культивация
9. Бластоциста босқичигачакультивация
10. Кўмакчи хетчинг (КХ)
11. Эмбрионларнингкриоконсервацияси
12. Гамета ёки эмбрионлар донорлиги
13. PGD, PGS
14. MESA ёки TESE

Вазиятли масала:

1. Бир неча йилдан буён бепушт никоҳ билан даволанаётган жуфтликда агар лаборатор курсаткичлар нормада булиб, барча УЗИ, ГСГ маълумотлари нормада булса, кандай текширувлар утказиш жоиз?

Жавоб: Шуварский пробасини утказиш лозим.

2-масала

2.Пациент аёл, 30 ёшда, шикояти иккинчи никоҳда уч йил мобайнида бепуштлик. Биринчи никоҳда нормал туғруқлар ва иккита аборт (касалхонада) бўлган. Ҳайз мунтазам, 28 кун оралатиб, 5 кундан, ўртача, оғриқсиз. Бимануал текширувда нормадан четга чиқишлар аниқланмади. Кўзгуларда: бачадон бўйни ўзгаришсиз, қиннинг шиллиқ пардаси пушти рангда, кам миқдорда рангсиз ажралмалар мавжуд. Эри текширувдан ўтказилган, спермограмма ўзгармаган.

Савол:

1.Ташхис:

2. УАШ тактикаси.

Жавоб:

1. Иккиламчи бепуштлик
2. Бачадон найлар ўтказувчанлигини аниқлаш

Тестлар:

1.Бепушт никоҳ деганда нима тушунилади?

а) 6 ой давомида бирга муким яшаётган лекин ҳомиладор була олмаётган жуфтлик
б) 1 йил давомида бирга муким яшаётган лекин ҳомиладор була олмаётган жуфтлик
в) 2 давомида бирга муким яшаётган лекин ҳомиладор була олмаётган жуфтлик
г) 2 йил давомида никоҳи бор жуфтлик
Жавоб: Б
2.Аменорея нима?
а) Хайз бузилиши
б) Ҳайзнинг йуклиги
в) циклнинг норегулярлиги
г) тугри жавоб йук
Жавоб: б
3. **Адреногенитал синдром (АГС) аниқланганида даволашни нимадан бошлаш тўғри бўлмайди:**
А) фақат туғруқдан сўнг*

Б) ҳайз функцияси тартибга тушганидан кейин*

В) турмуш қургандан кейин*

Г) ташхис аниқланиши биланоқ

Д) В,Г

4. Перитонеал бепуштликни ташхислашнинг энг маълумотга бой ва ишонарли услуби ҳисобланмайди:
А) лапароскопия
Б) гистероскопия*
В) бачадонни алоҳида диагностик қириб олиш*
Г) посткоитал тест*
Д) А,Б
5. Бепушт жуфтликларни текширувдан ўтказишда биринчи навбатда ўтказиш тавсия этилмайди:
А) гистеросальпингография*
Б) қин суртмаси цитологияси*
В) базал ҳароратни аниқлаш*
Г) А,Д
Д) спермани текшириш

6. Абсолют бепуштликнинг сабабчиси:

А)бачадон ва тухумдонларнинг йўқлиги*

Б) аспермия*

В) найларнинг функционал тутилиши (ўтказмаслиги)

Г) ҳайз цикли лютеин фазасининг етишмовчилиги

Д) даврий ановулятор ҳайз цикллари

7.Қуйидаги омиллардан қайсилари аёлларга тааллуқли бепуштлик омили саналади?

А) най омили*

Б) бўйин омили*

В) бачадон омили *

Г) тератозооспермия

Д) эндокрин омил

8. Эндокрин бепуштлик сабаблари:

А) ановуляция*

Б) ЛФЕ (лютеин фаза етишмовчилиги)*

В) овуляцияланмайдиган фолликулнинг лютеинланиш синдроми*

Г) агенезия

Д) атрезия

9. Бачадон найларининг органик зарарланиши сабаблари:

А) аднексит*

Б) аппендэктомия*

В) бачадондан ташқари ҳомиладорлик*

Г) эндоцервицит

Д) кольпит

10. Перитонеал бепуштликни ташхислаш усуллари:

А) лапароскопия*

Б) гистеросальпингография*

В) УТТ*

Г) кольпоскопия

Д) посткоитал тест

11. **Абсолют бепуштликни келтириб чиқаради:**
А) бачадон ва тухумдонларнинг йўқлиги*
Б) аспермия*
В) найларнинг функционал тутилиши (ўтказмаслиги)

Г) ҳайз цикли лютеин фазасининг етишмовчилиги

Д) даврий ановулятор ҳайз цикллари

12. Эндокрин бепуштликни ташхислаш учун ўтказилади:

А) иккиламчи жинсий белгиларни баҳолаш

Б) гениталий ва сут безларини кўрикдан ўтказиш

В) функционал диагностика тестлари

Г) ПАП-тест

Д) барча жавоблар*

13. Агар эндокрин бепуштлик бор беморларда ... бўлса, кломифен қўлланилмайди:
А) базал ҳарорат 37°С гача кўтарилган*

Б) КПИ 10 - 20% оралиғида*

В) эстрогенлар даражаси яхши

Г) барча қайд этилганлар

Д) қайд этилганларнинг бирортаси ҳам йўқ

14. Бепушт аёллардаги Шихан синдромида ТТГ паст бўлган гипертиреоидизм аломати:
А) теварак-атрофдаги вазиятга бефарқлик*

Б) жунжикиш*

В) организм умумий тонусининг пасайиши*

Г) гипертонус

Д) Б,Г

15. Комбинацияланган эстроген-гестаген препаратлариқуйидаги беморларда қўлланилмайди:
А) ЛФЕ (лютеин фаза етишмовчилиги)*

Б) тухумдон адренобластомаси бор*

В) адрено-генитал синдромли*

Г) тўғри жавоблар Ава Д

Д) тухумдон склерокистозимавжуд

Амалий машғулот №25: Шошилинч ҳолатда биринчи вричлик ёрдами.Оғир преэклампсия.Эклампсия. Ташҳислаш.

Укув машгулотида укитиш технологияси модели

Мавзуни ургапиш давомийлиги: 240 дакика.	Укувчилар сони: 8-10 киши
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	ВПМ ,КВП, ШВП, кабул булими, аудитория, амалий кўникмаларни бажариш хонаси, лаборатория.
Маъруза режаси / ўқув машғулотининг тузилиши	17. Кириш кисми 18. Назарий кисим 19. Амалий кисим - Беморлар курацияси - амалий кўникмаларни эгаллаш 20. Аналитик кисим муаммога асосланган укитиш - Вазиятли масала - PICO
Ўқув машғулоти мақсади: Сурункали гипертензия, хомиладорлик билан индуцирланган гипертензия ва енгил преэклампсияни диагностика килиш ва хомиладорликни олиб бориш	

тадбирларини ургатиш. Бундай асоратларда хомиладорликни олиб бориш чора тадбирлари, тугрукдан кейинги аёллар реабилитацияси, диспансер хисобига олиш, репродуктив саломатликни саклаш ва контрацепция усулларини билиш керак.	
Педагогик мақсадлар: • Хомиладорликда ва тугруқдаги гипертензив холатлар таснифи тушунтириш; • Тасниф асосида ташхисни асослаб қуйишни ургатиш; • Сурункали артериал гипертензия билан хомиладорликни олиб бориш; • Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензияда хомиладорликни олиб бориш; • Тугруқдан кейин реабелитация асослари утказиш. • Гипертензив узгариш кузатилаётган аёл холатини бахолаш ва олиб бориш тактикасини аниклаш; • Гипертензив узгариш кузатилаётган хомиладор аёлларга амбулатор ва уй шароитида назортни таъминлаш; • Тугруқдан кейинги даврида контрацепция воситалари буйича маслахатлаш утқазиш.	***Ўқув фаолияти натижалари*** **УАШ билиши лозим:** • Хомиладорликда ва тугруқдаги гипертензив холатлар таснифи тушунтириш; • Тасниф асосида ташхисни асослаб қуйишни ургатиш; • Сурункали артериал гипертензия билан хомиладорликни олиб бориш; • Хомиладорлик билан индуцирланган гипертензияда хомиладорликни олиб бориш; • Тугруқдан кейин реабелитация асослари утказиш. **УАШ бажара олиши лозим:** • Гипертензив узгариш кузатилаётган аёл холатини бахолаш ва олиб бориш тактикасини аниклаш; • Хомила бачадон ичи холатини бахолаш (УТТ, КТГ, доплерометрия); • Гипертензив узгариш кузатилаётган хомиладор аёлларга амбулатор ва уй шароитида назортни таъминлаш; Тугруқдан кейинги даврида контрацепция воситалари буйича маслахатлаш утқазиш.
Таълим усуллари	Ҳикоя, суҳбат, кўрсатма бериш, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, лаборатория усули, таълимий ўйин, “Галерея бўйлаб тур”
Таълим шакли	Фронтал, жамоавий, гуруҳларда ишлаш («Биргаликда ўқиймиз»), якка тартибли
Таълим воситалари	Маъруза матни, диапроектор, доска-стенд, флипчарт, видеофильмлар, ёзув тахтаси, модел,муляжлар, график, диаграммлар, эслатма, назорат варағи, матнлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, вазиятли масалаларни ечиш; амалий куникмаларни бажариш буйича харакат алгоритмини намойиш этиш;

Амалий машгулот технологик харитаси

№	Машгулот боскичлри	Машгулот шакли	Давомийлиги (дакика)

			240 дакика
1	Укитувчининг кириш сузи (мавзуни асослаш)		10 дак.
2	Амалий машгулот мавзусини мухокама килиш. Талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш. “Галерея бўйлаб тур”усули	Илова №1	60 дак.
4	Талабаларга машгулотнинг амалий кисмини бажариш учун топшырик бериш. Топширикларни бажариш тартиби буйича курсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустакил курация.	Мавзуга оид беморлар курацияси	60дак.
5	Талабаларни машгулотнинг амалий кисмини укитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	Касаллик тарихи, клиник вазиатли масала. Илова № 2. Укув кулланмада «Амалий куникмалар»	40 дак.
	ТАНАФФУС		30
6	Талабаларнинг узлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини мухокама килиш, мустахкамлаш ва машгулот максадига эришилганлик даражасини хисобга олган холда гурух фаолиятини бахолаш. Якун ясаш.	Огзаки суров. Мунозара бахс, Амалий иш натижаларини текшириш (вазиятли масалалр, тестлар ечиш)	30
7	Ушбу машгулот буйича укитувчининг хулосаси, хар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим буйича бахолаш ва эълон килиш. Кейинги дарсга тайерланиш учун талабаларга вазифа бериш (ротация бўйича	Ахборот, мустакил тайерланиш учун саволлар,	10
		Жами	240

2. Мотивация

Ҳомиладорлик ва туғруқдаги гипертензив бузилишларни она ўлимига сабаб бўлувчи омиллардан бири бўлиши, хозиргача глобал муаммо бўлиб келмокда. УАШ мухокама қилиши лозим бўлган ҳомиладорлик ва туғруқдаги гипертензив бузилишларга хавф гурухларини тўғри аниқлайди, ташхислайди ва ушбу патологияни ўз вақтида олдини олади.Туғруқдан кейинги реабилитация саволларини хал қилади.

3. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик:

Хомиладорликда гипертензив бузилишларни ўрганишда талабаларни нормал физиология, патофизиология, терапия, клиник фармакологиядан ўтилган билимларини билиш талаб этилади

4. Машғулотнинг мазмуни

4.1 Назарий қисм.

Преэклампсия – бу артериал гипертензия + ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида протеинурия. ЖССТ тавсияси бўйича преэклампсия икки турга бўлинади:

Оғирлиги бўйича:

- енгил
- оғир

Ҳомиладорлик муддатига кўра:

- туғруқ муддатига етган (37 хафтадан кейин)
- туғруқ муддатига етмаган (37 хафтагача)

Енгил преэклампсия.

Ҳомиладорлик муддати 20 хафтадан сўнг ДАКБ 2 марта 4 соатлик интервал билан ўлчанганда 90-100 мм.сим.уст. гача бўлса.

- Протеинурия 2+ (1г\л)
- Оғир преэклампсияни бошқа симптомлари кузатилмайди.

Амбулатор шароитда олиб борилади.

Оғир преэклампсия.

- ДАКБ 110 мм.сим.уст. дан юқори.
- Протеинурия 3 г\л дан юқори + эпигастрияда оғриқ
  бош оғриғи
  кўришдаги ўзгаришлар
  гиперрефлексия
  ўпка шиши
  олигурия (24 соат давомида 400 мл дан кам)
  тромбоцитопения(100дан кам)

Протеинурия

Преэклампсияда ахамият буйича иккинчи уринда - протеинурия.

Протеинурияни микдори бир кунлик пешобда -0,3г/л ва ундан ортиклиги амалий ахамиятга эга (пешоб йуллари инфекцияси булмаганда). Визуал тест натижалари протеинурияни куйидаги тахминий микдорига тугри келади: 1+ = 0.3 г/л, 2+ = 1 г/л ва 3+ = 3 г/л.

Шишлар

Преэклампсия ривожланишида диагностик ахамияти йук. Шишни тусатдан бел сохаси ва юзида пайдо булиши (2 кун ичида) этборга созоворлиги эклампсияга хавф солувчи белгилигидир.

Огир преэклапсияда олиб бориш тактикаси – $MgSO_4$ни юклама дозасини КВП ёки ШВПда килиб, агар бу холат шу ерда аникланган булса, кейин стационарга УАШ назоратида олиб борилади ва кабулдаги шифокорга ташхис куйилган ва $MgSO_4$ни юклама дозасини килинган вактни курсатиб топширади

Огир преэклампсияда утказилган даво ёрдам бермаган холда (магнезийни юклама дозасини утказгандан кейин 4 соат утиб хам огир преэклампсияни белгилари сакланса) хомиладорликни тухтатиш керак

Бу холда тугдириш масаласида куйидагиларга ахамият берилмаслиги керак:

- Хомиладорлик муддати;
- Хомила упкасининг “етиганлиги”;
- Тугрук йулларининг тайёргарлиги.

Она хаёти хавф остида булганлиги сабабли тугрук она манфатини кузлаб олиб борилади

Тугрук йулларининг тайёрлиги факат тугдириш усулига (тугрук йуллари оркали ёки кесарча кесиш) таъсир килади.

Симптомлар кузатилгандан кейин 12 соат ичида тугрук булиши курак

Эклампсияда судоргадан кейин тугук 12 соат ичида булиши керак.

- шу вакт ичида тугрук йуллари оркали тугрук булиши кузатилмаса – кесарча кесиш.

- агар хомила юрак уриши 1 дакикада <100 ёки >180 зарб булса – Кесарча кесиш!

- преэклампсия ва эклампсия кузатилган аёлларда махаллий анестезия ёки кетамин кулланг.

Преэклампсияда хомиладорларда кузатиладиган органик узгаришлар:

I. Бош мияда:
   - энцефалопатия;
   - ишимия ва инфаркт;
   - кон куйилиши;
   - шиш;
   - эклампсия.
II. Юрак–кон томир тизимида:
   - кон зардоби хажмини камайиши;
   - кон томир каршилиги ва кон босим кутарилиши;
   - марказий веноз босимни пасайиши.
III. Жигарда;
   - периферик некроз;
   - субкапсуляр кон куйилишлар;
   - HELP-синдром.
IV. Упкада:
   - упкалар шиши
V. Буйракларда:
   - протеинурия;
   - клубочкали филтрация пасайиши;
   - гломерулокапиляр эндотелиоз;
   - буйрак етишмовчилиги;
   - уткир тубуляр некрози;
   - кортикал некроз.
VI. Хомилада:
   - усишдан оркада колиши;
   - муддатдан олдинги огрик;
   - йулдош кучиши.

Огир преэклампсияни олдини олишда самарасиз усуллар:

- диуретикларни буюриш;

- антикоагулянтларни буюриш (гепарин, варфарин);

- оксил ва калорияга бой махсулотларни истимол килишни купайтириш;

- вазни юкори аёлларга калорияга бой махсулотларни чеклаш;

- рационга темир, фолатлар, магний, цинк ёки балик ёгини кушиш;

- туз ва суюкликларни чеклаш.

Эклампсияни бирламчи бахолаш ва олиб бориш:

- ҳодимларни ёрдамга чақиринг
- Зудлик билан нафас олиши ва ҳушини баҳоланг.
- Нафас йўллари ўтказувчанлигини текширинг, АКБ ва пульсини ўлчанг
- Аёлни чап ёнбошига ётқизинг
- Жароҳатланишдан сақланг, аммо куч билан ушламанг
- Катта калибрли игна билан в/ичига инфузияни бошланг
- 1 дақиқада 4л тезликда кислород беринг
- Аёлни назоратсиз қолдирманг.

А с о с и й д а в о л а ш.

Агар ДАҚБ 110 мм. сим. уст.дан юқорилигича қолса :

- Антигипертензив препаратлар ва ДАҚБни 100-90 мм.сим.уст.да ушлаб туриш (ўлчаш учун 4 соат кутиш керак эмас, керак бўлса ўлчаймиз)
- Томир ичига суюкликлар инфузияси бошлаш (физиологик эритма, 5% глюкоза, 8 соат ичида - 1 литр)
- Киритилган ва чиқарилган суюқликни назорат қилиш (қовуқни катетиризация)
- Агар сийдик 30 мл.-соатдан кам бўлса:
  - Магнезия сульфатни томирга юборишни тўхташиш ва 8 соатни ичида физиологик эритма 1 литр қўйиш
  - Ўпка шиши бўлиш эхтимолини кузатиш
  - Хар соат рефлекслар ва ҳомила холати назорат қилиш
  - Ўпканинг пастки қисмларининг аускультацияси ва хириллашлар пайдо бўлса – фуросемид 40 мг. т/и
  - Қоннинг ивиши каровотдаги тест: агар 7 минутдан ортиқ лахтак хосил бўлмаса – коагулопатия

Оғир преэклампсиятуғруқ симптомлар пайдо бўлганда кейин **24 соат** ичида содир бўлиши керак.

Эклампсияда туғруқ тутқаноқлар пайдо бўлганда кейин **12 соат** ичида содир бўлиши керак.

- Агар вагинал туғруқ кутилмаётган бўлса кўрсатилган вақт ичида **кесарча кесиш** (эклампсия).

- Агар болани юрак уриши 1 минутда 100дан кам ва 180дан юқори бўлса кесарча кесиш.
- Преэклампсия ва эклампсияли аёлларда махаллий анестезия ва кетаминни қўлланманг.

Эклампсияни бирламчи бахолаш ва олиб бориш

- Ёрдамга чакиринг ва ходимларни уюштиринг
- Нафас олишни ва эс-хушини тезкор бахоланг
- Нафас йўлларини ўтказувчанлигини текширинг, АКБ ва пульсни ўлчанг

- Чап ёнбошга ётқизинг
- Жарохатлардан химоя қилинг, аммо куч билан қаршилик кўрсатманг
- Катта ўлчамдаги игна билан суюқликлар инфузиясини бошланг
- 1 минутда 4 литр тезлик билан кислород беринг
- Аёлни қаровсиз қолдирманг

Оғир преэклампсия ва эклампсияни даволаш

Магний сульфатни қўллаш:

- Эклампсияда
- Оғир преэклампсияда
- Оғир преэклампсия сабабли шошилинч туғруқ содир бўлган аёлларда

Туғруқни халқилиш хақида қарор қабул қилингандан сўнг магний сульфатни киритишни бошланг.

Туғруқдан сўнг ёки сўнгги тутқанокдан сўнг 24 соат ичида даволашни давом эттиринг.

Магния сульфат - Юклама доза:

- 5 минут ичида вена ичига 15 мл. 25% магния сульфат (1-3шприцда) юборилади ва аёлга вена ичига магния сульфат юборилаётганда иссиклик хисини сезишини огохлантирилади.
- Сўнг хар бир думбага мушак орасига 20 мл. 25% магния сульфатни новокаин билан бирга юборилади
- Агар тутқаноқлар қайтарилган бўлса 15 мин.дан кейин 8 мл.т/и 5 мин. ичига юборилади

Ушлаб турувчи доза

- 10мл.дан м/о хар 4 соат
- Туғруқдан кейин ёки охирги тутқаноқдан кейин 24 соат ичида магний сульфатни давом эттириш
- Хар бир қайта юборишдан олдин ишонч хосил қилинг:
  - нафас олиш сони 16дан кам бўлмаслиги керак
  - тизза рефлекслари борлигига
  - охирги 4 соат ичида диурезни 30 мл/соатдан кам бўлмаслигига
- Магний сульфатни киритишни кечиктиринг ёки қилманг, агар:
  - нафас олиш сони 16дан кам бўлса
  - тизза рефлекслари кузатилмаса
  - сўнгги 4 сат ичида диурез 30 мл/соат кам бўлса

- **Антидотни қўлланг**

Кальций глюконат т/о 10% секинлик билан нафаси тиклангунча юборинг ва керак бўлса УСВни қўлланг

Магний сульфат туғруқ натижасида хеч кандай таъсир кўрсатмайди.

Тутканоққа қарши препаратлар

Магния сульфат, диазепам, фенитоин.

Диазепам (валиум, дормикум, сибазон, седуксен, реланиум) схемаси:

- фақат магния сульфат йўқ бўлган пайтда .

Тўлдирувчи доза:

* 10 мг (2 мл) диазепам т/о 2 мин. ичида

* агар тутканоқлар қайтарилган бўлса тўлдирувчи дозани такрорланг.

Ушлаб турувчи доза:

- седатация холатини ушлаб тириш учун 40 мг диазепамни 500 мл. физ. эритмада т/о томчилаб, аммо аёл хушида бўлиши керак.
- Агар доза 1 соатда ичида 30 мг.дан ошса нафаснинг сустлашиши кузатилиши мумкин:
  - УСВ
  - 24 соат ичида 100мг.дан куп диазепам қўлламаслик
- тўғри ичак орқали юбориш: агар т/о иложи бўлмаса 20 мг. 10мл.ли шприцда perrectum, 10 минут ичида шприцни тўғри ичакда қолдирамиз. Агар тутқаноқлар қайтарилса – яна қўшимча соатига 10 мг.дан.

Антигипертензив воситалар: ДАКБ 110 мм. сим. уст.дан юқори бўлса

- гидралазин (апрессин)
- лабеталол (атенолол) 10 мг т/о
- нифедипин (коринфар, адалат) 5 мг тил остига, 10 мин.дан кейин яна 5 мг тил остига

Принциплар:

- агар ДАКБ 110 мм.сим.уст.дан юқори бўлса антигипертензив воситаларни бошланг
- ДАКБни 90-100 мм. сим. уст.да мияга қон қуйилишини олдини олиш мақсадида ушлаб туринг.

Туғруқдан кейин реабилитация

- аёллар маслахат хонасида бошқа турдаги мутахассислар билан бирга ҳомиладорликдан ташқари соғломлаштириш ва кейинги ҳомиладорликни режалаштириш тириш мақсадида диспансер кузатув
- қарши кўрсатмаларни хисобга олган холда контрацепция усулларини танлаш.

Илова №1

Вазиятли масала № 1

А. исмли аел , 22ёшда. Бош огригига ва бир ой давомида оёқларидаги шиштга шикоят қилиб келди. Саволларга тутиниб жавоб бермоқда. Акушерлик анамнезидан: хомиладорлик биринчи 34 хафта.

Объектив курганда: АКБ 160\110 мм.сим.уст., бачадон 33-34 хафтага тугри келади.

Саоллар:

- Сизнинг ташхисингиз?
- Ташхисни тасдиклаш учун кандай тахлиллар килган булар эдингиз?
- УАШ тактикаси.

Жавоблар:

- Огир преэклампсия;
- Протеинурияга пешобнинг умумий тахлили;
- Огир преэклампсияда шошилинч ёрдам курсатиш($MgSO_4$ - Тулдирувчи доза) ва стационарга ётқизиш

Вазиятли масала № 2

КВПга хомиладор аёл бош огриги, кузининг куриш хусусияти сусайиши ва 20 дақиқа олдин хушидан кетганлигига шикоят билан мурожат қилди. Анамнезидан олдинги хомиладорлиги гипертензи бузилишлар билан кузатилган. Объектив курганда: бачадон 37 хафтага тугри келади, хомила қимирлашини сезмоқда. АКБ 160/110 мм.сим.уст.

Саволлар:

- Сизнинг ташхисингиз?
- Ташхисни тасдиклаш учун кандай текширувлар утказиш керак?
- УАШ тактикаси

Жавоб:

- Огир преэклампсия;
- Протеинурияга пешобнинг умумий тахлили;
- Огир преэклампсияда шошилинч ёрдам курсатиш($MgSO_4$ - Тулдирувчи доза) ва стационарга ётқизиш

Вазиятли масала № 3

ШВПга хомиладор аёл бош огриги, кузининг куриш хусусияти сусайиши ва АКБ 160/110 мм.сим.уст., пешобнинг умумий тахлилида протеинурия – 1.135%. Анамнез йигилаётганда юзнинг мимик мушакларининг қисқариши кузатилмоқда.

Саволлар:

- Сизнинг ташхисингиз?
- Ташхисни тасдиклаш учун кандай текширувлар утказиш керак?
- УАШ тактикаси

Жавоб:

- Огир преэклампсия;
- Ходимларни ёрдамга чақиринг;
- Эклампсияда шошилинч ёрдам курсатиш($MgSO_4$ - Тулдирувчи доза) ва стационарга ётқизиш

Илова№2

1. Оғир преэклампсияга характерли бўлмаган симптомлар:

А) диастолик босим 90/110 мм.сим.уст.*

Б) бош оғриғи

В) протеинурия 3 г/л дан юқори

Г) кўришнинг бузилиши

Д) гиперрефлекция

2. Оғир преэклампсия ҳолатида туғруқ қайси вақт оралиғида олиб бориш керак:

А) 12 соат ичида *

Б) 6 соат давомида

В) 2 соат давомида

Г) 24 соат ичида

Д) 4 соат давомида

3. Преэклампсияда ҳомиладорлик даври кечишида кузатилмайдиган узгариш
А) йўлдошни олдида келиши*
Б) ҳомила ривожланишда орқада қолиши
В) муддатда олдинги туғруқ
Г) нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
4. Преэклампсия холатида ўпкада кузатилмайдиган ўзгариш
А) ўткир нафас етишмовчилиги*

Б) капилярлар ўтказувчанлиги

В) ўпка шиши

Г) нафас етишмовчилиги

5. Преэклампсия холатида жигарда кузатилмайдиган ўзгариш
А) гепатоцидлар некрози*

Б) HELP- синдром

В) субкапсуляр қон қуйилишлар

Г) фибрин толаларини йиғилиши

6. Преэклампсия холатида буйракда кузатилмайдиган ўзгариш

А) полеурия*

Б) протеинурия

В) клубочкалар фильтрация фаолиятини пасайиши

Г) буйрак етишмовчилиги

7. Преэклампсия холатида юрак қон-томир системасида кузатилмайдиган ўзгариш

А) плазма хажмининг ортиши*

Б) плазма хажмининг камайиши

В) қон томир қаршилиги ва ҚБ кўтарилиши

Г) марказий веноз босимни камайиши

8. Эклампсия холатида бош мияда кузатилмайдиган ўзгариш

А) хавфсиз ўсма ўсиши*

Б) шиш ва декортикация

В) ишемия ва инфаркт

Г) қон куйилиши

9. Тутканокка карши воситага кирмайди

А) дибазол*

Б) $MgSO_4$

В) диазепам

Г) фенотаин

10. ДКБ 110 ва юқори бўлганда гипотензив воситага кирмайди?

А) дибазол*

Б) гидролазин (апрессин)

В) лабеталол (атеналол)

Г) нифидипин (коринфар, адолат)

11. Эклампсияни бирламчи бахолаш ва олиб бориш қандай, бундан ташқари:

А) аёлни чалқанча ётқизиш*

Б) нафас олиш сони, эс-ҳушини, АҚБ ва PS ни тезликда баҳолаш*

В) нафас йўллари ўтқазувчанлигини текшириш

Г) аёлни ёнбошга ётқизиш

Д) магний сульфатни ушлаб турувчи дозада қилиш

12. Эклампсияда қўлланиладиган 3-та антигипертензив воситаларни сананг:

А) гидралазин*

Б) лабеталол*

В) нифедипин*

Г) дибазол

Д) папаверин

13. Эклампсияда қўлланиладиган тутқаноққа қарши воситаларни 3 тасини сананг:

А) магний сульфат*

Б) диазипам*

В) фенитоин*

Г) гидралазин

Д) лабеталол

14. Қайси 2-та жавобда магний сульфатнинг юқори дозаси кўрсатилган:

А) магний сульфатнинг 25 %-15 мл. эритмасини 5 мин. давомида в/и га қилиш*

Б) 20 мл.дан ҳар бир думбага новокаин билан*

В) 25 %-20 мл. магний сульфат эритмаси в/и га

Г) 25%-10 мл. магний сульфат эритмаси м/о га

Д) 25%-30 мл. магний сульфат эритмаси в/и га

15. Магний сульфатнинг ушлаб турувчи дозасини ва юбориш давомийлигини кўрсатинг:

А) 10 мл. магний сульфатни м/о га ҳар 4 соатда*

Б) юбориш давомийлиги туғрукдан ёки охирги тутқанокдан кейин 24 соат ичида*

В) 30 мл. магний сульфатни м/о га ҳар 2 соатда

Г) 10 мл. магний сульфатни м/о га ҳар соатда

Д) юбориш давомийлиги 48 соат

16. Қачон магний сульфат юбориш бекор қилинади:

А) нафас олиш сони 1 минутда 16 дан кам бўлса*

Б) тизза рефлекслари бўлмаганда*

В) диурез соатига 30 мл.дан кам бўлса*

Г) нафас олиш сони минутига 16 дан кўп

Д) ЮҚС минутига 90 тадан кўп

17. Қайси 2-та жавобда диазепамнинг юқори дозаси тўғри кўрсатилган:

А) 10 мг (2 мл) диазепам в/и га 2 мин давомида*

Б) агар тутқаноқ қайтарилса, юқори доза яна бир марта қилинади*

В) 40 мг диазепамни 500 мл. физиологик эритмада в/и га юбориш

Г) 20 мг диазепам в/и га

Д) 40 мг диазепам в/и га 2 минут давомида

18. Магний сульфат даволаш учун қўлланилади:

А) ҳомиладор аёлларни эклампсия билан*

Б) аёлда эклампсия сабали шошилинч туғрукда*

В) ХРОКС

Г) ФПЕ

Д) НЖЙБК

19. Оғир преэклампсияга характерли бўлган 3-та симптомни кўрсатинг:

А) диастолик босим 110 мм.с.у.дан юқори*

Б) протеинурия > 3 г/л*

В) бош оғриғи, кўришнинг бузилиши*

Г) ҳолсизлик

Д) тутқаноқлар

20. Эклампсияда бош мияда кандай узгаришлар булади:

А) ишимия ва инфаркт*

Б) қон қуйилиши*

В) шиш ва декортикация*

Г) таъсирчан бўлиш

Д) депрессия

Е) апатия

4.3. Амалий қисм.

Амалий кўникмалар руйхати:

1. Эклампсияда шошилинч ёрдам;
2. **Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш.**
7. **Назорат учун саволлар**

11. Преэклампсия таснифи;
12. Оғир преэклампсияга тушунча беринг;
13. Эклампсияга тушунча беринг;
14. Оғир преэклампсияда кайси аъзоларда ўзгаришлар кузатилади;
15. Оғир преэклампсияни олиб бориш тактикаси;
16. Эклампсияни олиб бориш тактикаси;
17. Оғир преэклампсияда ҳомила томонидан кузатиладиган ўузгаришлар;
18. Тутқаноққа қарши даво воситаларини қайсиларини биласиз;
19. Эклампсияда қўлланиладиган 3 асосий антигипотензив воситани биласиз;
20. Ҳомиладорликни гипертензив бузилишлар билан ўтқазган аёлларда туғруқдан кейинги даврда реабелитация чораларини ўтказиш.

Мавзу№26: Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида,туғруқда ва туғруқдан сўнг қон кетиши.

7. **Ўқувмашғулотида ўкитиштехнологияси модели**

Укувсоати: 240 мин.	Ўқувчилар сони: 8-10киши
Машғулот жойи	Вилоят перинатал маркази
Ўкувмашғулотитузилиши	37. Кириш 38. Назарийкисм 39. Амалий кисм - беморларкурацияси - амалийкуникмаларалгоритми 40. Тахлилийкисм - вазиятлимасалалар - тестлартахлили
Машғулот мақсади: Хавф омилларининг ишлаб чиқишни, қон кетиши билан ҳомиладор беморларни мустақил олиб боришни, ҳомиладорлик кечки муддатларида қон кетганда госпитализация ва постстационар реабилитация мезонларини билишни ўргатиш.	
***Педагогик вазифалар*:** • Ҳомиладорлик кечки муддатларида, туғруқда ва чилла даврида қиндан қон кетишининг клиник кечишихусусиятларибуйичабилимларини ошириш. • Диспансер кузатувтамойилларинио чиббериш. • Ушбу касалликда контрацепция усулларинитанлашниургатиш. • Ҳомиладорлардакечки муддатда қон кетишасоратларнианиклашниургатиш.	***Ўқувфаолиятинатижалари*:** **УАШбилишикерак:** • Ҳомиладорлик кечки муддатларида, туғруқда ва чилла даврида қиндан қон кетишининг клиник кечишихусусиятларинитушунтириш. • Диспансер кузатув тамойилларинике тма-кет очибберии ш. • Ушбу касалликда контрацепция усулларинитанлашмахоратиниишлабчи киш.

• Ҳомиладорлик кечки муддатларида, туғруқда ва чилла даврида қиндан қон кетиши мумкин бўлган ҳомиладорлархавфгуруҳинианиқлашмах оратиниошириш. • Лабораторваасбоб-ускуналиусулларёрдамида клиник текширувўтказишнитакомиллаштириш. • Клиник ташҳисни шакллантиришваасослабберишниургатиш. • Ушбу касалликларда госпитализация мезонларинианиқлашмезонлариниочиббериш.	• Ҳомиладорлардакечки муддатда қон кетишасоратларнианиклашниургатиш. **УАШбажараолишикерак:** • Ҳомиладорлик кечки муддатларида, туғруқда ва чилла даврида қиндан қон кетиши мумкин бўлган ҳомиладорлархавфгуруҳинианиқлашма хоратиниошириш. • Лабораторваасбоб-ускунали усулларёрдамида клиник текширувўтказишникурсатиббериш. • Клиник ташҳисни шакллантиришваасослабберишнибилиш. • Ушбу касалликларда госпитализация мезонларинианиқлашнибилиш.
Таълимусули	Дискуссия, сухбат, видеокурик,ургатувчиуйинлар “ВЕНН” диаграммаси
Укувфаолиятиниташкиллаштиришшакллари	Индивидуалишлаш, гурухлардаишлаш, жамоабулибишлаш
Таълимжихозлари	Укувдарсликлари, укувматериаллари, касалликтарихи, таркатмаматериаллар, амалийкуникмаларкадамлари, муляжлар, флипчарт.
Тескариалокаусулважихозлари	Кузатув, блиц суров, тестлаш, бахолаш; вазиятлимасалаларечиш, амалийкуникмаларнинамойишкилиш

Укув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги
1.	Ўқитувчини кириш сўзи (мавзуни асослаш, машғулот мақсади).		10 мин.
2.	Уй вазифасини бажарилиши “ВЕНН” диаграммаси	Илова № 1	40 мин
3.	Поликлиника ва кундузги шифохонада тематик беморларни қабул қилиш	Аёлларни амбулатор қабулива анализлар таҳлили	60 мин
4.	Кичик гуруҳларда ишлаш.	Талаба докладива унинг таҳлили.	60 мин
5.	Машғулот бўйича ўқитувчининг якуни, талабалар билимига 100 баллик система бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Талабаларга келгуси машғулот мавзусини эълон қилиш	“Муаммоларни ечиш усули” ўйини,вазиятли масалалар ечиш. Илова №2	60 мин

	(Ротацияга мувофиқ мавзу саволларининг рўйхати)	Илова №3	
6.	Адабиёт билан мустақил ишлаш.	Синов жаридаси, ишчи дастур	10 мин
7.		жами.	240 мин

2. Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқликлар

Ҳомиладорлик кечки муддатларида, туғруқда ва чилла даврида қиндан қон кетиши(юрак-қон томир тизими, буйрак, жигар касалликлари, модда алмашуви бузилишлари ва х.к.) натижасида юзага келади ва бошқа асоратларнинг ривожланиш хавфини юзага келтиради; бу эса мазкур мавзунинг турли тиббиёт фанлари (терапия, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, гематология, патфизиология) билан якиндан богликлигини ва илмий ишларни бажаришда ахамиятини таъкидлайди. Мазкур муносабатларни чуқур ўрганиш талабаларнинг клиник, диагностик, даволаш тактикасига бўлган мантикий фикрлаш қобилиятини ўстиради.

3. Мотивация

Бутун дунёда ва бизнинг Республикамизда ҳомиладорлик кечки муддатларида, туғруқда ва чилла даврида қиндан қон кетиши асоратлари оналар ўлими сабаблари орасида етакчи ўринларда туради.Оналар ўлими структурасида 25-30 %ни ташкил этиб, кўп йиллар давомида камайиши кузатилмайди.

4. Дарснинг таркиби

4.1. Назарий қисм

НЖЙБК — буйўлдошнинг ҳомилатуғилгуничакўчиши – ҳомиладорликдаврида, туғруқнингбиринчиёкиккинчидаврида. 1/120 туғруқлардаучрайди (1.5% ҳолатларда). 30% ҳолатлардаНЖЙБКмассивқонкетишвагеморрагикшок, ДВС-синдром билан асоратланади.НЖЙБК30-50% перинаталўлимгаолибкелади.

Хавф гуруҳлари:
1) Ҳомиладорликдавридагигипертензивўзгаришлар
2) Юқумликасалликлар, интоксикация, авитаминозлар (айниқсавитаминС етишмаслиги)
3) Соматиккасалликлар (қандлидиабет, буйрак, юраккасалликлари, ҳафақонлик)
4) Травмалар, туғруқдавринингбошланиши, калтакиндик, сувнингкўп бўлиши, тезтуғиш, ҳомилақобиғинингкечйиртилиши, ҳомилапуфагинингяссишакли (тахминийомиллар).
Ҳосил бўлиш механизми.
Йўлдошбачадондеворидадецидуалқобиқбоғларивабачадоничидагибосимҳисобигаушланибтура ди. Артериалбосиммеёридабўлгандаворсинкалараробосимамниотик бўшлиқдагибосимданпастбўлади, бачадон-йўлдошқонайланишини меёрдатаъминлабтурадивайўлдошнибарвақткўчишидансақлайди.
Бунгайўлдошбирикқансоҳадагибачадонтерминалартерияларинингтузилишиимконберади — уларнингкенглигисинусларгатушишжойидакескин камаяди,венозшохлари эсакенгбўлибқоладиваулардаклапанаппаратибўлиб, қоннингқайтаоқишигатўсқинликқилади. Патологикҳолатлардаворсинкалараробўшлиқдафибринтўпланади, ворсинкаватомирлар эндотелиози кузатилиб, артериялардаяллиғланишватромбҳосилбўлиш жараёни ривожланади – артериялармўртбўлиб, механиктаъсиротга чидамлилиги пасайиб, ёрилади. Базалгематомаларҳосил бўлиб, каттаўлчамларга эгабўлади, базалпастинкаларнибузади, ворсинкалараробўшлиқгаёрилади, натижадайўлдошникўчишигаолибкелади.Ретроплацентар гематома ҳосил бўлиб, томир тромбоцитар жараён бузилиши натижасида тромбопластик

субстанциялар таъсироти натижасида қон ивиш системаси бузилади ва массив қон кетишлар билан асоратланади.

Ташхис. Асосий клиник белгилар:

1) Жинсиййўлларданқонкетиш;

2) Оғриқсиндроми: турлижадалликдагиоғриқ йўлдош бириккан майдонда ёкидоимий. Оғриқбирданпайдобўлади. Оғриқсиндромиретроплацентаргематома 150 млвауданортиқбўлгандапайдобўлади.

3) Пальпациядабачадон соҳасида локалоғриқ, гипертонус натижасида ҳомилақисмларини аниқланмайди.

4) Бачадонассимметриясикузатилади;

3) Гемодинамик ўзгаришлар (юракуришитезлашади, артериалбосимпасаяди, шок индексининг ошиши)

4) Клиник белгилар:ҳолсизлик, тери рангининг оқариши, адинамия, оғир даражасида арефлексия.

5) Ҳомила дистрессиндроми.

ОғирликдаражасибўйичаНЖЙБК қуйидагича таснифланади:

1. Енгил даражали
2. Оғир даражали.

Енгилдаражаси баъзан туғруқнинг 3-давридан сўнг йўлдошникўрикданўтказиб аниқланади: йўлдошюзасидафасеткалилахталарнитопишмумкин.

УАШ тактикаси: НЖЙВОК енгил ва оғир даражасидабаҳолаш, УТТ билан тасдиқлангандан сўнг:

- Тезбирламчибаҳолаш; яқинтуғуруқхонагатранспортқилиш.
- Қонивиш системасида юзага келган бирламчи ўзгаришлар Ли-УАЙТ синамаси асосида баҳоланади. Агардақонивиштестилахтаҳосилбўлишини 7 дақиқагакечикканлигиниёкиюмшоқ, осонпарчаланувчилахтаҳосилбўлса, коагулопатиянитахминқилинади.
- Қон гуруҳи ва резус омил аниқланиб, қариндошларига эҳтимол бўлган хавфлар тушунтирилиб, заҳира донорлар тайёрланади.

Стационар босқичида:

- Ҳомиладор аёл аҳволини жадал баҳолаш,
- АКХ ни тўлдириш чораларини ўтказиш, зарурбўлгандақонқуйиш.
- Операцион хонани операцияга зудлик билан тайёрлаш ва туғруқ йўллари ҳолатини баҳолаш.
- Туғруқ актив фазасида бўлса, бачадон бўйни тўла очилган тақдирда, туғруқни табиий йўллар орқали олиб бориш ва эрта чилла даври қон кетиши профилактикасини таъминлаш.

-Туғруқ жараёни бошланмаган ҳолатда зудлик билан жарроҳлик услуби- кесаркесишўтказиш ва операция жараёнида макроскопик бачадон ҳолати ҳамда қисқариш фаолиятини баҳолаган ҳолда операция ҳажмини белгилаш.

Йўлдошни олдинда жойлашиши – йўлдошнинг бачадонбўйни ички бўғизини тўлиқ ёки қисман ёпган ҳолатда бўлиб, 7-25% ни ташкил этади.

Меъёрдайўлдошбачадоннингорқадеворида, ичкибугизданйўлдошчетигача бўлган масофа 7 смданортиқни ташкил этади. Баъзи ҳолатларда бачадон ёндеворида ёкиқисманбачадонтубида жойлашиши мумкин. Йўлдошолдиндажойлашгандаупасткисегментсоҳасидажойлашади, ичкибугизнитўлиқёкиқисманберкитади.

Йўлдошнинголдиндажойлашишитуғуруқларнингумумийсониганисбатан 0.3-0.6% даучрайди.

Йўлдошнингтўлиқёкиқисманолдиндажойлашишифарқланади.

Йўлдошнинг тўлиқ олдинда жойлашиши –йўлдошичкибугизсоҳасинитўлиқберкитиб жойлашиши ушбу акушерлик патологиясида 20-30% ташкил этади.

Қисман – йўлдоштўқимасиичкибугизниқисманқоплайди. 35-55% ҳолатлардаучрайди.

Йўлдошнинг пастда жойлашиши ўзгарувчанвариантибўлиб, бундайўлдошчеккасиичкибугиздан 7 смданкам масофада жойлашадиЙўлдошнинголдиндажойлашувига олиб келувчи **ҳавфли гуруҳлар**:
- Асоратли акушер-гинекологик анамнези бўлган аёллар,
-менструал циклибузилганда;
-меёрийгормоналбалансбўлмаганда,
- эндометриянингпролиферативвасекретор патологик ўзгаришлари юзага келганда,
-бачадон гипоплазияси
-Бачадонсурункали яллиғланиш касалликлари
- кўп ва тез-тез абортлар, ташхисийқиришлар, бачадон ичи муолажалариўтказилган аёлларда,
-фибромиомасибўлган, кўп туғувчи ҳомиладорлар.

Йўлдошолдиндажойлашганаёллардаҳомиладорликнингбиринчитриместридақонлиажрат маларбўлиб, унинг сабаби плацентация даврида йўлдош шаклланиши бачадоннинг пастки сегментидан бошланиб, кейинчалик бачадоннинг пастида жойлашганйўлдошмиграцияқилади (тепагакўтарилади). Бунда қонлиажратмалар тўхтайди. Йўлдошнинголдиндажойлашишинингасосийсимптомиқонкетишҳисобланиб, хорионворсинкаларининггажралиши натижасида келиб чиқади. Йўлдошолдиндажойлашиши тўлиқ шаклланишида қонкетишҳомиладорликнингиккинчиярмидабошланиб, 1/3 аёлларда - 30 ҳафтагача, 1/3 - 32 дан 35 ҳафтагача, қолганучқисмда 35 ҳафтадансўнг кузатилади.

Ташхис:

Қон кетиш қўққисдан бошланиб, дефекация, оғирнарсакўтариш, кескинйўталиш, жинсийалоқа, қиндатекширув ўтказилгандан сўнг кузатилиши мумкин.
-Қонкетиш қайталанувчи, кўпёкикам миқдорда бўлиши мумкин.
-Асосан қон кетиш ташқи ҳисобланиб, цервикалканаляқинбўлганлигисабабли хорионворсинкаларибачадон деворидан ажралиб, қонлиажралмалариқингаоқишитабиий ҳисобланади.
-Она артериал қон томирлари синусларидан қон йўқотилганлиги сабабли унинг ранги қизил бўлади. Онадақонкетишнатижасидаанемиксиндромривожланади.

УАШ тактикаси:

- Тезбирламчибаҳолаш; яқинтуғуруқхонагатранспортқилиш.
- Қон гуруҳи ва резус омил аниқланиб, қариндошларига эҳтимол бўлган хавфлар тушунтирилиб, заҳира донорлар тайёрланади.
- Ультратовуш текширув динамик кузатув жараёнида
- Динамик клиник назорат, ҳомила ва она аҳволини баҳолаш

Психологикреабилитация

Режали туғдириш мақсадида 36-37 ҳафтада стационарга йўлланма бериш.

Профилактика:

1. Хавфли гуруҳларга оид аёлларни соғломлаштириш,
2. Туғруқ интервалига риоя қилиш, адекват контрацептив услубларини танлашбўйичамаслаҳатўтказиш.
3. Диспансеркузатув: фон касалликларинидаволаш.
4. Ҳомиладорликнинг патологик кечиш ҳолатларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш.

Туғруқнинг 3- даврида ва эрта чилла даврида кон кетишларэнг оғир экстремал патологик ҳолат ҳисобланиб, қон кетиш миқдори тана вазнининг 0,5% дан кўпини ташкил этиб, 500мл дан ошади.

МАССИВ ҚОН КЕТИШИ тана вазнининг 1% ва ундан юқорисини ташкил этиб, яъни 1000 млдан ошади.

САБАБЛАРИ: (4 «Т»):

***Т- Т*онус**: бачадон қисқариш қобилиятининг пасайиши (**атония**).

(«бачадон параличи») – миометрий бутунлай тонусини ва қисқариш қобилиятининг йўқолиши. Утеротоник воситаларига бачадон мускулларининг инертлиги кузатилиб, қон кетиш массив характерга эга бўлади.Бачадон қисқариш қобилиятининг бузилишига олиб келувчи о**рганик** сабаблар:

Операциядан ва туғруқдан сўнги эндометрий ва миометрийдаги структур-морфологик ўзгаришлар: туғруқдан сўнги ва абортдан сўнги септик асоратлар, эндометрийни специфик зарарланиши, abrasio cavi utery, операциядан сўнги чандиқлар, бачадон аномалиялари, бачадон миомалари.

Функционал сабаблар:

-қониқарсиз туғруқ фаолияти

-тез-тез ва кўп туғишлар

-йирик ҳомила, кўпсувлилик.

-асосланмаган ва узоқ давомий туғруқ индукцияси ва б.қ.

Т- Тўқима:

-йўлдош қисмларининг бачадон соҳасида сақланиб қолиши

-сурункали эндометритлар

-бачадон чандиқли ўзгаришлари

-трофобласт инвазиясининг патологик ҳолатлари

- йўлдошнинг аномал бирикиши(қаттиқ бирикиши (placenta adhaerens) чин ўсиши (placenta accreta).

-Т- *Т*ромбин:

-тромбоцитар-томир звеносида патологик ўзгаришлар

-ирсийваноирсий гемостаз системасининг касалликлари

-преэклампсия

-ўлик ҳомила

-НЖПВОК

Т- *Т*равма: бачадон ва туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарининг жароҳатланиши ва бутунлигининг бузилиши.

-Ҳомиланинг кўнгдаланг ва қийшиқ жойлашуви

-бачадон чандиғи

-асосланмаган вагинал аралашувлар

-чаноқ-ҳомила боши диспропорцияси ва б.қ.

ДАВОЛАШ:

- Беморахволинибахолаш (пульс,КБ, тери ранги, эс-хуши, бачадонтонусивайукотилган кон микдори). Нафасйулларинитозалангбошиниёнбошгакаратингва кислород беринг 6-8 л/мин тезликда
- Бачадонникулбилантекшириш, б/б кўзгуларда куриш.
- Бачадонни ташки массажи вабачадоничидагидеворларидаги кон лахталариниолибташлаш

Даволаш (ИТТ фонида):Пешобнитуширишлозим. Қон кетиш>350 мл – бачадон ташқи массажи, Креде-Лазаревич усули. Утеротониклар. Қон кетиш >450 мл - БИКТ наркоз остида, бачадон ички ва ташқи массажи, бимануал босиш, утеротониклар юбориш. Қон кетиш >1000 – 1200 мл-операцияга тайёрлаш мақсадида: аортани босиш, орқа гумбаз тампонадаси эфир билан; клеммалар Бакшеев бўйича. Операция: Бачадон экстирпацияси ортиқлар билан, a.iliaka internani боғлаш.

Мавзуга оид тестлар.

1. Илк чилла даврида кон кетиш сабаблари?
1.*йулдош дефекти, гипотония, туғруқ травматизми
2.плацентанинг олдинда жойлашуви
3.нормалжойлашганплацентанингвактданолдинкучиши
4.ЭГ патология
2. Аборт дебнимагаайтилади?
*хомиладорликни 22 хафтасигачасунъийекиихтиерийтухташи
хомиладорлик 16 хафтасигачатухташи
хомиладорлик 12 хафтасигатухташи
хомиладорлик 42 хафтасидатухташи
3. Жадаллашган аборт кандайдаволанади?
*кирибташлаш
седативпрепаратлар
ёток режим
гармон терапия
4. Тугрукдаканчамикдорда кон кетишифизиологикхисобланади?
*0,4-0,5%
0,1%-0,2%
0,3%
0,6%
5. Бачадонёрилишинингасосийсабаблари:
*бачадончандиклари, гистопатикузгаришлар
нормалтугрук
гениталий аъзоларинингяллигланишкасалликлари
каттахомила
6. Нормада плацента бачадондевориданкачонкучади?
*тукрукнинг 3-даври
тугрукданолдин
тугрукнинг 1-даври
тугрукнинг 2-даври
7. Плацента ўз урниданбарвакткучишидакайси фактор энгахамиятли?
*бачадон-томирфакторинингбузилиши
огрикнингкучлибулиши
анемия булиши
гипопротенимия
8. Плацента олдингакелгандакаергаепишади?
*буйниичкибугиздан7 смпастга

киннинголдингидеворига
киннинг орка деворига
бачадонтубига
9. Плацента олдингаетишинингдоимийбелгиси?
*огриксиз кон келиш
огрикли кон кетиш
тулкинсимон кон кетиш
кон кетмаслиги
10.
Куйидагиларнингкайсибиридаутеротоникпрепаратларбилантугрукникучайтиришмумкинэмас?
*клиник тор чанокда 2-3 аражасида
тугруккучларисустлиги
тугруккучлари 2-ламчи сустлиги
хомилагипоксиясинингкучайиши
вазиятли масала:Аёл 23 ёшда 1 хомиладорлик 36 хафталик жинсий йуллардан кон кетиш кузатилган

Назорат учун саволлар.

1. Акушерлик қон кетишлариниг келтириб чиқарувчи сабабларини сананг.
2. НЖЙБК УАШ тактикаси.
3. Геморрагик шок даражалари.
4. Туғруқнинг 3-даврида қон кетиш сабаблари.
5. Йўлдошнинг пастда жойлашиши билан олдинда жойлашишининг дифференциал диагностикаси.
6. Акушерлик кон кетишларининг профилактик чора-тадбирлари нималардан иборат?

Амалий машғулот№27: Гинекологияда уткир корин. Тухумдон апоплексияси. Тухумдон кистомаси оёгининг буралб колиши. Бачадондан ташкари хомиладорлик.

1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти - 6 соат	Талабалар сони : 10
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
1.Гинекологияда уткир коринга сабаб булувчи касалликларни клиникаси, ташхиси. 2.Профилактикаси ва даволаш.	Гинекологияда уткир коринга сабаб булувчи касалликларни клиникаси, диагностика мезонлари. Гинекологияда уткир коринга сабаб булувчи касалликларини диспансеризацияси принциплари. Даволаш усуллари, уларнинг давомийлиги ва эффективлигини бахолаш.

Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий максади: Гинекологияда уткир коринга сабаб булувчи касалликларини ташхиси, дифференциал ташхиси, хавф гурухларини аниклаш ва уларни поликлиника шароитида даволашга ургатиш. Тарбиявий максади: Талабаларда бепуштлик билан боглик муаммолар миллат такдири олдида маъсулиятни, жинсий аъзоларида фон ёки раколди касаллиги булган хар бир аёл саломатлигига нисбатан маъсулият хиссини тарбиялаш, акс холда касалликни кечикиб аниклаш, бажарилган даво чораларининг туликсиз булиши огир асоратларга олиб келиши мумкин. Ривожлантириш максади: Талабаларда уткир корин билан биоглик булган касалликлардиагностикасини кучайтириши талабаларда клиник ва мантикий фикр юриш кобилиятини оширади, ишга жиддий карашга ундайди.
Таълим бериш усуллари	Кургазмали,маъруза,суҳбат,”Жуфтини топ”
Таълим бериш шакллари	Оммавий,жамоавий
Таълим бериш воситалари	Ўқув қўлланма,дарслик,маъруза матни,проектор,комьпютер
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

Укув машгулотнинг технологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги
1.	Ўқитувчини кириш сўзи (мавзуни асослаш, машғулот мақсади).		10 мин.
2.	Уй вазифасини бажарилиши ”Жуфтини топ”	Илова № 1	40 мин
3.	Поликлиника ва кундузги шифохонада тематик беморларни қабул қилиш	Аёлларни амбулатор қабулива анализлар таҳлили	60 мин
4.	Кичик гуруҳларда ишлаш.	Талаба докладива унинг таҳлили.	60 мин
5.	Машғулот бўйича ўқитувчининг якуни, талабалар билимига 100 баллик система бўйича баҳолаш ва баҳоларни эълон қилиш. Талабаларга келгуси машғулот мавзусини эълон қилиш (Ротацияга мувофиқ мавзу	“Муаммоларни ечиш усули” ўйини,вазиятли масалалар ечиш. Илова №2	60 мин

	саволларининг рўйхати)	Илова №3	
6.	Адабиёт билан мустақил ишлаш.	Синов жаридаси, ишчи дастур	10 мин
7.		жами.	240 мин

2.Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқликлар

Гинекологик касалликлар сабаб булувчи уткир корин синдромининг бошка орган ва системаларга булган таъсири ва богликлигини аниклаш ва узаро таъсирининг окибатларини олиб бориш.

3.Мотивация

Бизнинг республикамизда хозирги кунда кузатилаятган гинекологик касалликлар сабаб булувчи уткир корин синдромининг келиб чикиши мумкин булган асоратларни олини олишга алокадор тадбирларни олиб бориш.

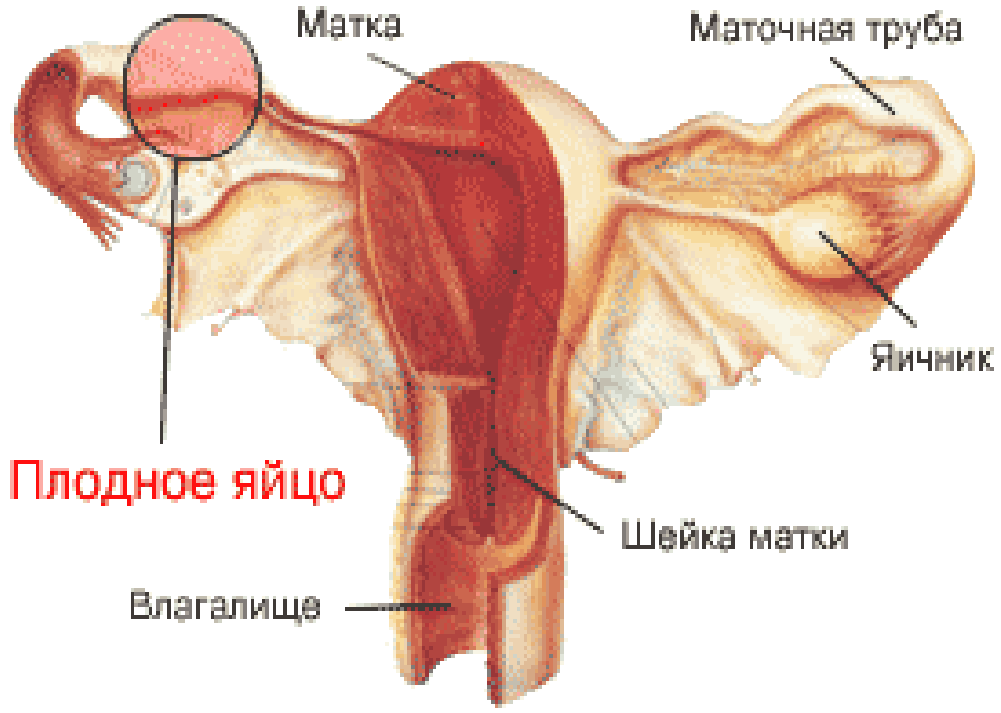
4.Дарснинг таркиби.

«Уткир корин» (корин органлари каттик огриб хатар солиши) йигма тушунча булиб, буни диагноз куйиш учун беморнинг корин бушлигидаги органларидан бири ёки бир канчасида яллигланиши ёки шикастланиши натижасада ривожланадиган узгаришларнинг хаёт учун хавф-хатар солиши деб айтилади. Бундай беморда йигилган анамнез ёки аникланган клиник аломатлар кайси бир орган зарарланганини билиб олишга далил була олмайди. Бу хасталикка чалинган беморда корин пардасининг яллигланиш аломатлари комплекс белгилар билан давом этади. "Уткир корин" диагнози бор деб шубха килинган беморларни зудлик билан шифохоналарнинг жаррохлик булимларига шошилинч жаррохлик ёрдами курсатиш максадада ёткизилади. Даволаш тадбирлари деганда анамнез ва клиник аломатлар такрор аниклашганидан ташкари, лапороцентез, лапароскопия ва лапаротомия усуллари ёрдамида патологик узгаришлар аникланади ва тегишлича махсус даво тадбирлари утказилади. Корин пардаси яллигландан (перитонит) «уткир корин» га насбатан унинг

КОРИН ДЕВОРИ МУСКУЛЛАРИНИНГ ТАРАНГЛАШУВИ Бу белги «уткир корин» га диагноз куйишда дастлабки белгилардан бири хисобланади,бу корин пардасининг яллигланиши жараёнига кушилиб кетганидан далолат беради. Касалликнинг бошланиш даврида корин девори мускулларининг таранглашуви организмни химоя килиш учун куриладиган тадбир булиб, корин пардасига рефлектор таъсир курсатиш натижасида юзага келади. Бу дард одатда, жарохат сохасида кузатилади. Кейинчалик яллигланиш жараёни бутун корин бушлиги таркалади, натижада паталогик жараёнини аниклаш кийин булиб колади. Корин девори таранглашувининг енгил ва уртача тури фарк килади. Енгил турида ялигланиш жараёнида бир орган сохасида, уртача туради (корин бевори пахтадек котиши) жараёни шиддатли булиб, кенг сатхли эгаллашига айтилади. Озгин ва кариган кишиларда, куп туккан аёллар корин мускулларининг бушаши кетганлиги сабабли колрин девори суст таранглашади ёки мутроко таранглашмаслиги мумкин. Чувалчанг симон усимта кур ичакнинг оркасида жойлашган ёки чанок сохасида перитонат булганда (гинекологик перетонитлар) корин девори таранглашуви аниклаб буламайди. ШЧЕТКИН-БЛЮМБЕР БЕЛГИСИ Бу белги перетоникнинг бошка аломатларига караганда аник белгилардан биридир. Коринда огрик ва корин мускуллари таранглашуви аломатлари билан бирга кечганда бу белги айникса якол сезилади. КОРИННИНГ ПЕРКУССИЯ КИЛИШ Бу усул ёрдамида корин бушлиги органларнинг кассалликларида ёки шикастларида туплаган суюкликнинг бор йуклигини аниклаш мумкин. Буш органлар деворининг тешилишидан ёки ёрилишидан корин бушлигида газ йигилиши мумкин. Бу аломат ренген ёрдамида диафрагма ва жигар сохасида урокка ухшаган ок дог холида аникланади, перкуция килинганда эштиладиган бугик товуш хам эштилади ёки бутунлай эшитилмайди. Суюкликнинг корин бушлигида тупланиши хар -хил ялигланиш жараёнлари борлигида, органлар деворларнинг бутунлиги бузилганидан ёки тешилганидан

(талок, жигар, сийдик флаги, бачадонда ташкаридаги хомиладорликда) юзага келиш мумкин. Суюклик йигилган соханинг перкуссия килинганда, бугик товушнинг эшитиш учун камида 1-летир микдорда суюклик булиши шарт, бордию суюклик бундан кам (0,3-0,5 л) булса одатда бундай бугик товуш эшитилмайди. КОРИННИНГ АУСКУЛЬТАЦИЯ КИЛИШ Бу метод ёрдамида ичак перистальтикасининг характери аникланади.Аускультация ичак тутилишининг бошланиш даврида килинганда ичаклар перистальтикаси баланд эшитилади;кечиктирилган фазада ёки перитонит аломатлари ривожланганда парез аломатлари кузатилиши сабабли,ичакларнинг перистальтикаси ёмон эшитилади ёки мутлако эшитилмайди. АЁЛЛАР ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИ ОРКАЛИ ТЕКШИРИШ Бу соха оркали текшириш утказилганда аввало кандай кон окиш-окмаслигини аниклаш зарур,чунки бунда бачадондан ташкари хомиладорлик ва бола ташлашни аникласа булади.Йиринг ажраганда эндометрит ва аднексит бор деб саналади. Кизлик пардаси бузилмаганда тухумдонда пуфак буралиб колганида ва андексит вактида уша жой калинлашиб,инфильтрация берган холларда аёлларни жинсий органлари (кин)оркали ёки ичак оркали текширилади. Гинекологик касалликларда огрик жаррохлик касалликларидагига караганда огрик кучлирок булади.Корин органларининг ахволини билиш учун кин ва корин деворлари юзасини бармоклар ёрдамида аниклаш усулларидан фойдаланиш диагноз куйиш имконини оширади. Гинекологияда уткир коринга сабаб буладиган касалликлардан бири бу бачадондан ташкари хомиладорлик.

Бачадон ташкари (эктопик) хомиладорлик – бу имплатациянинг бачадон бушлигидан ташкарида содир булиши.

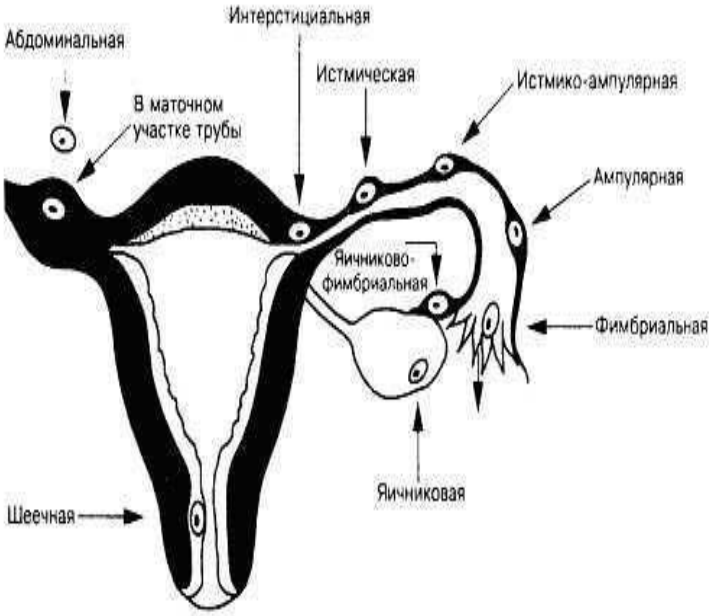


Таснифи

1. **Найдаги хомиладорлик:**
    - ампуляр
    - истмик
    - интерстициал
2. **Тухумдон хомиладорлик:**

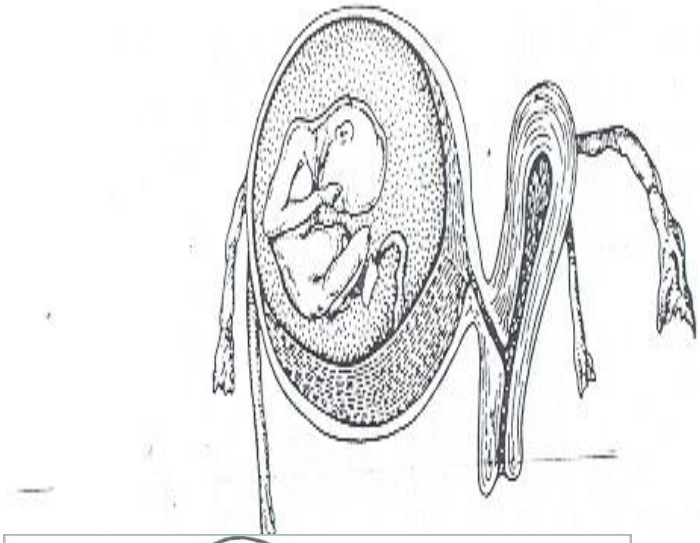
- тухумдон юзасида ривожланаетган
- интрафолликуляр ривожланаетган

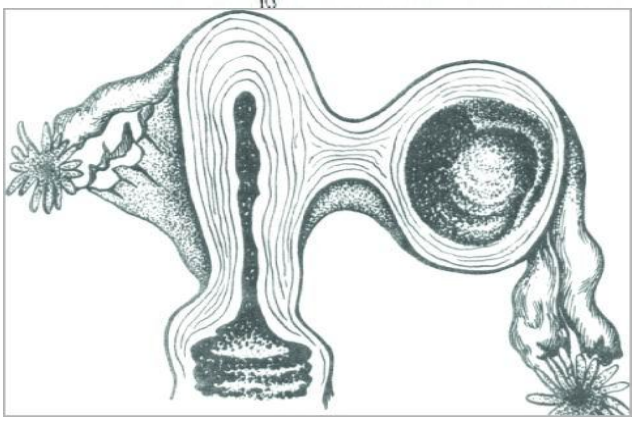
3. **Корин бушлиги хомиладорлик:**
   - бирламчи
   - Иккиламчи
   - **Бачадон буйинида хомиладорлик**



Бачадон рудиментар шохида хомиладорлик

Бачадондан ташкари хомиладорликнинг кам учрайдиган тури булиб, 0,2–0,9% учрайди.





Этиология

А). Кичик чанок аъзолари инфекцион касалликлари

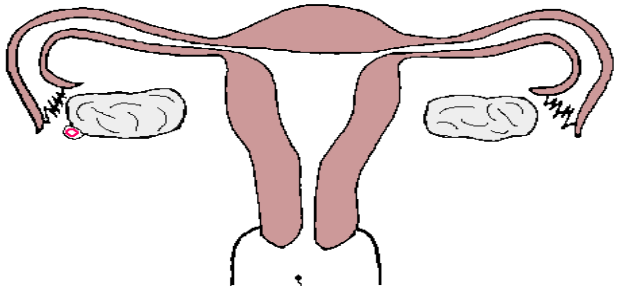
- бачадон найи шиллик каватидаги инфекцион жараенлар
- сурункали яллигланиш касалликлари купинча икки найни бирдан зарарлайди

Б). Бачадон найнинг торайиши

- тугма нуксонлар (дивертикуы и карманы)
- найининг яхши сифатли усмалари ва кисталар
- най эндометриози
- бачадон найларидаги жаррохлик аралашувлар
- **В). Уругланган тухум хужайранинг миграцияси**
- **Г). БИВ**
- Эктопик хомиладорлик БИВдан фойдаланувчи аёлларда куп учрайди
- **Д).Экстракорпорал уруглантириш йули билан содир булган хомиладорлик**

ПАТОГЕНЕЗИ:

Эктопик хомиладорлик жойлашиши мумкин булган жойларда бачадон танасига хос шиллик парда булмайди.



Патологиянинг клиник варианти

1. **Хомила тухуми найнинг истмик кисмида жойлашади**

- хорион ворсиналарнинг базотроп усиши ахамиятли
- ворсиналар найнинг барча каватларини тезда емиради
- 4-6 хафталарда бачадон найи ерилиши ва массив кон кетиши содир булади

2. **Хомиладорлик найнинг интерстициал кисмида жойлашганда**

мушак кават калинлиги сабабли бундай хомиладорлик 10-12 хафтагача етади.

Фимбриал кисим бушлиги епик булганда хомила тухумининг ампуляр жойлашуви:

- найнинг ампуляр кисмида гематома хосил булади.

Най ерилишини клиникаси

* корин пастида ва чов сохасида кескин ва кучли огрик; огрикнинг елка, курак ва тугри ичака иррадиацияси

✗ совук тер

хушдан кетиш

Кин оркали текширув:

- ✓ бачадон юмшокрок, бир оз катталашган
- ✓ унг еки чап ортиклар сохасида усмасимон хосила, пальпасияда огрикли, кам харакатчан
- ✓ бачадонни олдинга харакатлантирганда ва кин оркали гумбазини пайпаслагандаги огрик най ерилганлигидан кура сустрок
- ✓ бачадон бушлигидан децидуал парда фрагментларнинг ажралиши

Диагностикаси

шикояти:

- хайз курмасликка
- патологик кон кетишга жинсий йуллардан
- корин пастида огрик

анамнездан:

- яллигланиш касалликлари
- бепуштлик (бирламчи, иккиламчи)
- утказилган операциялар кичик чанок аъзоларида

Дифференциал диагностика:

- Усма оекчанинг буралиб колиши
- Уткир аппендицит
- Тухумдон апоплексияси
- Сарик тана кон куйилиши

Диагностика усуллари

1. **ХГТ микдорини аниклаш**

Конда ХГТнинг ортиб бориши нормал ва патологик хомиладорликни фарклашга ердам беради. Нормал хомиладорликда ХГТ конда хар 2 кунда икки баровар ошади.

2. **Эхография текшириш**
3. **Орка гумбаз пункцияси**
4. **Эндометрияни гистологик текшириш**

Даволаш

- оператив
- консерватив
- комплекс

Комплекс даволаш:

- операция
- кон кетиш, геморрагик шок, кон йукотишга карши чора тадбирлар
- операциядан кейинги даврни олиб бориш
- репродуктив фаолиятни реабилитация килиш

Реабилитация

- ✓ операциядан кейинги даврда яллигланишга карши даво (жинсий шерикни даволаш)
- ✓ табий йул билан уругланиш содир булмаса, сунъний йул билан, яъни ЭКО билан амалга ошириш мумкин
- ✓ **ТУХУМДОН АПОПЛЕКСИЯСИ** —
- ✓ тухумдонларга уткир кон куйиши
- ✓ МКБ-10

- ✓ **N83.0** Тухумдон геморрагик фолликул кистаси
- ✓ **N83.1** Сарик тана геморрагик кистаси
- ✓ **ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ**
- ✓ Корин бушлигига кон куйилишлар сабаби орасида апоплексияга 2,5% тегишли.

ТАСНИФИ

Тухумдон апоплексиясини клиник белгиларига кура булиниши:

■ **Огрикли** (псевдоаппендикул), кунгил айниш ва харорат кутаришиш мумкин

■ **Анемик** бачадон ташкари хомиладорликда най ерилишига ухшайди, бунда биринчи уринга ички кон кетиш кузатилади.

■ **Аралаш**

Кон йукотиш микдори ва патологик симптомлар намоен булишига караб:

■ Енгил (кон кетиш 100–150 мл).

■ Урта (кон кетиш 160–500 мл).

■ Огир (кон кетиш 500 мл куп).

Этиопатогенези

- Апоплексия тухумдон тукимаси ва томирларда узгаришлар кузатилади. Бунга гиперемия, варикоз кенгайши, томирлар склерози, бачадон ортиклари сурункали яллигланишлари, тухумдоннинг поликистоз узгариши.
- **Тухумдон апоплексияси 20–36 еш аелларда учрайди, унг тухумдонда купрок учрайди.**
- Тухумдон апоплексияда – жуда кучли огриклар, шок белгиси булмайди. Бачадондан кон кетиши хам кузатилмайди. Тухумдон апоплексияси овуляция вактида юзага келади.

Чакирувчи омиллар:

■ физик зурикиш;

■ жинсий алока;

■ жарохатлар (травмы)

Диагностикаси:

- Бемор шикояти
- Анамнези
- Объектив ва гинекологик курик
- Эхография текшириш
- Диагностик лапароскопия

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- Усма оекчанинг буралиб колиши
- Уткир аппендицит
- Бачадон ташкари хомиладорлик
- Ошкозон яраси перфорацияси

Уткир панкреатит

Даволаш

Тухумдондан кон кетишини бартараф этиш (бутунлигини тиклаш ва чоклар куйиш).

Даволаш турлари

Тухумдон апоплексиясини даволаш факат стационар шароитда утказилади.

Беморни ахволига караб ва кон кетишининг жадалашувига кура консерватив еки хирургик даво куллинади.

<u>Усма оекчанинг буралиб колиши</u>

— бу тухумдон кистасининг уз уки атрофида буралиб колиши,кон томирларини буралиб колиши хамда кисилиши билан асоратланади.

МКБ-10

N83.5 Тухумдон ва найларининг оекчасидан буралиши

Тухумдон ва найларининг оекчасидан буралиши (7%) учрайди.

Таснифи

Тухумдон кистасининг оекчасини буралиб колиши

- тулик буралиш (360°, 720°гача)
- кисман буралиш (180°гача)

ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ

- Тухумдон кистасининг оекчасини буралиб колиши кескин харакат ва жисмоний зурикиш, баъзан жинсий алока вактида келиб чикиши мумкин.
- Бу асорат купинча киз болалар ва усмир кизларда хам учрайди. Хомиладорлик ва хомиладорлик кейинги даврида хам учрашиши мумкин.

Тухумдон кистасининг оекчасини буралиб колганда тухумдони кон билан таъминлайдиган барча кон томирлар буралиб колади. Шу билан биргаликда вена кон томирларида димланиш юзага келади, кон билан таъминлайдиган барча кон томирлар буралиб колиши тукимани некрози, асептик яллигланишлар корин деворига таркалади.

КЛИНИКАСИ

Асосий белгиси огрикдир, лекин хушдан кетиш, шок кузатилмайди. Анемия белгилари булмайди. Кин оркали текширилганда бачадондан алохида равишда усма аникланади.

Диагностикаси:

- Бемор шикоятлари

- Анамнези
- Объектив ва гинекологик курик
- Эхография текшириш
- Лапароскопия

Даволаш

Факат стационар шароитда хирургик усулда.

Тест саволлари

1. Кайси сабаб купинча бачадондан ташкари хомилага олиб келади? $
кон касалликлари$
усма ва кисталар$
яллигланиш касалликлари$ *
юкумли инфекция каслликлари#
2. Бачадан найи ерилганда килинадиган жаррохлик амалиетида олиб ташланади? $
тухумдонлар резекцияси$
бачадон ампутацияси$
бачадон экстерпацияси$
найларнинг бутунлигини тиклаш$
найлар олиб ташланади#
3. Апоплексияни таккослаш керак: $
найлардан ташкари хомиладорлик билан$ *
пневмония билан$
бачадон миомаси билан$
аорта аневризмаси#
4. Тухумдон апоплексиясида кайси белги асосий $
хайзнинг бузилиши$
огрикли хайз келиши$
ички кон йукотиш белгилари$ *
коринда огрик, кунгил айниш,кусиш$
аник Шеткин-Булюмберг симптоми#
5. Бачадон найчасининг харакати боглик эмас?
*кон таркибига
яллигланишга
стриктура
чандик
6. Бачадон найлари утказувчанлигини аниклаш учун кайси усулдан купрок фойдаланилади:
*гистеросальпингография
воситаси
гистероскопия
лапароскопия
6. Тухумдон артерияси куйидагилардан бош олади:
*корин аортасидан ва ички енбош артериядан
сон артериясидан
сон тери ости катта венасидан
болдир артериясидан
7. Бачадон артерияси бошланган:
*ички енбош артериядан
сон артериясидан
ички уйку артериясидан

болдир артерияси бошланиш кисмидан
8. Бачадон ва ортикларни Воситаси текшириш учун керак:
*сийдик пуфаги тула булиши керак
сийдик пуфаги бушатилган булиши керак
тозаловчи клизма килинган булиши керак
бачадон кирилган булиши керак
9. Апоплексияни таккослаш керак:
*найлардан ташкари хомиладорлик билан
пневмония билан
бачадон миомаси билан
аорта аневризмаси
10. Бачадон буйнини текширишнинг асосий усули.
*кузгуларлар ердамида, колоноскопия
бимануал текшириш
кин суртмасини олиш
кольпоскопия
11. Бачадон найидаги хомиладорлик купинча учрайди
*бачадон найлари сурункали яллигланиши касалликларида
куп туккан аелларда
биринчи марта тугадиган аелларда
тухумдон усма касалликларида
12. Бачадондан ташкари хомиладорликнинг пелвиоперитонитдан фарки
*пункцияда кон чикиши
пункцияда йиринг чикиши
субнормал температура, анемия, бемор тили хул
баланд лейкоцитоз, хайзнинг бузилиши
13.Гистеросальпингография асосан кайси аьзони текшириш учун килинади
*бачадон ва бачадон найлари
бачадон найлари
тухумдонларни
ташки жинсий органларни
14. Хомила бачадон буйнида булиб колган булса нима килиш керак
*экстирпация килинади
бачадон ичи тозаланади
ички енбош артерияси богланади
гемотрансфузия
15. Качон бачадон найларни стерилизация килишнинг иложи йук
*кичик чанокда чандикланиш булса
бачадонда 2 та чандиг булса
юрак кон томир касалликларида
камконликда

Мустақил ишларнинг мавзулари

1. Усмирлар, хомиладорлар, чилла давридаги ва климактерик даврдаги аёллар шахсий гигиенаси	**6**
2. Аёллар ва эркаклар жинсий тарбияси	**6**
3. Оилани маслахатлаш. Медико-генетик маслахатлаш	**6**
4. Юрак ва кон-томир касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш..	**6**
5. Жигар касалликлари булган аёлларнинг репродуктив	**6**

саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	
6. Буйрак касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
7. Нафас касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
8. Кон касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
9. КД касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
10. Анамнезида гипертензив бузилишлар касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
11. Анамнезида резус имунизация касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш.	**6**
12. Упка касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
13. Бачадон чандиги булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
14. Анамнезида муддатдан олдин тугруг булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
15. Жинсий аъзолар носпецифик яллигланиш касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**6**
16. Жинсий аъзолар специфик яллигланиш касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
17. Бачадон миомаси булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
18. ОИВ инфекцияси касалликлари булган аёлларнинг репродуктив саломатлини саклаш ва оилани режалаштириш	**5**
19. Контрацепциянинг ахамияти. Гормонал контрацепцияни тайинлаш алгоритми	**5**
20. Ювенил, фертил ва менопауза ёшдаги ахолини профилактик куникдан утказиш	**5**
21. Интергенетик интервалга риоя килиш	**5**
22. Ишга лаёкатлилик	**5**
23. Репродуктив саломатликни саклаш усуллари	**5**
24. Бачадон буйни,танаси ва тухумдон ракини эрта аниклашнинг скрининг дастурлари	**5**
25. Бачадон буйни ракига карши вакцинация усуллари	**5**
26. БИВни куйиш ва олиш	**5**
27. Кин тозалик даражасини аниклаш учун суртма олиш	**5**
Жами:	**150 соат**

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар

1. Gabbaova Y.Q., Aupova F.M. Akusherlik. 2013
2. Жаббарова Ю.К., Аюпова Ф.М. Акушерлик Т.,2008
3. Аюпова Ф.М., Жаббарова Ю.К. Гинекология. Тошкент, 2012.
4. Савельевой Г.М. Акушерство и гинекология. Под ред Москва. 2009.
5. Бодяжина В.И., Семенченко. М. Акушерство. 2004.

Қўшимча адабиётлар

1. Стрижакова А.Н.Клинические лекции по Акушерству и Гинекологии М.Медицина2000 г.
2. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004. 236с.
3. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ. 2004.
4. Сметник В.Н., Тумилович В.П. Неоперативная гинекология. Медицинское Информ. Агентство. Москва. 2005. 440с.
5. Василевской М. Гинекология. под ред. 2007.
6. Савельевой Г.М.Гинекология. под ред. М.:ГЭОТАР-Медиа,2006. 480с.
7. Костючек Д.Ф. Практикум по неотложной помощи в гинекологии Под редакцией Санкт-Петербург, 2005
8. Клининческое руководство по ведению больных с кровотечениеми в родах и послеродовом периоде. Т. 2008.
9. Клининческое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т. 2008.
10. Клининческое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при берерменности. Т. 2008.
11. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. Медицина. 2005г.
12. Решение проблем новорожденных руководство для врачей, медсестер и акушерок. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
13. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
14. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
15. Неонатология Руководство ВОЗ. UNFPA 2007.
16. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007
17. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических соспоставлений. Руководство для врачей. “ЭЛБИ” СПб 2002
18. Михайлова А.В. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с анг. Под редак. Изд. “Петронолис” СПб. 2003.
19. Williams et M.O., Wilkins A. Ginecology in Primary Gare ROGER P. SMITH, Waverly company 1996.
20. WILLAM OBSTETRICS. 1999. USA.
21. Pelvis and Perineum. Brathers Williams. University of Philadelphy. 2004.
22. Кулаков. Серов.Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. М. 2006.
23. Таранов А.Г.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии М. 2004.с13-14.
24. Адаши И., Хиллард П., Дж. Берек, Гинекология по Эмилю Новаку. М. 2002.
25. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М. 1998.
26. Мэррий Энкин., Китре М., Дж.Нейлсон. (пер. С англ, под редак. Михайлова А.В.) руководство по эффективной помощи при беременности и рождениии ребенка. СПб. 2003.
27. ТинджерЛ., Босметр Д., Макинтош Н. Профилактика инфекций. Руководство для медучреждений с ограниченными ресурсами. JHPIEGO. 2004.
28. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ.Европейское региональное бюро.

29. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье. UNFPA 2004.
30. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Издание второе. UNFPA 2004
31. “Modern views purulent–septic complication in obstetrics” Монография Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К. 2019 й. Германия.
32. «Гинекологияа хамширалик иши» электрон дарслик Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Ахмедов Ф.К., Тошева И.И., Исматова М.И. 2018й. Тошкент.
33. «Акушерлик ва гинекология» Укув кулланма. Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Аслонова М.Ж. 128бет «Бухоро нашриёти» -2019й.
34. “Гинекологияда кон кетишлар” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М. Тошкент. 2017й.
35. “Гинекологияда гормонал терапия” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. Тошкент. 2019й

Интернет сайтлари

1. www.tma.uz
2. www.medlincs.ru
3. www.medbook.ru
4. www.zyonet.uz